Soziale Medizin

Ein Lehrbuch für Ärzte, Studierende, Medizinal- und Verwaltungsbeamte, Sozialpolitiker, Behörden und Kommunen.

Dr. med. Walther Ewald

Zweiter Band

Springer

Soziale Medizin.

Ein Lehrbuch für Ärzte, Studierende, Medizinal- und Verwaltungsbeamte, Sozialpolitiker, Behörden und Kommunen.

Von

Dr. med. Walther Ewald,
Privatdozent der Sozialen Medizin
an der Akademie für Sozial- und Handelswissenschaften
in Frankfurt a. M.,
Stadtarzt in Bremerhaven.

Zweiter Band.

Mit 75 Textfiguren.

Berlin.
Springer-Verlag Berlin Heidelberg GmbH
1914.

ISBN 978-3-642-98694-9
DOI 10.1007/978-3-642-99509-5

ISBN 978-3-642-99509-5 (eBook)

Softcover reprint of the hardcover 1st edition 1914

Alle Rechte, insbesondere das der Übersetzung
in fremde Sprachen, vorbehalten.

Copyright 1914 by Springer-Verlag Berlin Heidelberg

Ursprünglich erschienen bei Julius Springer, Berlin in 1914

Druck der Universitätsbuchdruckerei von Gustav Schade (Otto Francke),
Berlin und Bernau.

Inhaltsverzeichnis.

Seite

Erster Abschnitt.

1. Kapitel. **Entwicklung der sozialen Versicherung** 1
(Zustände vor Inaugurierung der Sozialpolitik 2. Kaiserliche Botschaft 5. Arbeiterschutzbestimmungen 5. Haftpflichtgesetz 6. Prinzipien der Arbeiterversicherung 6. Neuer Rechtsgrundsatz 5. Gegensatz zur privaten Versicherung 7. Zwangsversicherung 8. Entwicklung der Krankenversicherung 10. Entwicklung der Unfallversicherung 11. Entwicklung der Invalidenversicherung 12. Reichsversicherungsordnung 14. Versicherung der Angestellten 14. Neuerungen durch die RVO. 15. In der Krankenversicherung 16. In der Unfallversicherung 17. In der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung 17. Vorzüge und Nachteile der sozialen Versicherung 19.) — Literatur 24.

Zweiter Abschnitt.

Die gesetzlichen Grundlagen der sozialen Versicherung.

2. Kapitel. **Die Reichsversicherungsordnung** 26
(I. Buch. Gemeinsame Vorschriften 27. II. Buch. Krankenversicherung 30. III. Buch. Unfallversicherung 33. IV. Buch. Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung 35. V. Buch. Beziehungen der Versicherungsträger zu einander und zu andern Verpflichteten 36. VI. Buch. Verfahren 37.)

3. Kapitel. **Die Versicherungsträger der Krankenversicherung** 38
(Entstehung der Kassenarten 38. Entwicklung der Hilfskassen 38. Entwicklung der Gemeindekrankenversicherung 40. Änderungen durch die Krankenversicherung 40. Entwicklung der einzelnen Kassenarten 42. Entwicklung der Gesetzgebung 44. Die Krankenkassen der RVO. 47. Neuerrichtung von Krankenkassen 48. Ausschuß und Vorstand 48. Satzung 49. Aufbringung der Mittel 49. Satzungsmäßige Leistungen 52. Rücklage 52. Mittel zur Krankheitsverhütung 52. Kassenverbände 54. Übersicht über die Tätigkeit der Leipziger Ortskrankenkasse 56.)

4. Kapitel. **Die Versicherungsträger der Unfallversicherung** 60
(Die gewerblichen Berufsgenossenschaften 60. Entwicklung 60. Mitgliedschaft 61. Verwaltung 61. Sektionsbildung 61. Vertrauensmänner 61. Aufbringung der Mittel 63. Ehrenamtliche Tätigkeit 64. Verband der Deutschen Berufsgenossenschaften 64. Lokale Vereinigungen 64. Zweiganstalten 65. Versicherungsgenossenschaft 65. Ausführungsbehörden 65. Die landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften 66. Konferenzverband der deutschen landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften 67. Statistische Übersicht über die Versicherungsträger der Unfallversicherung 67.) — Literatur 68.

5. Kapitel. **Die Versicherungsträger der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung** 69
(Versicherungsanstalten und Sonderanstalten 69. Einrichtung der Versicherungsanstalten 69. Ausschuß und Vorstand 69. Satzung 70. Aufsicht 70. Aufbringung der Mittel 70. Klebeverfahren 70. Einzugsverfahren 71. Verschiedenartige Entwicklung im Vermögen der Anstalten 71. Gemeinlast und Sonderlast 72. Übersicht über den Geschäftsbetrieb der Landesversicherungsanstalt Schlesien 75.) — Literatur 76.

Seite

6. Kapitel. **Der Kreis der versicherten Personen** 77
(Zwangsversicherung und freiwillige Versicherung 77. Die Unfallversicherung als Erweiterung der Haftpflicht 77. Besondere Bedingungen in der Kranken- und Invalidenversicherung 77. Der Personenkreis der versicherungspflichtigen Personen in der Kranken- und Invalidenversicherung 78. Eintritt der Krankenversicherung bei Aufnahme der Arbeit 79. Eintritt der Invalidenversicherung bei Versicherungspflicht, Beitragsleistung und Erfüllung der Wartezeit 80. Ablösung der Versicherungszweige untereinander 81. Mindestalter 81. Einkommensgrenze 81. Befreiung von der Versicherungspflicht 82. Freiwillige Versicherung 83. Der Versichertenkreis in der Unfallversicherung 84. Versicherungspflichtiger Unfall 85. Versicherung von Kindern 86. Versicherung der Beamten und Unternehmer 86. Statistik der Versicherten in der gesamten Versicherung 89.) — Literatur 89.

7. Kapitel. **Rechte und Pflichten der versicherten Personen** 90
(Rechtliche Grundlage der Leistungen 90. Sachleistungen 90.

Krankenversicherung 90. Anmeldung bei der Kasse 90. Beitragszahlung 90. Grundlohn 91. Beginn der Mitgliedschaft 91. Regelleistungen und Mehrleistungen 92. Krankenhilfe 92. Krankenpflege 92. Ärztliche Behandlung und zahnärztliche Behandlung 93. Zahntechniker 93. Auswahl zwischen Ärzten 94. Freie Arztwahl und RVO. 95. Niederes Heilpersonal 96. Duldung von ärztlichen Maßnahmen und Eingriffen 97. Versorgung mit Arznei 98. Kleinere Heilmittel 98. Krankengeld 99. Ende der Krankenhilfe 100. Krankenhauspflege 100. Erweiterte Krankenpflege 100. Hausgeld 101. Mehrleistungen 101. Hauspflege 101. Rekonvaleszentenfürsorge 101. Andere Mehrleistungen 101. Sterbegeld 102. Wochenhilfe 102. Schwangerschaft 103. Wochengeld 103. Abdruck der Satzung 103. Streitverfahren 104.

Unfallversicherung 104. Juristische Beurteilung des Betriebsunfalls 104. Unfallanzeige 105. Unfalluntersuchung 105. Krankenbehandlung und Rente 106. Umfang der Krankenbehandlung 106. Berechnung der Rente 107. Beginn der Versicherungsleistungen 107. Unfallzuschuß 108. Fürsorge während der Wartezeit 108. Dauerrente und vorläufige Rente 109. Feststellung der Leistungen 109. Hören des behandelnden Arztes 109. Bescheid 109. Einspruch 111. Wesentliche Änderung der Verhältnisse 111. Endbescheid 111. Streitverfahren 111. Sterbegeld 111. Hinterbliebenenrente 111. Kapitalabfindung 112.

Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung. Anwartschaft 112. Wartezeit 112. Altersrente 113. Invalidenrente 113. Krankenrente 113. Kinderzuschußrente 114. Rentenantrag 114. Gutachten des Versicherungsamts 115. Feststellung der Rente durch die Versicherungsanstalt 115. Streitverfahren 115. Zusatzrente 116. Kapitalabfindung 116. Wesentliche Änderung der Verhältnisse 116. Hinterbliebenenfürsorge 116. Verschiedene Beurteilung der Invalidität bei einer Witwe und einer versicherten Frau 119. Heilverfahren 120. Invalidenhauspflege 120. Allgemeine Wohlfahrtszwecke 120.)

8. Kapitel. **Die Versicherungsbehörden** 122
(Übersicht über die Versicherungsbehörden 122. Organisationen, denen die Aufgaben des Versicherungsamts übertragen sind 122. Besondere Oberversicherungsämter 122. Landesversicherungsanstalt 122. Aufgaben des Versicherungsamts 123. Zusammensetzung 123. Aufsicht 124. Gutachtliche Tätigkeit 124. Mitwirkung bei Unfalluntersuchung 124. Spruchverfahren 125. Beschlußverfahren 126. Aufgaben aus der knappschaftlichen Versicherung 126. Statistik der Versicherungsämter 126. Zusammensetzung des Oberversicherungsamts 126. Befugnisse 127. Spruch- und Beschlußverfahren 128. Statistik der Oberversicherungsämter 129. Aufgaben und Bedeutung des Reichsversicherungsamts 129. Zusammensetzung 130. Senate 130. Tätigkeit in der Normenbildung 131. Organisatorische Tätigkeit 131. Verwaltungstätigkeit 131. Aufsichtstätigkeit 132. Verwaltungsgerichtliche Aufgaben 132. Inhalt der Rechtsprechung 132. Statistische Übersicht über die Rechtsprechung in der Unfall- und Invalidenversicherung 133.) — Literatur 135.

Seite

Dritter Abschnitt.

Die Krankheitserscheinungen und ihre Beurteilung.

9. Kapitel. **Krankheit** 136
(Krankheitsbegriff 136. Medizinische Auffassung 136. Begriff in der sozialen Gesetzgebung 137. Merkmale 137. Pathologische Grundlage 137. Grad des pathologischen Prozesses 137. Aktivität des pathologischen Prozesses 138. Folgerungen 139. Chronische Leiden und ihre Beurteilung 139. Beginn der Krankheit 140. Dauer der Krankheit 140. Krankheitsursachen 141. Allgemeine Ursachen 141. Individuelle Körperbeschaffenheit 141. Örtliche Faktoren 142. Soziale Bedingungen 143. Krankheitserreger 143. Zusammenwirken mehrerer Ursachen 143. Besondere Einwirkung der Krankenversicherung 144. Allgemeine Krankheitshäufigkeit 145. Krankheiten als Massenerscheinung 145. Ausschaltung verschiedener Verhältniszahlen 146. Allgemeine Krankheitshäufigkeit 146. Verschiedenheit der Ursachen 147. Einfluß der Rasse 147. Klimatische und örtliche Verhältnisse 148. Alter und Geschlecht 150. Krankheitshäufigkeit der freiwilligen Mitglieder 151. Einfluß des Berufs 152. Krankheitsfälle mit Arbeitsunfähigkeit 155. Verhältnis der Fälle mit und ohne Arbeitsfähigkeit 156. Besondere Einflüsse für den Eintritt der Arbeitsunfähigkeit 158. Einfluß der Lohnhöhe 160. Wirkung von Krankengeldzuschüssen 163. Einfluß des Arbeitsmarktes 164. Der Satzung 164. Der Kassenart 165. Der ärztlichen Versorgung 166. Der Krankenkontrolle 167. Der Kassengröße 167. Jähe Schwankungen der Krankheitshäufigkeit 169. Allgemeine Krankheitsdauer 169. Begriff 169. Einfluß der Krankheitsart 170. Der örtlichen und klimatischen Faktoren 170. Des Alters und Geschlechts 170. Krankheitsdauer der freiwilligen Mitglieder 170. Einfluß des Berufs 170. Des Einkommens 176. Der Kassenleistungen 178. Der ärztlichen Versorgung 179. Der Krankenkontrolle 180. Der Kassengröße 180. Entwicklung der allgemeinen Krankheitshäufigkeit und -dauer 181. Statistik 181. Ursachen der Zunahme 181. Würdigung der Entwicklung 182. Besondere Krankheitshäufigkeit 183 . Arbeitsfähigkeit und -unfähigkeit nach Krankheitsgruppen 183. Krankheitsgruppen nach Geschlechtern 185. Einfluß des Berufs 190. Einfluß des Alters 191. Besondere Krankheitsdauer 192. Tuberkulose 192. Verletzungen und Unfälle 193. Andere Krankheiten 194. Einfluß des Alters und Geschlechts 196. Letalität 197. Letalität nach Krankheitsarten 197. Tageletalität 198. Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett 199. Besonderheiten gegenüber der Krankheit 199. Früh- und Fehlgeburten 200. Schwangerschaftskrankheiten 200. Wochenbettkrankheiten 200.) — Literatur 201.

10. Kapitel. **Betriebsunfall** 202
(Begriff des Betriebsunfalls 202. Merkmale 202. Begriff 202. Gefahren des täglichen Lebens 202. Zusammenhang mit dem Betrieb 203. Mitwirkende Ursachen 203. Verschulden des Verletzten 203. Spielerei 203. Individuelle Veranlagung 203. Trunkenheit 204. Selbstgeschaffene Gefahr 204. Verschulden von Mitarbeitern 204. Grenzen der Betriebsstätte 204. Vorsatz 205. Unfall 205. Äußere Verletzung oder organische Erkrankung 205. Einfluß der Arbeit 206. Psychisches Trauma 207. Rentensucht 208. Schädigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit 208. Unmittelbare Folgen des Unfalls 208. Mittelbare Folgen 208. Verschlimmerung eines bestehenden Leidens 210. Schwere des Unfalls 210. Plötzliches Ereignis 210. Gewerbekrankheiten und Betriebsunfall 211. Wirtschaftliche Unfallfolgen 211. Vorübergehende und dauernde Erwerbsunfähigkeit 212. Gewöhnung und Anpassnung 212. Wesentliche Änderung der Verhältnisse 214. Hilflosigkeit 215. Statistik der Hilflosenrenten 216. Ursachen und Beurteilung der Hilflosigkeit 216. Tod als Unfallfolge 218. Statistik der wirtschaftlichen Unfallfolgen 219. Krankheiten als Unfallfolge und ihre Beurteilung 219. Art der Verletzungen 219. Verletzte Körperteile [statistisch] 220. Leistenbrüche [statistisch] 222. Beurteilung von Verletzungen 223. Rücksicht bei der Behandlung auf den funktionellen Erfolg 223. Beurteilung glatter Schäden 224. Beurteilung der wesentlichen Änderung 225. Bewertung einzelner Unfallfolgen 226. Gliedmaßen 226. Brust, Bauch, Rücken und Kopf 228. Nerven-

Seite

verletzung 229. Beurteilung von Sehstörungen 229. Andere Augenleiden 230. Beurteilung der Leistenbrüche 230. Anderer Brüche 232. Indirekte Unfallkrankheiten 232. Tuberkulose als Unfallfolge 233. Krebs als Unfallfolge 233. Unfallhäufigkeit 234. Konstanz der Unfallhäufigkeit in der Gesamtheit 234. Verschiedenheit in den einzelnen Industriezweigen 235. Ursachen der Unfallhäufigkeit 235. Spezifische Gefahr jeder Industrie 235. Einfluß des Arbeitermaterials 237. Einfluß der Übung 237. Des Arbeiterwechsels 238. Monotonie der Arbeit 239. Ermüdung 239. Alter und Geschlecht 239. Jahreszeiten 242. Wochentage 242. Tagesstunden 243. Tag- und Nachtzeit 243. Schuldfrage 244. Gefahrklassen 244. Betriebseinrichtungen und Vorgänge als Unfallursachen 244. Mitwirkende Faktoren 246. Entwicklung der Unfallhäufigkeit 247. Steigerung der Unfallhäufigkeit 247. Angemeldete und erstmalig entschädigte Unfälle 247. Verschiedenheit der Zunahme 247. Verschiedenheit der Ursachen 250. Verschiedenheit der Ursachen in der gewerblichen und landwirtschaftlichen Unfallversicherung 253. Untersuchung über Maschinenunfälle 253. Einfluß der veränderten Rechtsprechung 254. Einfluß der wirtschaftlichen Entwicklung 255. Automatischer Unfallschutz 255. Entwicklung der Rentenlast 256.) — Literatur 257.

11. Kapitel. **Ursachen der Invalidität (Krankheit und andere Gebrechen)** 259
(Alter, Krankheit und andere Gebrechen in begrifflicher Beziehung 259. Physiologischer Altersprozeß 259. Altersschwäche 260. Alterserkrankungen 260. Krankheit und andere Gebrechen 261. Merkmale 261. Pathologische Grundlage 261. Grad des pathologischen Prozesses 261. Beginn der dauernden und vorübergehenden Invalidität 262. Eigentliche Ursachen und mitbestimmende äußere Faktoren 262. Verschiedenheit der innern Ursachen bei dauernder und vorübergehender Invalidität 263. Innere Ursachen der dauernden Invalidität 263. Dauernde Invalidität und Dauerleiden 263. Krankheitsgruppen 264. Kombination mehrerer Krankheiten 264. Krankheiten mit chronischem Verlauf 265. Unheilbare Krankheiten 267. Hauptursache und Nebenursache 267. Statistik der Haupt- und Nebenursachen 268. Statistik der Invaliditätsursachen 269. Statistik der Ursachen der dauernden Invalidität 270. Tuberkulöse und nichttuberkulöse Erkrankungen der Lungen 272. Lungentuberkulose 273. Krebs 275. Andere Geschwülste 276. Entkräftigung 276. Blutarmut 277. Gelenkrheumatismus und Gicht 278. Muskelrheumatismus 280. Geschlechtskrankheiten 281. Infektions- und parasitäre Krankheiten 281. Beurteilung der Bazillenträger 282. Vergiftungen 283. Zuckerkrankheit 285. Krankheiten des Nervensystems 286. Krankheiten der Augen 296. Des Gehörorgans 297. Der Atmungsorgane 297. Der Kreislauforgane 301. Der Verdauungsorgane 303. Der Harn- und Geschlechtsorgane 305. Der Haut 306. Der Bewegungsorgane 306. Beurteilung der Erwerbsunfähigkeit nach Selbstmordversuch in den verschiedenen Zweigen der Versicherung 306. Innere Ursachen der vorübergehenden Invalidität 309. Begriff der vorübergehenden Invalidität 309. Übergang in dauernde 309. Bedeutung der Einzelleiden 312. Krankheitsgruppen 312. Ursachen für den Wegfall der Invaliden- und Krankenrenten [statistisch] 313. Unterschiede bei einzelnen Versicherungsanstalten 313. Die einzelnen Krankheiten 313. Statistik der Ursachen der vorübergehenden Invalidität 314. Andere Ursachen der Invalidität 315. Einfluß des Alters 316. Des Geschlechts 316. Verschiedenheit bei Invaliden- und Krankenrenten 316. Die Versicherungspflichtigen nach Altersklassen 318. Einfluß des Berufs 318. Invaliditätshäufigkeit der freiwillig Versicherten 320. Kontrollmaßnahmen 321. Wirtschaftliche Einflüsse 322. Örtliche Momente 322. Entwicklung der Invaliditätshäufigkeit 323. Statistik der festgesetzten Renten 324. Statistik der Rentenlast 326.) — Literatur 327.

12. Kapitel. **Die Verminderung der Erwerbsfähigkeit und ihre Beurteilung** . . . 328
(Arbeitsfähigkeit 328. Zum Erwerbe geeignet 328. Verwertbarkeit der Arbeit 329. Verwertbarkeit bei Personen mit verminderter Arbeitsfähigkeit 329. Persönliche Eigenschaften 329. Wirtschaftslage 329. Arbeitsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit, Invalidität, Berufsinvalidität 330. Verschiedenheiten 331. Arbeitsunfähigkeit 332. Berufsunfähigkeit 332. Chronische Leiden 333. Ungelernte Arbeiter 333. Ausübung einer Beschäftigung 333. Krankheit bei Eingang der Versicherung 334. Folgen der Krankheit 334. Schon-

Seite

zeit 334. Landaufenthalt und besondere Kurmittel 335. Teilweise Behinderung der Arbeitsfähigkeit 335. Beweis der Arbeitsunfähigkeit 336. Arbeitsunfähigkeit außerhalb der Krankenversicherung 336. Erwerbsunfähigkeit 336. Beweis der Erwerbsunfähigkeit 337. Ärztliche Mitwirkung 337. Mitwirkung von Laien 337. Freie Beweiswürdigung durch die Versicherungsbehörden 338. Bewertung der Lohnhöhe 339. Des Gesundheitszustandes 340. Der industriellen Verhältnisse 340. Des Geschlechts 340. Des Alters 340. Wechselnder Krankheitszustand 341. Besondere Wirkung gewisser Krankheitszustände 341. Beruf, Anlage, Fähigkeiten 342. Unbequemlichkeiten als Unfallfolge 343. Ausbildung in einem neuen Berufe 343. Summierung von Unfällen und Beurteilung 344. Mehrfache Schädigung desselben Körperteils 344. Korrespondierender Glieder 345. Erwerbsunfähigkeit in der Invalidenversicherung 346. Invalidität. Begriff 346. Grad der in Wirklichkeit noch vorhandenen Erwerbsfähigkeit 347. Verdienstgrenze 347. Alter, Geschlecht und persönliche Eigenschaften 348. Zusammentreffen mehrerer Arten von Erwerbsunfähigkeit 349. Berufsinvalidität 349. Berginvalidität 349. Berufsunfähigkeit der Angestelltenversicherung 350. Berginvalidität und reichsgesetzliche Invalidität 350.) — Literatur 351.

Vierter Abschnitt.

Besondere Erscheinungen in der sozialen Versicherung.

13. Kapitel. **Simulation, Gesundheitssimulation, Dissimulation** 353
(Allgemeine Betrachtungen 353. Simulation in der Krankenversicherung 355. Dissimulation 356. Gesundheitssimulation 356. Simulation und Übertreibung in der Unfallversicherung 356. Simulation in der Invalidenversicherung 358. Dissimulation in beiden 359.) — Literatur 359.

14. Kapitel. **Traumatische Neurose und Rentenhysterie** 360
(Historischer Werdegang des klinischen Krankheitsbildes 360. Ätiologie der traumatischen Neurose 361. Disposition 362. Begehrungsvorstellungen 362. Organische Veränderungen 363. Nervenchok 363. Chokwirkung nach Katastrophen 364. Veränderungen des Gefäßsystems 365. Psychologische Momente 366. Hypochondrische Vorstellungen 366. Sucht nach Rente 367. Nervöse Aufregungen 367. Psychische Hemmung 368. Einwirkung der Versicherungsgesetzgebung 368. Schonungsbehandlung 369. Verzögerung des Rentenbewilligungsverfahrens 369. Schaffung von Arbeitsgelegenheit 370. Rentensucht und Rentenhysterie 371. Mitteilung der Gutachten 371. Kapitalabfindung 371. Behandlung der Neurotiker 372. Häufigkeit der traumatischen Neurosen 373.) — Literatur 374.

Fünfter Abschnitt.

Der Arzt und die soziale Versicherung.

15. Kapitel. **Die Arztfrage** 376
(Entwicklung der inneren Politik 376. Vernachlässigung der gebildeten Stände 376. Notlage des Ärztestandes durch die natürliche Entwicklung 377. Durch gesetzgeberische Aktionen 379. Gewerbeordnung 379. Krankenversicherungsgesetz 379. Schlechte Bezahlung 380. Überfüllung des ärztlichen Berufes 382. Einengung der Privatpraxis 383. Ärzte als Kassenangestellte 385. Als Kontrollbeamte der Kasse 386. Mittel gegen die Not des ärztlichen Standes, freie Arztwahl 386. Örtliche Organisationen der Ärzte 387. Ärztliche Vereine 387. Kassenärztliche Gründungen 387. Vertragskommissionen der Ärztekammern 387. Freie Arztwahl und Standesehre 388. Schlichtungskommissionen 383. Durchführung der freien Arztwahl in Württemberg 389. Wünsche der Ärzteschaft hinsichtlich der freien Arztwahl 392. Musterverträge des Ärztevereinsbundes 392. Kollektivverträge 392. Honorierungsvorschläge 392. Pauschalbezahlung 394. Verteilung des Pauschales 396. Einigungskommissionen 397. Ärztliche Gegner der freien Arztwahl 397. Stellung der Arbeiterschaft zur freien Arztwahl 398. Stellung

Seite

der Krankenkassen zur freien Arztwahl 398. Freie Arztwahl ohne Beziehung zur Überfüllung des ärztlichen Berufes 402. Verbreitung der freien Arztwahl [statistisch] 402. Organisatorische Einrichtungen der Ärzteschaft 403. Entwicklung des Deutschen Ärztevereinsbundes 403. Entwicklung des Leipziger Ärzteverbandes 405. Aussichten auf wirtschaftliche Kämpfe 408.) — Literatur 408.

16. Kapitel. **Die Aufgaben der ärztlichen Tätigkeit in der sozialen Versicherung** 410
(Kassenärztliche Tätigkeit 410. Stellung des Kassenarztes 410. Interesse des Kranken 410. Interesse der Kasse 413. Spezialärzte 414. Der Krankenschein 415. Kosten der ärztlichen Behandlung 415. Vertrauensärztliche Tätigkeit in der Krankenversicherung 417. Gutachtertätigkeit in der Sozialversicherung überhaupt 419. Ärztliche Tätigkeit in der Unfallversicherung 421. Kollektivvertrag zwischen Ärzteschaft und landwirtschaftlicher Berufsgenossenschaft in Hessen-Nassau 423. Ärztliche Tätigkeit bei den Versicherungsbehörden 424. Kollektivvertrag der Ärzteschaft und der Landesversicherungsanstalt Hessen-Nassau 425. Bedeutung der Ärzteschaft für die soziale Versicherung 425.) — Literatur 426.
a) Verpflichtungsschein des Leipziger wirtschaftlichen Verbandes 427
b) Tarifvertrag mit den kaufmännischen Hilfskassen 427

Sechster Abschnitt.

Die Leistungen der sozialen Versicherung.

17. Kapitel. **Die Arzneiversorgung und die Krankenhausbehandlung** 433
(Arzneiversorgung 433. Apotheken, Drogenhandlungen u. Großfabriken 433. Entwicklung der Pharmazie 433. Entwicklung des Apothekenmonopols 434. Freigabe von Arzneimitteln 434. Entwicklung der Arzneiversorgung 435. Konflikt zwischen Apotheken und Krankenkassen 436. Stellung der RVO. 437. Rabattgewährung 437. Handverkauf 438. Stellung der Nichtapotheker 439. Berechtigung des Apothekenschutzes 439. Bedeutung der ärztlichen Arzneiverordnung 440. Sparsame Verschreibweise 440. Kassenlager 441. Ursachen der Vermehrung der Arzneikosten 441. Kontrolle des Arzneimittelverkehrs 445. Krankenhausbehandlung 446. Wahlfreiheit der Kasse 446. Zustimmung des Versicherten 447. Einweisung durch den Arzt 447. Bestimmte Krankenhäuser 447. Privatkliniken 447. Grundsätze über Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung 448. Steigerung der Kosten für Krankenhausverpflegung 449.) — Literatur 450.

18. Kapitel. **Die Leistungen auf dem Gebiete der Unfallverhütung und der ersten Hilfe** 451
(Wesen der Unfallverhütung und der ersten Hilfe 451. Unfallverhütung 452. Unfallverhütungsvorschriften 452. Unfallverhütungstechnik 453. Technische Aufsichtsbeamte 454. Erfolge der Unfallverhütung 455. Schuld und Widersetzlichkeit der Arbeiter 456. Einfluß der Rechtsprechung 456. Aufklärung der Arbeiterschaft 458. Beschäftigung von Frauen und Kindern 459. Ausländern 459. Arbeiterwechsel 459. Übermüdung, Schädlichkeiten 460. Erste Hilfe bei Unfällen 460. Bedeutung für die Verletzten 460. Entstehung des Rettungswesens 461. Samariterbund 461. Rettungsgesellschaft 462. Rotes Kreuz 463. Kommunen 464. Staat 464. Berufsgenossenschaften 464. Sicherstellung der ersten Hilfe für die Berufsgenossenschaften durch Zusammenarbeiten mit dem Roten Kreuz 465. Kuratorium der Berliner Unfallstationen 467. Westfälische Vereinigung berufsgenossenschaftlicher Verwaltungen 467. Besondere Einrichtungen 467. Plattes Land 467. Bergbau 468. Eisenbahnverkehr 469. Schiffahrt 469.) — Literatur 470.

19. Kapitel. **Das Heilverfahren in der Unfallversicherung** 472
(Allgemeine Bedeutung des Heilverfahrens 472. Umfang des Heilverfahrens 473. Die Fürsorge innerhalb der Wartezeit 475. Gesetzliche Grundlagen 475. Leistungen 476. Auswahl des Materials 477. Ermittlungen auf Grund der Unfallanzeige 478. Der Meldung der Krankenkassen 479. Unfallanzeigenergänzung 479. Ungleichheit des Materials 480. Kritik der Leitsätze des RVA. 480. Rechtzeitiges Eingreifen 482. Praktische Beispiele 482.

Seite

Posener und Schlesische landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft 482. Freie Vereinigung im Rheinlande tätiger berufsgenossenschaftlicher Verwaltungen 484. Sektion IV der Norddeutschen Holz-Berufsgenossenschaft 485. Eigene Anstalten der Berufsgenossenschaften 486. Erfolge der Heilbehandlung bei der Sektion IV der Nordeutschen Holz-Berufsgenossenschaft 487. Bei der Sektion VI der Brauerei- und Mälzerei-Berufsgenossenschaft 488. Statistik der Heilbehandlung während der Wartezeit 489. Das Heilverfahren nach Ablauf der Wartezeit 490. Gesetzliche Grundlagen 490. Umfang 490.) — Literatur 491.

Leitsätze des Reichsversicherungsamts für das Heilverfahren während der Wartezeit 491.

20. Kapitel. **Das Heilverfahren in der Invalidenversicherung** 494
(Allgemeine Bedeutung des Heilverfahrens für die Invalidenversicherung 494. Entwicklung der Heilbehandlung 496. Gesetzliche Grundlagen 496. Praktische Gesichtspunkte 497. Ungeeignete Krankheiten 497. Anträge auf Heilverfahren 498. Ärztliches Zeugnis 498. Ablehnung des Antrags 499. Leistungen 500. Dauer der Kur 500. Teilweiser Kostenersatz 501. Statistik des Heilverfahrens 501. Lungentuberkulose 506. Auslese 506. Beurteilung des Zustandes 507. Stadien 508. Erfolg der Behandlung nach Stadien 509. Heilstättenbehandlung 510. Wiederholungskuren 511. Dauererfolge 511. Chronischer Gelenkrheumatismus 513. Funktionelle Nervenkrankheiten 514. Ischias 515. Blutarmut und Bleichsucht 515. Alkoholismus 515. Geschlechtskrankheiten 516. Lupus 516. Unständige Heilbehandlung 517. Zahnersatz 517. Entwicklung des Heilverfahrens (statist.) 520. Weitere Ausgestaltung 520.) — Literatur 521.

21. Kapitel. **Die Leistungen der Krankenversicherung** 522
(Ausdehnung der Krankenversicherung 522. Häufigkeit der Erkrankungen 523. Krankheitskosten 523. Beispiel für die Leistungen 523. Übersicht über die Regel- und Mehrleistungen 524. Steigerung der Krankheitskosten 526. Statistik der Krankheitskosten 527. Allgemeine Wohlfahrtspflege 528. Eigene Krankenanstalten 528. Angehörigenfürsorge 529.) — Literatur 531.

22. Kapitel. **Die Leistungen der Unfallversicherung** 532
(Charakter der Leistungen 532. Ausdehnung der Versicherung 532. Pflichtleistungen 532. Freiwillige Leistungen 533. Beispiel für die Leistungen 533. Statistik der Entschädigungsleistungen 533. Entwicklung der Krankenfürsorge 533. Der Unfallentschädigungen 534. Der Unfallverhütungskosten 535. Invalidenhauspflege 536. Bekämpfung des Alkoholismus 536. Schaffung von Arbeitsgelegenheit 536. Eigene Zeitschriften und Besuch von Ausstellungen 536. Allgemeine Wohlfahrtspflege 537. Vermögen 537. Statistik des Personenkreises 537.) — Literatur 537.

23. Kapitel. **Die Leistungen der Invalidenversicherung und die Wirkung der sozialen Versicherung überhaupt** 538
(Versichertenkreis 538. Charakter der Leistungen 538. Beispiel für die Leistungen 538. Ausdehnung der Versicherung 539 Pflichtleistungen 540. Krankenfürsorge 540. Invalidenhauspflege 540. Bei Tuberkulose 541. Bei Alkoholismus 543. Statistik der Entschädigungsleistungen 543. Bekämpfung der Volkskrankheiten 544. Tuberkulose 544. Alkoholimuss 544. Geschlechtskrankheiten 545. Allgemeine Krankheitsbekämpfung 545. Ferienkolonien 55. Unterstützung gemeinnütziger Unternehmungen 546. Krankenpflegestationen auf dem Lande 546. Wohnungsfürsorge 547. Statistik der Darlehen und eigenen Veranstaltungen für Wohlfahrtszwecke 548. Weitere Wirkungen der sozialen Versicherung überhaupt 548. Wohltätige Wirkungen 548. Gefahr der Überspannung 549. Belastung der Arbeitnehmer 550. Belastung der Arbeitgeber 550. Zusammenfassung 550.) — Literatur 551.

Siebenter Abschnitt.

Besondere Maßnahmen und Einrichtungen zum gesundheitlichen Schutze innerhalb und außerhalb der Reichsversicherungsordnung.

24. Kapitel. **Ersatzkassen** 552
(Skizze der geschichtlichen Entwicklung 552. Einwirkung der Krankenversicherung auf die Hilfskassen 553. Berechtigung der Ersatzkassen für be-

Seite

stimmte Berufe 555. Gesetzliche Grundlagen 555. Behörden 556. Leistungen 556. Besonderheiten der kaufmännischen Ersatzkassen 557. Beispiel für die Leistungen 557. Krankheitsverhältnisse verschiedener kaufmännischer Ersatzkassen 559. Ersatzkassen als Zuschußkassen 560.) — Literatur 561.

25. Kapitel. **Das Knappschaftswesen** 562
(Entwicklung des Knappschaftswesens 562. Berggesetz von 1854 563. Berggesetz von 1865 564. Berggesetz von 1906 564. Regelung in Sachsen 565. Verhältnis zur Arbeiterversicherung 565. Neueinführung der Unfallversicherung 565. Begründung von Sonderanstalten 565. Allgemeiner Deutscher Knappschaftsverband 566. Knappschaftliche Rückversicherungsanstalt 566. Die Unfallversicherung im Bergbau 567. Unfallgefahr im Bergbau 567. Organisation der Knappschaftsberufsgenossenschaft 568. Steigerung der Unfälle 569. Folgen der Unfälle 569. Heilbehandlung 570. Unfallverhütung 570. Rechtsverfahren 571. Knappschafts-Oberversicherungsämter 570. Besonderheiten der Unfallversicherung im Bergbau 572. Die Knappschaftsversicherung 572. Einwirkung der RVO. auf Krankenversicherung 572. Auf Invalidenversicherung 572. Leistungen als Zuschußkassen 572. Leistungen als Sonderanstalten 573. Verschiedene Entwicklung der Knappschaftsvereine hinsichtlich der Beiträge und Leistungen 574. Krankheitshäufigkeit und -dauer im Bergbau 574. Besondere Krankheitshäufigkeit 576. Zunahme der Krankheitshäufigkeit und Ursachen 576. Die Bergpensionen 579. Ihre Steigerung 579. Verhältnis zu den Invalidenrenten 583. Die Krankheitsursachen der Bergpensionen 583. Die Krankheitsursachen der Krankenrenten 587. Die Krankheitsursachen der Invalidenrenten 588. Leistungen der Pensionskassen 588. Wartezeit 589. Invalidenpensionen und Witwenpensionen 589. Erziehungsbeihilfen 589. Freizügigkeit 589. Verwaltung 590. Berufung an Schiedsgerichte und Oberschiedsgericht 590. Übersicht über die Verhältnisse beim Saarbrücker Knappschaftsverein 590. Statistik der Krankenversicherung 594. Ärztliche Behandlung 594. Lazarettbehandlung 594. Lazarett- und Kurbezirke 594. Kursprengel und Reviere 597. Familienfürsorge 598. Statistik der Pensionskassen der Sonderanstalten 598. Vergleich der Pensionsbezüge und der reichsgesetzlichen Renten 598. Versicherung der Beamten 600.) — Literatur 600.

26. Kapitel. **Die soziale Versicherung der Seeleute** 602
(Besonderheiten des seemännischen Berufs 602. Krankenfürsorge 603. Krankheitsgefährdung 603. Tuberkulose 604. Ruhr 605. Gelenkrheumatismus 605. Geschlechtskrankheiten 605. Heizerkrankheit 606. Krankheiten der Verdauungsorgane 606. Allgemeine Krankenfürsorge 607. Gesetzliche Grundlagen für den einzelnen Krankheitsfall 607. Handelsgesetz 608. Seemannsordnung 608. Reichsversicherungsordnung 609. Erfolge der Krankenfürsorge 609. Die Seeunfallversicherung 610. Personenkreis 610. Seeberufsgenossenschaft 611. Unfallmeldung und Unfalluntersuchung 611. Fürsorge während der ersten 13 Wochen 612. Verschollene 612. Seemannsämter und Konsulate 613. Unfallverhütung 613. Erste Hilfe 614. Unfälle im Seeverkehr 614. Schiffsunfälle 614. Todesziffer 616. Gefährlichkeit eines Berufes 616. Statistik der Ursachen bei der Seeberufsgenossenschaft 618. Statistik der Unfälle und Entschädigungen 619. Die Invaliden- und Hinterbliebenen-Versicherung 620. Schwierigkeiten der Durchführung 620. Errichtung der Seekasse 621. Gesetzliche Grundlagen der Versicherung 621. Abweichungen in der Beitragshöhe und der Witwenversicherung 623. Übersicht über die Leistungen 623.) — Literatur 624.

27. Kapitel. **Die soziale Versicherung der Eisenbahner** 625
(Besonderheiten der Versicherungseinrichtungen 625. Übergang zwischen Arbeiterschaft und Beamtenschaft 626. Arbeitermaterial 625. Versicherungsträger 627. Krankenversicherung 627. Betriebskrankenkassen 628. Leistungen (statist.) 628. Verbandskrankenkasse 628. Krankengeldversicherung 629. Arzneiversicherung 629. Allgemeine Krankheitshäufigkeit und -dauer 630. Besondere Krankheitshäufigkeit und -dauer der einzelnen Dienstgruppen 631. Krankheitsverhütung 636. Tuberkulosebekämpfung 636. Bedeutung der nervösen Erkrankungen 638. Ausleseverfahren 640. Eisenbahnärzte 640. Ärztliche Versorgung der Betriebskrankenkassen 641. Unfallversicherung 641. Eisenbahnstatistik 641. Statistik der Unfallver-

Seite

sicherung 642. Gewerbeunfallstatistik 643. Unfälle nach Arbeitsverrichtungen 644. Unfallverhütung 645. Heilverfahren 645. Durchführung der Versicherung 646. Besondere Oberversicherungsämter 646. Übertragung von Aufgaben des Versicherungsamts 646. Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung 646. Pensionskassen 646. Abteilung A (Sonderanstalt) 646. Abteilung B (Zuschußkasse) 647. Verwaltung 647. Leistungen 648. Ausscheidung 651. Heilbehandlung 652. Invalidenhauspflege 652.) — Literatur 653.

28. Kapitel. **Der Arbeiterschutz und die Bekämpfung der Gewerbekrankheiten** . . 654
(Etappen der sozialen Fürsorge 654. Arbeiterschutz und Gewerbehygiene 654. Versicherung 654. Anfänge der Fabrikentwicklung und Gesundheitsgefährdung 655. Weitere Entwicklung 655. Beginn der Fabrikinspektion 655. Reichsgewerbeordnung 656. Bestimmungen über den Gesundheitsschutz 656. Mitwirkung der Kreisärzte 658. Bestimmungen für besonders gefährliche Betriebe 660. Gewerbeaufsicht 661. Übersicht über die Durchführung des Arbeiterschutzes 661. Verhütung der Gewerbekrankheiten 665. Geringe Kenntnis der Gewerbekrankheiten 666. Versagen der gesetzlichen Bestimmungen 666. Aktive Bekämpfung 667. Anzeigepflicht und Ermittlungen in Sachsen 668. In Preußen 669. Bedenken der Durchführung 670. Versicherung gegen Gewerbekrankheiten 671. Listenaufstellung 672. Versicherung gegen Betriebskrankheiten oder gewerbliche Vergiftungen 672.) — Literatur 672.

29. Kapitel. **Die Angestelltenversicherung** 674
(Zunahme der Angestellten 674. Wirtschaftliche Folgen 675. Versicherungsgesetz für Angestellte 676. Beitragsleistung 676. Leistungen 677. Doppelversicherung 678. Rentenberechnung 680. Wartezeit 680. Reichsversicherungsanstalt 680. Rentenausschuß 681. Vertrauensmänner 681. Verfahren 682. Schiedsgericht 682. Oberschiedsgericht 683. Ersatzkassen 683. Berufsunfähigkeit 684. Körperliche Gebrechen 684. Schwäche der körperlichen und geistigen Kräfte 685. Dauer der Berufsunfähigkeit 686. Herabsetzung der Arbeitsfähigkeit 687. Heilbehandlung 689. Sachleistungen 690.) — Literatur 691.

Abkürzungen.

RVA. = Reichsversicherungsamt.
OVA. = Oberversicherungsamt.
VA. = Versicherungsamt.
RVO. = Reichsversicherungsordnung.
Entw. = Entwurf der Reichsversicherungsordnung.
Begr. z. Entw. = Begründung zum Entwurf der RVO.
A. N. d. RVA. oder A. N. = Amtliche Nachrichten des Reichsversicherungsamts.
A. N., A. u. I.V. = Amtliche Nachrichten des Reichsversicherungsamts, Abteilung für Alters- und Invalidenversicherung.
R.E. = Rekursentscheidung in Sachen der Unfallversicherung, Revisionsentscheidung in Sachen der Invalidenversicherung.
EG. = Einführungsgesetz.
O.K.K. = Ortskrankenkasse.
Bg. = Berufsgenossenschaft.
E. = Entscheidung.
Handb. d. Unfallv. oder Uv. = Handbuch der Unfallversicherung.
VfA. = Versicherungsgesetz für Angestellte.
KG. = Preußisches Knappschaftsgesetz.
RGBl. = Reichsgesetzblatt.
RGO. = Reichsgewerbeordnung.
d. S. = der Satzung.
HMB. = Ministerialblatt des preußischen Handelsministers.
VGH. = Verwaltungsgerichtshof.
OVG. = Oberverwaltungsgericht.
Arb.Vers. = Arbeiterversorgung.
EGG. = Ehrengerichtsgesetz (Preuß. Gesetz betr. die ärztlichen Ehrengerichte ..... vom 25. XI. 99).

Erster Abschnitt.

Erstes Kapitel.

Entwicklung der sozialen Versicherung.

Die deutsche soziale Gesetzgebung, die im Laufe von Jahren und Jahrzehnten aus kleinen Anfängen zu ihrer heutigen Höhe und komplizierten Gestaltung emporgewachsen ist, muß als ein wahrhaft monumentales Werk angesehen werden, das für die Volkswohlfahrt und Volksgesundheit zu einem unschätzbaren Gut geworden ist und sich aufs glänzendste bewährt hat. Wenn man die heutigen Leistungen der sozialen Gesetzgebung überblickt, so muß man mit Anerkennung und Ehrfurcht zugeben, daß hier in langer Arbeit ein Werk geschaffen ist, das bis vor kurzem dem deutschen Volke einen gewaltigen Vorsprung vor allen anderen Nationen gegeben hat auf dem Gebiete der sozialen Fürsorge, des Arbeiterschutzes, des Schutzes vor Gefahren und Krankheiten und ihren wirtschaftlichen Folgen. Das deutsche Volk kann auf dieses Gut stolz sein, das es dem weitschauenden Blick früherer Generationen von Staatsmännern verdankt, und das, aus dem Bestreben entstanden, die wirtschaftlichen Härten der fortschreitenden Entwickelung des industriellen und kommerziellen Lebens zu mildern, weit über den ursprünglichen Gedanken hinausgewachsen ist und heutigen Tages den breitesten Raum einnimmt unter all den Bestrebungen, die dem Wohle und der Gesunderhaltung des deutschen Volkes dienen. Es ist nicht Aufgabe dieses Werkes zu untersuchen, in wie vielfältiger Beziehung die Arbeiterschutzgesetzgebung und die Reichsversicherung auf die Hebung der Arbeiterklassen und die wirtschaftliche Förderung ganzer Berufskategorien eingewirkt haben, sondern der Betrachtungskreis beschränkt sich auf die Darstellung derjenigen Umstände, die ausschließlich der Gesundung und Gesunderhaltung der breiten Volksmassen gedient haben, sowie auf die Untersuchung, welche Faktoren hierbei beteiligt sind und wie ihre Wirkung zustande kommt. Aber trotz der Beschränkung auf diese Aufgaben wird sich erkennen lassen, welch ein gewaltiges Werk hier geleistet ist, und welch eines Ineinanderarbeitens von Staat, selbständigen Korporationen und der Ärzteschaft es dauernd bedarf, um diese Errungenschaften zu bewahren, zu erweitern und zu vertiefen.

In einem anderen Kapitel wird des näheren auseinandergesetzt werden, welches die sozialmedizinischen Leistungen unserer sozialen Gesetzgebung sind. Hier mag zunächst dargetan werden, wie dieses Werk entstand, welchen wirtschaftlichen Bedürfnissen es gerecht wurde, wie man erst tastend den Weg suchte und dann, als man erkannt hatte, daß der Weg der richtige sei, unverdrossen und tatkräftig weiterschritt und Stein auf Stein zusammentrug,

bis das großartige Gebäude in seiner jetzigen Höhe errichtet war. (Siehe die Übersichtstafel.)

Die soziale Gesetzgebung ist aus bitterer wirtschaftlicher Not entstanden, die man dann erst richtig begreifen lernt, wenn man sich

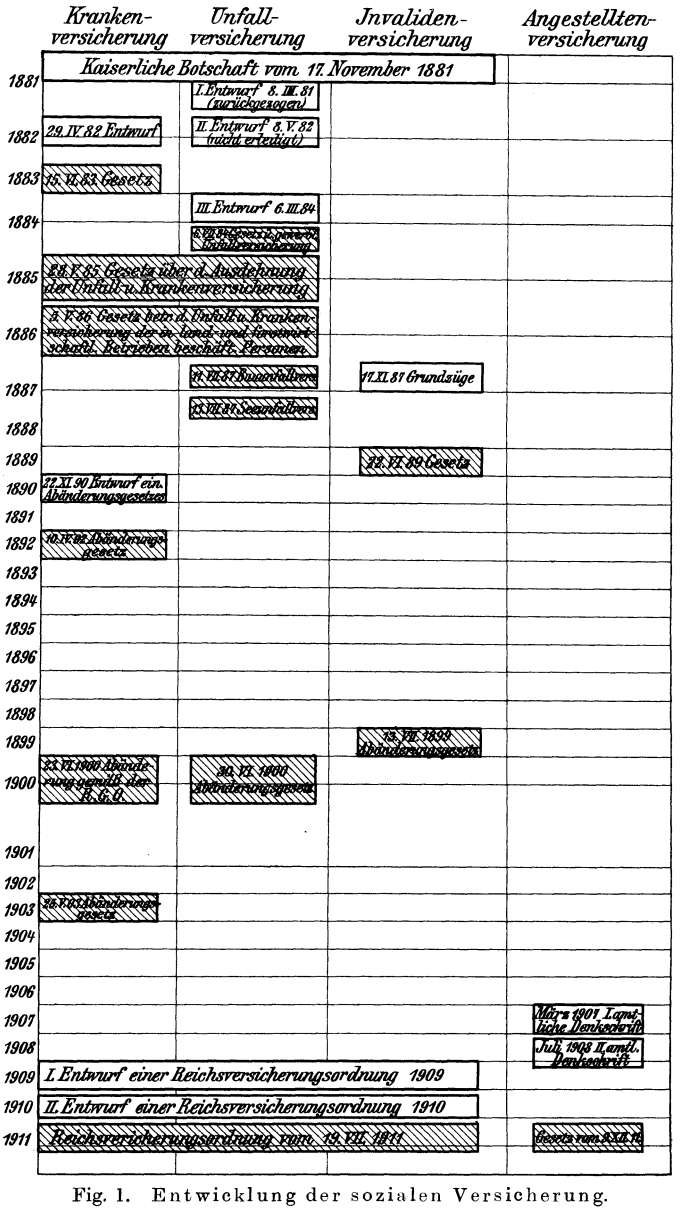


Fig. 1. Entwicklung der sozialen Versicherung.

vergegenwärtigt, wie die Zustände vor der Inaugurierung der Sozialpolitik waren, und wenn man den Versuch macht, sich die soziale Gesetzgebung hinwegzudenken und im Geiste die Lage zu überschauen, wie sie ohne das Bestehen dieser Gesetze heute sein würde. In dem Zeitalter, in

dem die wirtschaftliche Entwickelung unseres Vaterlandes einsetzte, war Deutschland in der Hauptsache ein Ackerbaustaat mit wertvollen Ansätzen von Handel und industrieller Betätigung. Die großen Städte existierten damals noch nicht, das ganze Leben verlief in ruhiger, gemütlicher Form und mit einer Beigabe von Behaglichkeit, die einer bestimmten Periode des vorigen Jahrhunderts den bezeichnenden Namen der Biedermeierzeit eingetragen hat. Der große Wandel bahnte sich bereits vor der Gründung des Deutschen Reiches an und erfuhr allerdings durch die ruhmreichen Kriege und die Einigung der deutschen Stämme eine ungeahnte Beschleunigung. Das Jahrhundert der großen Erfindungen setzte diese Erfindungen auch in wirtschaftliche Werte um, das Verkehrswesen nahm dauernd zu, die räumlichen Entfernungen schienen zu schwinden, im Lande selber entstanden Hütten, Werke, Maschinenfabriken, die chemische Industrie erlebte einen ungeheuren Aufschwung, und der schnell emporblühende Handel trug die Erzeugnisse deutschen Gewerbefleißes in ferne Länder. Statt der Ruhe und breiten Behaglichkeit machte sich ein nervöses Vorwärtshasten bemerkbar, der Kampf ums Dasein, der bis dahin in primitiverer Form nicht allzu drückend gewesen war, wurde immer härter und fühlbarer, und statt anderer Werte, die man früher gesucht hatte, fing jetzt der Kampf um Geld und Besitz in immer schärferer Weise an. Die wirtschaftlichen Unternehmungen wuchsen, selbst die Landwirtschaft konnte sich der zunehmenden Industrialisierung nicht entziehen und schuf in Brennereien, Ziegeleien und anderen Nebenbetrieben neue und ertragreichere Gewinnquellen und ging selbst zu intensiverer Bodenbewirtschaftung über. Damit bahnte sich eine völlige Umwälzung in dem Verhältnis der Bevölkerungsklassen zueinander an, die persönliche Rücksicht mußte mit dem Schwinden der patriarchalischen Verhältnisse mehr und mehr in den Hintergrund treten. Der Handwerksbetrieb ging vielfach in den Fabrikbetrieb über, da die wachsende Konkurrenz zu intensiverer Wirtschaft nötigte. Aus kleinen Fabriken wurden große Riesenbetriebe, die hunderte und tausende von Arbeitern beschäftigten. Der persönliche Kontakt, der früher zwischen Meister und Gesellen, zwischen Fabrikanten und den wenig zahlreichen Arbeitern bestanden hatte, verlor sich. Der große Fabrikherr konnte unmöglich noch die hunderte von Leuten kennen, die er beschäftigte. Dazu kam, daß der Wert des Handwerkers und des gelernten Arbeiters nicht mehr so hoch stand wie früher, da das zunehmende Prinzip der Arbeitsteilung und des maschinellen Betriebs die Quantität der Arbeiterschaft gegenüber der Qualität bevorzugen ließ. Der tüchtige Arbeiter, der vielleicht in einer Lampenfabrik die einzelnen Teile selbst hergestellt und zusammengesetzt hatte, konnte nicht aufkommen gegen den Maschinenbetrieb, in dem die Teile einzeln von besonderen Arbeitern verfertigt und wieder von anderen zusammengesetzt wurden. Die Maschinenarbeit trat dauernd mehr in den Vordergrund, da sie die Artikel in großen Mengen billig auf den Markt werfen konnte und so die Konkurrenz des kleinen Handwerks erdrückte. Die großen Betriebe konnten und mußten andererseits auch höhere Löhne bezahlen und wirkten so wie Magneten, die von überall her die Arbeitskräfte an sich zogen und so zur allmählichen Menschenverarmung des platten Landes und zur Bevölkerung der Industriestädte beitrugen. Der persönliche Wert des tüchtigen und gelernten Arbeiters verlor sich bald, für Geld konnte man stets Arbeiter in genügender Anzahl bekommen, und die Arbeiter schätzten den Wert des Geldes so einseitig, daß sie auf die persönliche Note ihres

früheren Wirkungskreises gern Verzicht leisteten und den lohnenden Betrieb in der großen Fabrik vorzogen, der sie zwar zu mechanischer Arbeit herabwürdigte, ihnen aber die zweifelhaften Genüsse großstädtischen Lebens verschaffte. Die geradezu rapide wirtschaftliche Entwickelung, die Deutschland nach dem Kriege mit Frankreich durchmachte, versetzte alle Welt in einen Taumel, überall entstanden neue Unternehmungen, neue Geschäfte, neue Betriebe, Geld konnte man im Handumdrehen gewinnen, die Spekulationswut setzte auf allen Gebieten ein, die Bodenspekulation wuchs groß, kurz es entstand eine geradezu wilde Jagd nach dem Golde, die den Gründerschwindel der 70er Jahre und den darauffolgenden Zusammenbruch vieler Unternehmungen zur Folge hatte. Die damalige Entwickelung der Dinge hatte einen unverkennbaren Einfluß auf den Zeitgeist, der sich in rücksichtslosem Vorwärtsdrängen dokumentierte. Das freie Spiel der Kräfte wurde einseitig überschätzt, derjenige war der Tüchtigste, der sich selber am tatkräftigsten durchzusetzen wußte. Die zwingende Folge davon war, daß jeder Geist von Altruismus verschwand, ein rücksichtsloser Egoismus statt dessen sich breit machte und ein allgemeiner Kriegszustand jedes gegen jeden in den Vordergrund trat. Bald machten sich nun Erscheinungen bemerkbar, die den damaligen Zustand in seiner ganzen Schärfe und Härte erkennen ließen. Diejenigen, die unter der Veränderung der Dinge am meisten zu leiden hatten, waren die Eigentumslosen, die von der Hand in den Mund lebten und auf den täglichen Ertrag ihrer Hände angewiesen waren, die arbeitende Bevölkerung, die jetzt gewissermaßen als ein neuer Stand in die Erscheinung getreten war, der früher wohl auch, aber nicht in solcher Sammlung und Konsolidierung bestanden hatte. Das rapide Wachsen der Großstädte hatte dazu geführt, daß in schnellster Folge Häusermeere entstanden, in denen die Arbeiterschaft ihr Heim aufschlagen mußte. Die gebotenen Wohnungen spotteten oft aller Beschreibung und wurden nicht den geringsten Ansprüchen an Wohnlichkeit gerecht, die Teuerung aller Lebensmittel und der Wohnungen selbst zwang zu Einschränkungen im Haushalt, die nur dadurch ausgeglichen werden konnten, daß die Frau und auch die Kinder nach Erwerb suchen mußten, und jeder verfügbare Raum an Schlafburschen und Einlogierer hergegeben wurde. Die Fabrikarbeit selbst war hart und anstrengend und dauerte oft elf bis zwölf Stunden, und trotzdem wurden Überstunden gern angenommen, da sie eben eine kleine Zubuße zum Tagesgewinn brachten. Die Anlagen, in denen die Arbeiter zu schaffen hatten, waren aufs billigste hergerichtet, Luft, Licht und Reinlichkeit gehörten noch nicht zu den Forderungen des Tages, im Staub der verarbeiteten Materialien und gefährdet durch die jeder Schutzvorrichtung entbehrenden Maschinen, mußten die Arbeiter ihr Werk verrichten und waren so dauernd Gefahren an Leib und Leben ausgesetzt. Die zunehmende Frauen- und Kinderarbeit drückte die Löhne herab, so daß der Entgelt nicht im Verhältnis zu dem bescheidenen Lebensaufwand stand. Bei schlechter wirtschaftlicher Konjunktur standen dann die Räder still, der Arbeiter wurde entlassen und konnte nirgends Arbeit finden, und wenn Krankheit oder Siechtum und gar Tod eintraten, dann stand die Familie vor dem Ruin und mußte der Armenbehörde zur Last fallen. Man kann es begreifen, wenn die wirtschaftliche Not diese Menschenmassen zusammenballte und sie dazu drängte, ihr Los zu verbessern, und daß sie, von keiner anderen Partei genügend in Schutz genommen, der Sozialdemokratie in die Hände getrieben wurden, die klug die Situation auszunutzen wußte und den Mantel

ihrer utopistischen Ideen mit dem Saum der Arbeiterfreundlichkeit verbrämte.

In dieser Not entstand die Rettung durch das machtvolle Eingreifen der Regierung, und dauernden Dank muß das deutsche Volk seinem großen Kaiser zollen, daß er die Arbeiterversicherung ins Leben rief und so den berechtigten Grund der Unzufriedenheit entfernte. Die Allerhöchste Botschaft, die Kaiser Wilhelm I. am 17. November 1881 dem Reichstage zugehen ließ, lautete:

„Wir halten es für Unsere Kaiserliche Pflicht, dem Reichstag die Förderung des Wohles der Arbeiter von neuem ans Herz zu legen, und würden Wir mit um so größerer Befriedigung auf alle Erfolge, mit denen Gott Unsere Regierung sichtlich gesegnet hat, zurückblicken, wenn es Uns gelänge, dereinst das Bewußtsein mitzunehmen, dem Vaterlande neue und dauernde Bürgschaft seines inneren Friedens und den Hilfsbedürftigen größere Sicherheit und Ergiebigkeit des Beistandes, auf den sie Anspruch haben, zu hinterlassen. In Unseren darauf gerichteten Bestrebungen sind Wir der Zustimmung aller verbündeten Regierungen gewiß und vertrauen auf die Unterstützung des Reichstags ohne Unterschied der Parteistellungen. In diesem Sinne wird zunächst der Entwurf eines Gesetzes über die Versicherung der Arbeiter gegen Betriebsunfälle vorbereitet. Ergänzend wird ihm eine Vorlage zur Seite treten, welche sich eine gleichmäßige Organisation des Krankenkassenwesens zur Aufgabe stellt. Aber auch diejenigen, welche durch Alter oder Invalidität erwerbsunfähig werden, haben der Gesamtheit gegenüber einen begründeten Anspruch auf ein höheres Maß staatlicher Fürsorge, als ihnen bisher hat zuteil werden können. Für diese Fürsorge die rechten Mittel und Wege zu finden, ist eine schwierige, aber auch eine der höchsten Aufgaben jedes Gemeinwesens, welches auf den sittlichen Fundamenten des christlichen Volkslebens steht. Der engere Anschluß an die realen Kräfte dieses Volkslebens und das Zusammenfassen der letzteren in der Form korporativer Genossenschaften unter staatlichem Schutze und staatlicher Förderung werden, wie Wir hoffen, die Lösung auch von Aufgaben möglich machen, denen die Staatsgewalt allein in gleichem Umfang nicht gewachsen sein würde."

Schon ehe diese kaiserlichen Worte erklungen waren, hatten Bestrebungen des Arbeiterschutzes eingesetzt, die aber bis dahin nicht imstande gewesen waren, die vorhandenen Übel nachdrücklich genug zu bekämpfen. Bereits in der Mitte des 19. Jahrhunderts waren einige Ministerialverfügungen erlassen, die den Schutz der Arbeiter bezweckten, aber sie blieben vereinzelt und wirkungslos. Einen bedeutenden Fortschritt brachte die Gewerbeordnung des Norddeutschen Bundes vom 21. Juni 1869, die eine Abänderung am 17. Juli 1878 erfuhr. Durch dieses Gesetz wurde die Fabrikinspektion eingeführt. Den Aufsichtsbeamten standen nach der Dienstanweisung aber nicht eigentliche polizeiliche Funktionen zu, vielmehr sollten sie vermittelnde Organe zwischen Arbeitern und Brotherrn sein. Erst die Abänderung des Gesetzes vom 1. Juni 1891 brachte die durchgehende Revisionstätigkeit der Gewerbeaufsichtsbeamten, die über die Ausführung der Gewerbeordnung zu wachen haben. Diese trifft selber Bestimmungen über die Beschäftigungszeit der Arbeiter (an Sonntagen), über die Beschaffenheit der Arbeitsräume in gesundheitlicher Beziehung, über Beschäftigung von Kindern und jugendlichen Personen sowie von Frauen, Vorschriften über Arbeitsordnungen und Lohnzahlungen neben anderen Bestimmungen,

die sich auf sonstige Regelung der Gewerbebetriebe beziehen. Seitdem sind noch eine Reihe von Novellen zur Reichsgewerbeordnung erschienen, die größtenteils dazu dienten, den Arbeiterschutz zu erweitern oder sie in Einklang mit der fortschreitenden sozialen Versicherung zu bringen.

Einen Fortschritt in der Erkenntnis, wenn auch nicht in der Praxis, brachte weiterhin das Haftpflichtgesetz. Hier zog man die logischen Konsequenzen, die sich aus den Forderungen der Reichsgewerbeordnung ergaben. Die Reichsgewerbeordung hat den Grundsatz aufgestellt, daß der Unternehmer verpflichtet ist, alle diejenigen Einrichtungen herzustellen und zu unterhalten, die mit Rücksicht auf die besondere Beschaffenheit des Gewerbebetriebes und der Betriebsstätte zu tunlichster Sicherheit gegen Gefahr für Leben und Gesundheit notwendig sind. Durch das Haftpflichtgesetz erwächst dem Geschädigten ein Rechtsanspruch, wenn ihm ein Schaden durch Schuld eines Dritten zugefügt wird. Wenn also ein Arbeiter in einem Betriebe verunglückte und dieser Unfall durch Schuld des Arbeitgebers veranlaßt war, so konnte der Arbeiter auf dem Rechtswege eine entsprechende Entschädigung verlangen. Das Haftpflichtgesetz war aber, soweit es wenigstens die soziale Frage betrifft, ein Schlag ins Wasser, denn die Entschädigung erfolgte nur auf Grund eines juristischen Streitverfahrens, das eine, wenn auch geringe, Sachkenntnis erfordert, die der Arbeiterbevölkerung früher zum größten Teile abging, was auch wohl heute noch der Fall sein dürfte; es entstanden Weitläufigkeiten. In der Zeit der Not, wenn der Arbeiter durch einen Unfall erwerbsunfähig war, trat niemand für ihn ein, und hinterher, wenn es ihm längst wieder gut ging, gab ihm das Gesetz Recht und sprach ihm eine Entschädigung zu, wenn er ihrer gar nicht mehr bedurfte. Noch schlimmer war die Sachlage für die Hinterbliebenen eines tödlich Verunglückten. Da ferner die Unternehmer sich durch private Versicherung gegen die Haftpflicht schützten, blieb den Versicherungsgesellschaften die Austragung des Rechtsstreits überlassen, die Gesellschaften hatten aber natürlich ihr eigenes Interesse wahrzunehmen und die Entschädigungsansprüche möglichst herunterzudrücken oder die Entschädigung gänzlich zu vereiteln. So kam es zu Härten aller Art, kurz, der gewünschte Erfolg konnte auf diese Weise nicht erzielt werden.

Die Arbeiterversicherungsgesetze brachten nun drei ganz neue Prinzipien auf, die aber allein imstande waren, die lückenlose Durchführung der Gesetze zu garantieren, und die sich glänzend bewährt haben. Man muß dem Scharfblick Bewunderung zollen, mit dem der Gesetzgeber hier sogleich das Richtige erkannt hat, obwohl eine vollkommen neue Aufgabe zu lösen war, für die ein ähnlicher Vorgang nicht existierte. Zunächst handelte es sich um die Durchführung eines neuen Rechtsgrundsatzes. Das alte römische Recht nimmt den Standpunkt ein, daß nur derjenige zum Ersatz eines Schadens verpflichtet sei, dem ein Verschulden zur Last fällt. Die neue soziale Versicherungsgesetzgebung stellt sich auf den Standpunkt, daß die moderne wirtschaftliche Entwickelung für diejenigen, die in den Unternehmungen tätig sind, ganz neue Gefahren geschaffen hat. Es handelt sich hierbei nicht um ein nachweisbares Verschulden des Unternehmers, aber die neue Art der Betriebsführung schafft ein Gefahrenrisiko, zu erkranken oder einen Unfall zu erleiden, oder frühzeitig invalide zu werden, das früher nicht existierte und hauptsächlich dem Betriebe selber zur Last fällt. Daraus ergibt sich der Schluß, daß der Arbeitgeber nunmehr auch für dieses neue Risiko einzutreten hat. Die Gesetze sehen aber nicht vor,

daß der Arbeitgeber das ganze Risiko allein zu tragen hat. So ist z. B. nicht immer die Art des Betriebes an einem Unfall schuld, sondern vielfach werden Betriebsunfälle durch Verschulden des Arbeiters selbst hervorgerufen, sei es, daß Nachlässigkeit, Leichtsinn oder Fahrlässigkeit, Trunkenheit usw. vorliege. Aus diesem neuen Rechtsgrundsatz ergab sich die praktische Folgerung, daß bei der Unfallversicherung, wo die Verhältnisse am einfachsten für die Beurteilung liegen, der Arbeitgeber allein für die entstehenden Kosten aufkommt, daß aber der verletzte Arbeiter zu einem Drittel selber die Folgen des Unfalls zu tragen hat und daher in der Rente nur zu zwei Dritteln seines Arbeitslohns entschädigt wird. Bei der Krankenversicherung war angenommen, daß das Risiko, infolge der spezifischen Schädlichkeiten des Betriebs und der Art der Betriebsführung zu erkranken, viel geringer ist, daß daher der Unternehmer sich auch nur zu einem kleineren Teile an der Kostenaufbringung zu beteiligen hat. Die Arbeiter haben demgemäß zwei Drittel, die Unternehmer ein Drittel der Beiträge aufzubringen. Ganz schwierig liegen nach dieser Richtung die Dinge bei der Invalidenversicherung. Ursprünglich wollte man das Risiko zu gleichen Teilen dem Reiche, dem Arbeiter und dem Unternehmer aufbürden, so daß jeder ein Drittel der Beiträge zu leisten gehabt hätte. Schließlich ist es dazu gekommen, daß Unternehmer und Arbeiter je die Hälfte des Beitrags aufbringen, während das Reich zu jeder Rente einen jährlichen Zuschuß gewährt.

Die zweite prinzipielle Neuerung bestand in der Durchführung einer Versicherung, die in einer gewissen Weise sich an das Wesen der privaten Versicherung anlehnte, aber doch ganz neue und wesentliche Abweichungen mit sich brachte.

In weiteren Kreisen unseres Volkes war der Versicherungsgedanke früher nur bekannt durch die privaten Versicherungsanstalten, auch Assekuranzen genannt, die es zu großer Ausdehnung in Deutschland gebracht und wesentlich zum Volkswohl beigetragen haben. Ich meine die privaten Gesellschaften, die den Versicherten oder dessen Rechtsnachfolger gegen Haftpflicht, gegen Unfall, für den Todesfall, ferner gegen Brand, Diebstahl, Hagelschlag u. dgl. sicherstellen. So bestanden z. B. bei uns in Deutschland im Jahre 1908 28 Unfallversicherungsgesellschaften. Aber diese Versicherungsgesellschaften sind doch wieder grundverschieden von den Trägern der sozialen Versicherung. Denn einmal sind sie in erster Linie für die besitzenden Klassen berechnet, sodann liegt aber bei ihnen die Gefahr des Risikos nach einer ganz anderen Richtung. Bei der staatlichen Arbeiterunfallversicherung z. B. ist nur derjenige Unfall zu entschädigen, der im Betriebe oder durch den Betrieb entstanden ist, bei der privaten Versicherungsgesellschaft gibt es eine derartige Abstufung nicht, hier ist es gleichgültig, wie und wo der Unfall sich ereignet. Hier ist jeder Unfall, der zur Arbeitsbeschränkung führt, oder auch nicht einmal das, entschädigungspflichtig. Für die Bemessung des Invaliditätsgrades dient bei der privaten Unfallversicherung, soweit es sich um die Entschädigung wegen einer dauernden Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit handelt, eine Entschädigungsskala, sog. Gliedertaxe, die jedoch nur für den vollständigen Verlust oder die vollständige Gebrauchsbehinderung eines Auges, eines Gliedes, eines Fingers usw. Prozentsätze enthält. So werden beispielsweise für den Verlust des rechten Armes 60 %, für den des linken 40 %, für den beider Arme 100 %, für den Verlust sämtlicher Finger der linken Hand 40 %, der der rechten Hand 55 % in Ansatz gebracht. Bei der staatlichen Unfallversicherung

gibt es keine derartige Gliedertaxe, sondern hier ist nur der Grad der vorhandenen Erwerbsunfähigkeit für die Höhe der Entschädigung maßgebend. Erleidet ein Arbeiter einen Betriebsunfall, und wird ihm dabei ein Finger, z. B. der Zeigefinger der rechten Hand, abgequetscht, so erhält er dafür eine Entschädigung, die ihm den entgangenen Arbeitsgewinn ersetzen soll. Sobald aber eine solche Schädigung nicht mehr vorliegt, sobald Unfallfolgen hinsichtlich der Beschränkung der Erwerbsfähigkeit nicht mehr bestehen, so hört auch die Entschädigung infolge Gewöhnung an den Zustand auf. Oder aus einem anderen Gebiet: Ein Arbeiter, der eine leichte und chronisch verlaufende Lungentuberkulose hat, erleidet bei der Arbeit eine Quetschung der Brust, die an sich unbedeutend ist, aber doch eine wesentliche Verschlimmerung des Leidens und baldigen Tod herbeiführt. Alsdann muß die Berufsgenossenschaft, da in der staatlichen Versicherung Verschlimmerung eines schon bestehenden Leidens durch einen Unfall als Unfallfolge anerkannt wird, den dazu berechtigten Angehörigen des Toten die Hinterbliebenenrente bezahlen. Die private Unfallversicherung dagegen erkennt die Verschlimmerung eines bestehenden Leidens nicht an, und somit liegt in dem angeführten Falle entsprechend bei der privaten Versicherung eine Entschädigungspflicht für den Unfall nicht vor. Derartige Differenzen bestehen nun in größter Menge und zeigen, daß die Verhältnisse bei den Versicherungsarten durchaus verschieden liegen und nicht miteinander in Vergleich gebracht werden können.

Das hauptsächlichste Motiv für diese Verschiedenheiten und das dritte, neue und wichtigste Prinzip besteht nun aber darin, daß es sich bei der staatlichen Versicherung um eine Zwangsversicherung, bei der privaten um eine freiwillige handelt. Damit ergibt sich ein Unterschied im Gefahrenrisiko. Denn von einer bestimmten Anzahl Personen in einem Wirkungskreise wird erfahrungsgemäß immer ein bestimmter Prozentsatz krank, invalide oder erleidet Unfälle. Dieser Prozentsatz wird schwanken infolge von kleinen Zufälligkeiten, Witterungswechsel, Erfindung neuer Betriebsarten, neuer Maschinen und dgl. Je größer die Zahl der Beteiligten ist, umsomehr müssen sich diese Schwankungen gegenseitig ausgleichen, und der Berechnungsfehler wird immer kleiner, das Risiko somit, das gerade durch die unregelmäßigen Schwankungen bedingt wird, auch immer geringer. Daraus muß sich naturgemäß eine Ungleichmäßigkeit in den Anforderungen auf der einen und den Leistungen auf der anderen Seite bei den staatlichen und privaten Versicherungsträgern herausbilden. Ferner bringt es das Wesen der Zwangsversicherung mit sich, daß jede Person, die sich unter bestimmten Arbeitsbedingungen befindet, versicherungspflichtig ist. Es müssen also Leute in der Versicherung sein, bei denen die Gefahr einer Erkrankung sehr verschieden groß ist, solche, die eine vorzügliche Konstitution haben und mit Wahrscheinlichkeit überhaupt nicht krank werden, und solche, die schon beim Eintritt in die Kasse krank sind. Denn die Aufnahme in eine Krankenkasse oder in die staatliche Unfallversicherung erfolgt nicht nach Maßgabe des Gesundheitszustandes, sondern auf Grund des Arbeitsverhältnisses und der Erwerbsfähigkeit. Die vielen gesunden Personen, die sich in der staatlichen Versicherung befinden, tragen also das Risiko mit für die an sich schon kranken Personen, die ebenfalls versichert sind. Da auch hier bei der großen Zahl der Beteiligten das Verhältnis als fast konstant anzusehen ist, ergeben sich hieraus keine Schwierigkeiten. Bei der privaten Lebensversicherung liegen die Dinge aber ganz anders, denn für

den Beitritt in eine Lebensversicherung z. B. sind die verschiedensten Rücksichten maßgebend; darum müssen auch die Leute, die eintreten wollen, nach körperlicher Kraft und Gesundheit ganz verschiedene Aussicht haben, ein höheres oder weniger hohes Lebensalter zu erreichen, und der Versicherung muß daran liegen, solche Personen zurückzuweisen, die wahrscheinlich nicht das Durchschnittsalter erleben werden. Ähnlich liegen die Verhältnisse bei der Unfallversicherung. Bei der staatlichen sind alle Arbeiter bestimmter Betriebe versichert, das Verhältnis der Unfälle ist ziemlich konstant. Zur privaten Unfallversicherung werden sich aber naturgemäß nur die Leute melden, die in eine gewisse Gefahr kommen, Unfälle zu erleiden, gewissermaßen Leute der höchsten Gefahrenklasse. Darum werden sich also hieraus ebenfalls weitgehende Unterschiede ergeben. Die obligatorische Versicherung hat für die staatliche Unfallversicherung auch wieder charakteristische Folgen. In den hier geltenden Unfallverhütungsvorschriften hatte eine Berufsgenossenschaft die Bestimmung aufgenommen, daß Epileptiker und andere nervenkranke Personen nicht als Arbeiter eingestellt werden dürften. Diesen Standpunkt hat das RVA. als Genehmigungsinstanz abgelehnt und darauf hingewiesen, daß die soziale Gesetzgebung für jeden Arbeitsberechtigten in gleicher Weise zu gelten hat, daß aus der erhöhten Gefahr, die bei einer an sich kranken Person zu Unfällen besteht, nicht das Recht hergeleitet werden kann, dieser Person einen Teil des allgemeinen Arbeitsmarktes zu versperren. Somit gibt unsere deutsche soziale Gesetzgebung dadurch, daß sie Zwangsversicherung ist, auch die Grundlage dafür ab, daß sie eine durchaus allgemeine Versicherung ist, daß jeder Staatsbürger der für sie bestimmten Bevölkerungsklasse daran teilnehmen kann, und daß die Mitgliedschaft lediglich durch das Arbeitsverhältnis bedingt wird. Auch auf dem Gebiete der Krankenversicherung hat dies seine Bedeutung, denn der obligatorische Beitritt zu einer Krankenkasse erfolgt auch, wenn die betreffende Person schon leidend, aber arbeitsfähig ist. Wenn z. B. ein Arbeiter an Rheumatismus leidet, trotzdem aber in eine Fabrik oder dgl. eintritt, so ist er dadurch ohne weiteres sowohl berechtigt als verpflichtet, Mitglied einer Krankenkasse zu werden. Wird nun sein Rheumatismus so stark, daß er schon bald nach Aufnahme der Arbeit wieder arbeitsunfähig wird, so erfährt er trotz der kurzen Mitgliedschaft bei der Krankenkasse die Segnungen der Versicherung. Auf der anderen Seite wieder sieht die soziale Gesetzgebung vor, daß Personen, die ihr nicht obligatorisch angehören, sondern sich freiwillig versichern, vor ihrem Eintritt in eine Krankenkasse ärztlich auf ihren Gesundheitszustand untersucht und bei bestehender Krankheit abgewiesen werden können.

Wir sehen so, daß der in unserer Gesetzgebung ausgesprochene Versicherungszwang eine ganz besondere Bedeutung hat, daß er Verhältnisse bedingt, die ganz anders liegen als bei den privaten Versicherungsgesellschaften und bei den fakultativen Versicherungskassen. Das Deutsche Reich hat von vornherein die obligatorische Versicherung gewählt und gezeigt, daß auf diese Weise die soziale Versicherung durchführbar und auch glänzend durchführbar ist. Diesem sogenannten germanischen Prinzip gegenüber steht das romanische, d. h. das Prinzip der freiwilligen Versicherung als Grundlage der sozialen Gesetzgebung. Auf dem letzten internationalen Kongreß für Arbeiterversicherung in Rom 1908 wurde allseitig der glänzende und durchschlagende Erfolg der obligatorischen sozialen Versicherung und der Mißerfolg des romanischen Prinzips anerkannt. Die fakultative Ver-

sicherung steht ethisch ohne Frage höher; wenn sie realisierbar wäre, würde sie höher zu bewerten sein als die obligatorische. Aber man muß mit der egoistischen Schwäche und mit dem kurzen Verstand der Alltagsmenschen und vor allem dem hier in Frage kommenden Bildungsniveau rechnen. Die fakultative Gesetzgebung kann das nicht leisten, was die obligatorische zu tun vermag. Und so können wir stolz sein, daß unser Vaterland auf diesem bis dahin nicht beschrittenen und unbekannten Gebiet der siegreiche Vorkämpfer gewesen ist, und daß die Leistungen unserer sozialen Versicherung bisher unerreicht waren.

Die Kaiserliche Botschaft hatte angekündigt, daß zunächst die Vorlage eines Gesetzes über Unfallversicherung und in Ergänzung dessen dann ein Entwurf zur Krankenversicherung erscheinen werde, dem später die Invalidenversicherung folgen solle. In Wirklichkeit ist es insofern anders gekommen, als das Krankenversicherungsgesetz zuerst zur Durchführung gelangte und dann erst die anderen Gesetze folgten. Man hat neuerdings viel von der Vereinheitlichung der Versicherung gesprochen und auch einmal etwas Derartiges von der Reichsversicherung erwartet. So wünschenswert eine solche Verschweißung gewesen wäre und noch wäre, so schwierig ist sie durchzuführen, und man begreift umsomehr, daß die ursprüngliche Anlage nicht von einer einzigen Organisation ausgehen konnte, als damals überhaupt keine Erfahrungen vorlagen und man eben mit verschiedenartigen Gebilden Versuche machen mußte.

Während die Unfallversicherung, deren erster Entwurf im Jahre 1881 dem Reichstage vorlag, erst nach mannigfachen Wechselschicksalen im Jahre 1884 Gesetzeskraft erlangte, wurde der am 29. April 1882 dem Reichstag vorgelegte Entwurf der Krankenversicherung nach verschiedenen Änderungen angenommen und erlangte bereits am 15. Juni 1883 Gesetzeskraft. Die Krankenversicherung ist nichts absolut Neues, sondern lehnte sich an andere Unternehmungen an, die entsprechende Zwecke verfolgten. Während bei jenen älteren Institutionen der Kreis der Personen auf bestimmte Berufskategorien beschränkt war, ließ die staatliche Versicherung solche alten Versicherungen als Betriebs-, Innungs-, Bau- und Knappschaftskrankenkassen zwar bestehen, schuf aber außerdem neue örtliche Organisationen in den Orts- und Gemeindekrankenkassen. Diese verschiedenen Kassenarten bilden das Skelett der Versicherung. Einer dieser Kassen gehörten gewisse Kategorien von Arbeitern ex officio als Pflichtmitglied an, es war ihnen aber gestattet, sich statt dessen freiwillig in sogenannten Hilfskassen zu versichern, die in großer Zahl entstanden waren und durch das Hilfskassengesetz vom 7. April 1876 eine rechtliche Basis erhalten hatten. Dieses Gesetz bekam im Jahre 1884 eine neue Fassung, die es in Einklang mit dem Krankenversicherungsgesetz brachte, und setzte Minimal- und Maximalleistungen der Hilfskassen fest. Von den älteren Innungs- und Gewerbekassen kannte eine ganze Anzahl sogar schon den Versicherungszwang, aber überall waren die grundlegenden Bestimmungen verschieden, so daß in den einzelnen Gegenden Deutschlands bald Zwangskassen-, bald Hilfskassen-, bald gar keine Kassenversorgung bestand. Hiermit räumte das neue Krankenversicherungsgesetz auf und verpflichtete einen bestimmten Versichertenkreis zur Zwangsversicherung in einer der erwähnten Kassen, die im Erkrankungsfalle ärztliche Hilfe und Arznei und unter gewissen Voraussetzungen Krankengeld, Sterbegeld und Wöchnerinnenunterstützung gewährten. Dieses Gesetz erfuhr durch die Abänderung vom

28. Mai 1885 über die Ausdehnung der Unfall- und Krankenversicherung hauptsächlich eine Erweiterung des Versichertenkreises. Am 5. Mai 1886 trat das Reichsgesetz, „betreffend die Unfall- und Krankenversicherung der in land- und forstwirtschaftlichen Betrieben beschäftigten Personen", in Kraft, das zwar keine Verpflichtung zur Krankenversicherung der Land- und Forstarbeiter brachte, aber gestattete, daß der Versicherungszwang durch Landesgesetz oder Kommunalstatut eingeführt werde. Im Laufe der Jahre hatten sich mancherlei Mängel ergeben, die zu einer Neubearbeitung der Krankenversicherung führten, die am 10. April 1892 Gesetzeskraft erlangte.

Die Abänderung der Gewerbeordnung im Jahre 1899 hatte zur Folge, daß das Krankenkassengesetz am 30. Juni 1900 damit in Übereinstimmung gebracht wurde.

Eine Reihe von Änderungen brachte dann das Abänderungsgesetz vom 25. Mai 1903, wenn sie auch nicht gerade sehr einschneidender Art waren.

Das Krankenversicherungsgesetz hatte die Krankenversicherung auf örtliche Selbstverwaltungskörper basiert, die unter dem Namen Orts-, Betriebs-, Gemeinde-, Innungs-, Baukrankenkassen selbständige Gebilde waren, deren Wirkungskreis sich nicht über einen bestimmten räumlichen Bezirk hinaus erstreckte und alle diejenigen Personen umfaßte, die in dem örtlichen Bezirk tätig waren. Entsprechend der Beitragsleistung, die zu 2 Dritteln von den Arbeitern, zu 1 Drittel von dem Unternehmer aufgebracht wurde, war auch der Verwaltungskörper zu 2 Dritteln aus Arbeitern und einem Drittel aus Unternehmern zusammengesetzt. Schwieriger war es, in der Unfallversicherung den richtigen Weg zu finden.

Bereits am 8. März 1881, also vor dem Krankenversicherungsgesetz, wurde dem Reichstag ein Entwurf vorgelegt, der die Unfallversicherung bezweckte. Die Versicherung sollte erfolgen:

a) bei einer Reichsversicherungsanstalt oder Landesversicherungsanstalten,
b) nach festen Tarifen unter Berücksichtigung der Gefahrenklassen,
c) mit Einführung einer vierwöchigen Karenzzeit,
d) unter Beteiligung der Arbeiter neben den Arbeitgebern an der Prämienzahlung,
e) unter Leistung eines mäßigen Reichszuschusses,
f) mit Zulassung des Rechtsweges gegen die Entschädigungsfestsetzung,
g) unter Aufhebung der Haftpflicht der Betriebsunternehmer,
h) unter Zulassung genossenschaftlicher Versicherung.

Der Reichstag lehnte insbesondere die Ersetzung der Reichsversicherungsanstalt durch Versicherungsanstalten der Einzelstaaten und die Gewährung einer Reichsbeihilfe ab. Die Regierung zog ihren Entwurf zurück und wartete die Ergebnisse einer umfassenden Reichsunfallstatistik ab, die im Jahre 1881 erhoben wurde. Aus den Ergebnissen konnte die Höhe der zukünftigen Rentenbelastung errechnet und dabei unter anderm festgestellt werden, daß die durch Unfall hervorgerufene Erwerbsunfähigkeit bis zu 13 Wochen, mögen die Fälle auch noch so zahlreich sein, kaum in das Gewicht fällt gegenüber den Todes- und Invaliditätsfällen. Der nächste Entwurf vom Jahre 1882 ließ die Reichsversicherungsanstalt und die Arbeiterbeiträge fallen und schuf eine Organisation der Unternehmer, die eine Versicherung auf Gegenseitigkeit bezweckte. Die Kosten sollten zu 60 % durch Genossenschaften aufgebracht werden, die im ganzen Reichsgebiete derselben Gefahrenklasse angehörten, zu 15 % durch Genossenschaften, welche die gleichartigen Betriebe einer höheren Verwaltungsbehörde vereinigten. Der Sessionsschluß verhinderte eine Behandlung im Plenum des Reichstages, und aufs neue brachte die Regierung einen völlig umgearbeiteten Entwurf ein, der am 6. Juli 1884 Gesetzeskraft erlangte. Die Organisation war auf eine andere Basis gestellt, das Prinzip der Gruppierung nach Gefahrenklassen und nach territorialen Betriebsgruppen war fallen gelassen.

Bismarck nahm die alte Knappschaftsorganisation zum Muster und vereinigte alle Betriebe, die gleichartige, ähnliche oder verwandte Unternehmungen darstellen, zu Berufsgenossenschaften, da die Betriebsgefahren

die gleichen und die Betriebsunternehmer Berufsgenossen sind. Auch hier wurden Selbstverwaltungskörper geschaffen, eben die Berufsgenossenschaften. Aber hier trat das örtliche Prinzip zurück, und lediglich die Zusammengehörigkeit zu einem Berufe war maßgebend. Wir haben Berufsgenossenschaften, die sich ungeteilt über das ganze Deutsche Reich erstrecken, während andere dieselbe Ausdehnung besitzen, aber Unterabteilungen, sogenannte Sektionen, gebildet haben, die größere zusammenhängende Gebiete vertreten, und drittens bestehen für größere Landesteile besondere Berufsgenossenschaften, z. B. bei der Holzbearbeitung eine norddeutsche, eine sächsische, eine südwestdeutsche und eine bayrische. Da die Unternehmer allein die Beiträge aufbringen, so wird der Verwaltungskörper auch von ihnen allein gebildet. Das ursprüngliche Gesetz erfuhr eine Erweiterung durch das Reichsgesetz über die Ausdehnung der Unfall- und Krankenversicherung vom 28. Mai 1885. Die Bauunfallversicherung wurde am 11. Juli 1887, die Seeunfallversicherung am 13. Juli 1887 gesetzlich erfaßt, während im Jahre 1886 das schon erwähnte Unfall- und Krankenversicherungsgesetz für die Landwirtschaft erlassen war.

Die verschiedenen Unfallversicherungsgesetze wichen in wesentlichen Bestimmungen voneinander ab, und es war darum notwendig, sie in Übereinstimmung zu bringen. Das Gesetz zur Abänderung der Unfallversicherungsgesetze vom 30. Juni 1900 faßt als sogenanntes Mantelgesetz die Bestimmungen über Errichtung neuer Berufsgenossenschaften, Schiedsgerichte, Landesversicherungsämter, Reichsversicherungsamt und über das Gebührenwesen zusammen, während unter demselben Datum die anderen Gesetze neu geregelt werden.

Sechs Jahre nach dem Erscheinen der Kaiserlichen Botschaft im November 1887 gab das Reichsamt des Innern „Grundzüge zur Alters- und Invaliditätsversicherung" bekannt, die diese Frage zur öffentlichen Diskussion und Klärung der Ansichten bringen sollten. Die Grundzüge gingen davon aus, daß der Versichertenkreis so weit wie möglich gefaßt sein müsse, um alle Arbeiter, Gesellen, Lehrlinge, Gehilfen und Dienstboten gegen die Not des Alters und der Invalidität zu schützen. Sie wollten die Versicherung an die Berufsgenossenschaften angliedern und als Entschädigung eine Einheitsrente festsetzen, die für jeden Versicherten gleich hoch sein sollte. Die Beiträge sollten, wie schon erwähnt, zu einem Drittel von den Unternehmern, zu einem Drittel von den Arbeitern und zu einem Drittel von dem Reich getragen werden. Die darauf folgende Diskussion in der politischen und wissenschaftlichen Welt war äußerst lebhaft und trug erheblich zur Klärung der Sachlage bei. Daraufhin wurde der Gesetzentwurf vom Bundesrat wesentlich umgearbeitet. Sowohl die berufsgenossenschaftliche Organisation wie die Einheitsrente war beseitigt. An die Stelle der Berufsorganisation hatte man die territoriale gesetzt, jedoch im Gegensatz zu der örtlichen in der Krankenversicherung eine solche, die sich nicht auf eine Gemeinde, auf eine Stadt, sondern auf einen großen Bezirk, auf eine Provinz in Preußen, auf einen Regierungsbezirk in Bayern, auf einen ganzen Bundesstaat (Sachsen, Württemberg, Hessen) oder mehrere Bundesstaaten zusammen (Thüringen, Hansestädte) erstrecken sollte. Träger der Versicherung sollten besondere Behörden, sogenannte Versicherungsanstalten, werden. Aus der Einheitsrente hatte der Bundesrat eine Ortsgruppenrente gemacht, derart, daß ganz Deutschland in 5 Ortsgruppen nach dem dort üblichen Tagelohn geteilt war, und daß innerhalb einer jeden Ortsgruppe gleiche Beiträge und

gleiche Renten eingeführt werden sollten. Einer weiteren Umarbeitung wurde dann der Entwurf im Reichstage unterzogen, bis nach allseitigen heißen Bemühungen Einigkeit dahin erzielt wurde, daß das territoriale Prinzip der Organisation mit den Versicherungsanstalten angenommen wurde, daß aber statt der Einheitsrente oder der Ortsgruppenrente das Lohnstufensystem zur Einführung kam, und daß die Beiträge zur Hälfte von Arbeitern, zur Hälfte von Unternehmern aufzubringen seien, während das Reich einen jährlichen Zuschuß zu jeder Rente von 50 M. gab. In dieser Form kam das Invaliden- und Altersversicherungsgesetz am 22. Juni 1889 heraus und trat am 1. Januar 1891 in Kraft. Damit war das dritte der großen sozialpolitischen Gesetze geschaffen, das zunächst den Reigen der sozialen Versicherung schloß. Auch diese dritte Form der Organisation bewährte sich in so vorzüglicher Weise, daß man später zu einschneidenden Veränderungen keine Veranlassung fand, während sich allerdings eine Reihe von tatsächlichen Bedürfnissen herausstellte, die noch gewisse Verbesserungen wünschenswert machten. Besonders bedenklich erschien die Verschiedenheit der finanziellen Entwickelung, die einzelne Versicherungsanstalten erfuhren. Denn während einige, wie Ostpreußen und Niederbayern, aus ihren Beiträgen nicht das erforderliche Kapitalvermögen sammeln konnten, schwammen andere, wie die von Berlin und den Hansestädten, geradezu im Golde. Vor allem dieser Umstand trug dazu bei, schon bald an eine Revision des Invalidengesetzes heranzugehen, die zu einer neuen Bearbeitung des Versicherungsgesetzes vom 13. Juli 1899 führte. Die ursprünglichen Grundlagen blieben bestehen, nur wurde eine höhere, fünfte Lohnklasse neu geschaffen und die Einrichtung getroffen, daß die Versicherungsanstalten ein Gemein- und ein Sondervermögen bilden und aus dem ersteren bestimmte Teile der auf sie entfallenden Renten decken sollten.

Man hatte das Bestreben gehabt, die drei Gesetze in einer gewissen Weise miteinander in Einklang zu bringen, derart, daß die eine Versicherungsart die andere abzulösen imstande war. Aber dauernd und überall ließ sich das Prinzip nicht durchführen. Der Versichertenkreis war in den drei Versicherungen nicht der nämliche, so daß viele Kategorien an der Krankenversicherung und wieder andere an der Unfallversicherung keinen Teil hatten. Überall war die Behördenorganisation eine andere. Dieser Umstand mußte bei den Versicherten das Gefühl der Unsicherheit hervorrufen. Ursprünglich waren die Krankenkassen gesetzlich zu einer Krankenunterstützung von 13 Wochen verpflichtet, demgemäß trat die Unfallversicherung von der 14. Woche ab ein. Als die Krankenunterstützung auf 26 Wochen verlängert wurde, ließ man es bei der Unterstützung seitens der Berufsgenossenschaft von der 14. Woche ab bewenden, so daß eine Reihe von Streitigkeiten zwischen den Organisationen entstanden. Für den Genuß der Versicherungsrechte war der Begriff der Erwerbsunfähigkeit maßgebend, aber dieser Begriff war in jedem der 3 Gesetze anders aufgefaßt, so daß hieraus ständige Konflikte entstanden. In der Krankenversicherung war das Rechtsverfahren dadurch unsicher, daß bei Streitigkeiten bald die Verwaltungsbehörden, bald die Verwaltungsgerichte, bald wieder die ordentlichen Gerichte zuständig waren. Da die drei Versicherungskategorien völlig getrennt marschierten und kaum jemals aufeinander Rücksicht nahmen, so wandelten sie in ganz verschiedenen Bahnen, und die Gestaltung der Ortskrankenkassen änderte sich derart, daß ihre Verwaltung teilweise in die Hände der Sozialdemokratie kam,

die in den Verwaltungsposten geeignete Stellen fand, um damit ihre Anhänger zu belohnen und in gesicherten Stellungen unterzubringen. Auf dem Gebiete der Unfallversicherung machte sich die Klage bemerkbar, daß das Feststellungsverfahren sich endlos in die Länge zog und die unfallverletzten Personen so spät in den Genuß ihrer Rente gelangten, daß sie inzwischen in Not geraten konnten und auch häufig gerieten. Lediglich die Invalidenversicherung wußte sich soviel Popularität zu verschaffen, daß von keiner Seite nennenswerte Klagen vorgebracht werden konnten.

Im Jahre 1909 erschien der erste Entwurf der neuen Sozialversicherung, der die Vereinheitlichung der Gesetze durch den neuen gemeinschaftlichen Namen „Reichsversicherungsordnung" ankündigte.

Eine rein äußerliche Veranlassung zur Reform des Versicherungswesens war § 15 des Zolltarifgesetzes vom 25. Dezember 1902, die sogenannte Lex Trimborn, nach der gewisse Zolleinnahmen des Reichs für eine Witwen- und Waisenversorgung reserviert bleiben sollten. Die Einbeziehung der Witwen- und Waisenversorgung in die allgemeine Versicherung war damit vorweggenommen und garantiert. Inzwischen hatte sich in den Kreisen der kaufmännischen Angestellten eine lebhafte Propaganda für eine gesetzliche Versicherung im Falle der Invalidität entwickelt, die besonders durch die in Österreich entstandene Bewegung angefacht und unterhalten wurde. Auf die Gestaltung der Dinge werde ich später noch zurückkommen, hier mag nur soviel gesagt werden, daß die Regierung 1907 eine Denkschrift über die Privatbeamtenversicherung veröffentlichte, der im Jahre 1908 eine zweite folgte. Man einigte sich über die Grundlinien, so daß die Versicherung der Privatangestellten zustande kommen konnte. Man folgte aber dem österreichischen Beispiel so sehr, daß man wenig an eine Angliederung der Angestelltenversicherung an die Invalidenversicherung dachte, obwohl dieses bei uns das Gegebene war, während Österreich das nicht tun konnte, da es keine Invalidenversicherung hatte. Man folgte wesentlich den Wünschen der Angestellten, denen eine Verquickung mit der Arbeiterversicherung anscheinend als eine Verletzung der Standesehre erschien, und nahm außer der Verzettelung der Versicherungszweige auch die enorme Belastung durch die Verwaltungskosten gern in Kauf. So kommt es, daß wir jetzt für die soziale Versicherung eine große Zahl höchster Ämter und Instanzen besitzen. Die Ersatzkassen unterstehen dem Aufsichtsamt für Privatversicherung, die Träger der eigentlichen Arbeiterversicherung dem Reichsversicherungsamt, die Angestelltenversicherung bekommt eine Reichsversicherungsanstalt. Für die Reichsversicherung ist der Instanzenzug Oberversicherungsämter und Landesversicherungsämter bzw. Reichsversicherungsamt, die Knappschaften haben in Preußen das Oberschiedsgericht für Knappschaftsversicherung als höchste Instanz im Knappschaftskrankenkassen- und -pensionswesen, die Angestellten dagegen Schiedsgerichte und das Oberschiedsgericht für die Angestelltenversicherung. Dabei fallen wohl die meisten Privatbeamten entweder dauernd oder zeitweise unter die Invalidenversicherung, so daß die neue Versicherungsart nur eine Komplikation geschaffen hat, für die hauptsächlich der Umstand maßgebend war, daß die Angestelltenversicherung keinerlei Reichszuschüsse erhält. Ebenso bedingt der Unterschied, daß in der Invalidenversicherung die Altersgrenze 70, in der Angestelltenversicherung 65 Jahre beträgt, eine unerwünschte Situation, schließlich ist der Begriff der Invalidität in beiden Gesetzen verschieden.

Kehren wir zur Reichsversicherungsordnung zurück, so finden wir,

daß eine bemerkenswerte Änderung in einer neuen Einrichtung besteht, die als gemeinsamer Unterbau für alle drei Versicherungsarten gedacht ist. Der Entwurf hatte vorgesehen, daß für jeden unteren Verwaltungsbezirk (Stadt, Kreis in Preußen, Bezirksamt in Bayern, Oberamtsbezirk in Württemberg, Kreishauptmannschaft in Sachsen usw.) eine selbständige Behörde als Versicherungsamt geschaffen werde. Das Versicherungsamt sollte für die Ansprüche der Invalidenversicherung nur vorbereitende, für diejenigen der Kranken- und Unfallversicherung entscheidende erste Instanz sein. Nach dem Gesetz werden keine selbständigen Versicherungsämter gebildet, sondern die Abteilungen für Arbeiterversicherung, die meist schon bestanden, nur so benannt. In der Hauptsache ist das Versicherungsamt Auskunftstelle für Versicherte, gutachtliche Behörde zur Unterstützung der Versicherungsanstalten und Berufsgenossenschaften und nur auf dem Gebiete der Krankenversicherung Aufsichts- und juristische Behörde. — Der einheitliche Instanzenzug ist dadurch gewahrt, daß die übergeordneten Gerichtsbehörden in allen Fällen die Oberversicherungsämter sind, die früheren Schiedsgerichte, die aber nur für Invaliden- und Unfallversicherung zuständig waren. Die oberste Gerichtsbehörde ist das Reichsversicherungsamt bew. die Landesversicherungsämter.

Den Versuch, eine Verschmelzung der Versicherungszweige herbeizuführen, hatte auch der Entwurf nicht gemacht, obwohl weder die Vereinigung von Unfall- und Invalidenversicherung noch die von Kranken- und Invalidenversicherung besondere Schwierigkeiten bereitet hätte. Die letztgenannte Verschmelzung wurde erwartet, da weder von den Krankenkassen noch von den Versicherungsanstalten Einwendungen gemacht wurden. Im Gegenteil wurde auf der am 27./28. Mai 1904 stattgefundenen Konferenz der deutschen Versicherungsanstalten das Referat von Freund zustimmend aufgenommen und in einem Resümee ausgesprochen, daß „die Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit der Verschmelzung der Krankenversicherung mit der Invalidenversicherung im Prinzip fast allgemein anerkannt" wurde (Günther). Die Krankenkassen hatten bereits 1903 einstimmig folgende Resolution gefaßt: „Der II. allgemeine Kongreß der Krankenkassen Deutschlands hält eine Verschmelzung der gesamten Arbeiterversicherung im Interesse der Versicherten für geboten." Lediglich die Berufsgenossenschaften waren gegen eine jede Änderung. Sie wollten weder von einer Verschmelzung etwas wissen, noch die Rentenfestsetzung dem Versicherungsamt überlassen. Die deutschen Berufsgenossenschaften haben in schwieriger Situation so Erhebliches geleistet, daß man ihnen seine Anerkennung nicht versagen kann. Sie haben stets den Versuch gemacht, ihren Verpflichtungen nachzukommen, und jeder Gutachter wird die Erfahrung gemacht haben, daß die Berufsgenossenschaften den Verletzten gegenüber ein weitgehendes und oft überraschendes Entgegenkommen zeigen und sich niemals engherzig erweisen. Trotzdem ist die Unfallfeststellung und die Art der ersten Entschädigung reformbedürftig. Die Unfalluntersuchung wird jetzt durch einen Schutzmann gemeinhin ausgeführt, da diese Aufgabe Sache der Polizeibehörde ist. Die Unfallfeststellung ist damit in Hände gelegt, die doch wohl für das Instrument der Unfallversicherung etwas zu unbeholfen sind. Es wäre zu wünschen, wenn die meist weit von dem Orte des Unfalls entfernten Vorstände der Berufsgenossenschaften recht häufig die Hilfe des Versicherungsamts zur Feststellung des Unfalls und seiner Folgen in Anspruch nehmen würden, da die lokale Versicherungsbehörde am ehesten die Möglich-

keit und Geneigtheit hat, durch geeignete Organe die nötigen Erhebungen anzustellen, Leichenöffnungen zu veranlassen, um den Zusammenhang zwischen Tod und Unfall festzustellen, und für die sachgemäße Behandlung der Verletzten entweder selbst einzutreten oder wertvolle Fingerzeige und Ratschläge dafür zu geben. Das bisherige System zeigte sich besonders mangelhaft infolge der Zeitspanne, die zwischen dem Unfall und der Anerkennung des Betriebsunfalls sowie dem ersten Rentenbescheid liegt.

Krankenversicherung.

Als eine erhebliche Verbesserung gegenüber dem alten Zustande muß die energische Art angesehen werden, in der die Reichsversicherungsordnung mit der Unzahl der Krankenkassen aufräumt. In 8 verschiedenen Kassensystemen bestanden 23 000 Kassen. Im Jahre 1903 hatten 44,6 % aller Kassen weniger als 100 Mitglieder, 92,1 % weniger als 1000 Mitglieder und 98,9 % weniger als 5000 Mitglieder. Die Zahl der Kassenarten wird auf 6 beschränkt, obwohl eine neue Kassenart für die Landarbeiter und die Heimarbeiter gegründet werden mußte. Im Interesse der sozialen Versicherung liegt es auch, wenn die Wirksamkeit der Hilfskassen beschnitten wird, und dem wird dadurch Rechnung getragen, daß sie im allgemeinen mindestens 1000 Mitglieder haben müssen und den Beitritt nicht von dem Gesundheitszustand der Antragsteller abhängig machen dürfen. Durch Gesetz von 1911 ist ferner das Hilfskassengesetz aufgehoben worden, und die Hilfskassen sind der Beaufsichtigung des Aufsichtsamts für Privatversicherung unterworfen. Die Mitgliedschaft der Versicherten wird nicht mehr wie früher die Unternehmer von der Leistung des gesetzlichen Beitragsanteils an die Ortskrankenkasse oder die sonst zuständige Krankenkasse befreien und damit die Neigung der Arbeitgeber beseitigen, aus Ersparnisrücksichten bei der Annahme von Arbeitern die Mitglieder von Hilfskassen zu bevorzugen.

Der Kreis der Versicherten ist in der Krankenversicherung erheblich erweitert, die Einkommensgrenze ist von 2000 M. auf 2500 M. erhöht.

Der Gegenstand der Versicherung zeigt nicht so erhebliche Änderungen in der Krankenversicherung. Die Bemessung des Grundlohns erfolgt nach einem durchschnittlichen Tagesentgelt bis zu 5 M., statt wie früher bis zu 4 M., bei stufenweiser Abgrenzung ist die Grenze 6 M. statt bisher 5 M. Neu ist die Gewährung von Sachleistungen in allen drei Versicherungszweigen an Trunksüchtige, es bedarf dazu des Antrags der Gemeindebehörde, resp. bei Entmündigten des Vormundes. Die Sachleistungen werden von der Gemeinde gewährt, die selber die Barleistungen des Versicherungsträgers empfängt. Ebenso ist in der Krankenversicherung neu die Einführung der Hauspflege und die Möglichkeit, durch Satzung Krankenkost und orthopädische und ähnliche Instrumente zu liefern. Die Wochenhilfe ist von 6 auf 8 Wochen verlängert, auch können Hebammendienste und ärztliche Behandlung zugebilligt werden.

Der Versuch des Entwurfs, die ärztliche Hilfe generell zu regeln, ist durch das Gesetz selber aufgegeben worden. Das Gesetz sagt in bezug hierauf nur:

Die Beziehungen zwischen Krankenkassen und Ärzten einschl. Zahnärzten werden durch Vertrag geregelt. Die Bezahlung anderer Ärzte kann die Kasse, abgesehen von dringenden Fällen, ablehnen. Soweit es die Kasse nicht erheblich mehr belastet, soll sie den Kranken die Auswahl zwischen mindestens 2 Ärzten frei lassen; übernimmt der Versicherte die Mehrkosten, so hat er die Wahl unter allen von der Kasse bestellten

Ärzten; durch die Satzung kann aber Arztwechsel während desselben Versicherungsfalles oder Geschäftsjahres von der Genehmigung des Vorstands abhängig gemacht werden. Endlich kann das OVA. die Kasse auf Antrag widerruflich ermächtigen, statt der Krankenpflege oder sonst erforderlichen ärztlichen Behandlung bis zu zwei Dritteln des Durchschnittsbetrags ihres gesetzlichen Krankengeldes bar zu zahlen, oder die Erkrankten auch sonst ohne die notwendigen Voraussetzungen in ein Krankenhaus zu verweisen, wenn die ärztliche Versorgung bei einer Kasse dadurch gefährdet wird, daß die Kasse einen Vertrag zu angemessenen Bedingungen mit einer ausreichenden Zahl von Ärzten nicht schließen kann oder die Ärzte den Vertrag nicht einhalten.

Unfallversicherung.

Auf dem Gebiete der Unfallversicherung ist zunächst bemerkenswert, daß die Gewerbe- und die Bau-Unfallversicherung organisch vereinigt worden sind. Die landwirtschaftliche und die See-Unfallversicherung sind für sich bestehen geblieben.

Der Berechnung der Rente wird künftig der Jahresarbeitsverdienst bis zur Höhe von 1800 M. statt bisher 1500 M. zugrunde gelegt. Bei Betriebsbeamten ist die Einkommensgrenze von 3000 auf 5000 M. erhöht.

Die bei Inländern mögliche Kapitalabfindung ist insofern verändert worden, als sie dann eintreten kann, wenn es sich um eine höchstens 20proz. Rente — bisher 15 proz. — handelt.

Eine Abschlagszahlung statt der Versicherung der Gewerbekrankheiten bedeutet die Bestimmung, daß durch Beschluß des Bundesrats die Unfallversicherung auf bestimmte gewerbliche Berufskrankheiten ausgedehnt werden kann. Ob und wie weit diese Bestimmung eine sozialpolitische Bedeutung gewinnen wird, ist durchaus ungewiß und recht zweifelhaft.

Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Auch in der Invalidenversicherung ist der Versichertenkreis erweitert. Die 2000-M.-Grenze, bis zu der die betreffenden Personen versicherungspflichtig sind, ist geblieben. Für Rentner mit Kindern unter 15 Jahren ist die Invalidenrente für jedes dieser Kinder um ein Zehntel erhöht (Kinderzuschuß). Während die Reliktenversorgung in der Unfallversicherung ihre erheblichen Leistungen (20 % vom Jahresverdienst des Verunglückten) vorbehaltlos gewährt, ist die Witwenversorgung in der Invalidenversicherung an den Nachweis der Erwerbsunfähigkeit der Witwe geknüpft, für Kinder wird die Waisenrente ohne Vorbehalt bis zum Alter von 15 Jahren gewährt. Die Höhe der Witwen- und Waisenrenten richtet sich nach der Höhe der Rente des verstorbenen Mannes und ist so bemessen, daß der Schwerpunkt, besonders in den unteren Lohnklassen, in der Waisenrente liegt. Beim Tode des versicherten Ehemannes wird, wenn die Ehefrau selber der Versicherung angehört und rentenberechtigt ist, ein Witwengeld gezahlt, das den zwölffachen Monatsbetrag der Witwenrente ausmacht, vaterlose Kinder erhalten unter entsprechender Bedingung bei Vollendung des 15. Lebensjahres eine Waisenaussteuer gleich dem achtfachen Monatsbetrag der Waisenrente. Der Reichszuschuß beträgt jährlich 50 M. für jede Witwen-, 25 M. für jede Waisenrente, einmal 50 M. für jedes Witwengeld und 16⅔ M. für jede Waisenaussteuer. Für diejenigen Personen, die ihre spätere Rente erhöhen wollen, ist eine freiwillige Zusatzversicherung eingeführt, derart daß sie zu beliebiger Zeit Zusatzmarken im Werte von einer Mark kleben können. Die Rente erhöht sich dann später um sovielmal 2 Pfennig, als beim Eintritt der Invalidität Jahre seit Verwendung der Zusatzmarken vergangen sind.

Versicherungsgesetz für Angestellte.

Man hat die Reichsversicherung insofern intakt erhalten, als die Privatangestellten innerhalb der gesetzlichen Gehaltsgrenzen nach wie vor in der Kranken-, Unfall- und Invalidenversicherung zwangsweise versichert bleiben oder sich freiwillig weiter versichern können; die Versicherung durch das neue Gesetz bringt ein Mehr, das auf die bestehenden Versicherungszweige keine Rücksicht nimmt. Die Versicherungsleistung besteht in einem Ruhegeld, das dann zur Auszahlung gelangt, wenn der Versicherte berufsunfähig wird oder das 65. Lebensjahr erreicht. Die Berufsunfähigkeit, die bisher nur im Knappschaftswesen bekannt war, tritt damit als vierte neue Gruppe bei Beurteilung der Erwerbsunfähigkeit hervor. Ferner werden Witwen- und Waisenrenten gewährt. Zur Vorbeugung der Berufsunfähigkeit soll ein Heilverfahren dienen, dem der Gesetzgeber anscheinend eine ebenso große und fruchtbare Tätigkeit wünscht wie in der Invalidenversicherung. Als Organe der Angestelltenversicherung für die Rentenfeststellung und die Rechtsprechung dienen Rentenausschüsse, Schiedsgerichte und ein Oberschiedsgericht. Als Versicherungsträger wird eine neue Reichsbehörde, die Reichsversicherungsanstalt, geschaffen. Diese führt die Verwaltungsgeschäfte und wird durch den Verwaltungsrat unterstützt, der sich aus Arbeitgebern und Angestellten zusammensetzt. Das neue Gesetz ist am 1. Januar 1913 in Kraft getreten. Während also große Einnahmen bereits der Reichsversicherungsanstalt zugeführt werden, tritt die Rentengewährung frühestens erst nach 5 Jahren ein. Dagegen soll das Heilverfahren sogleich mit Inkrafttreten des Gesetzes in Angriff genommen werden.

Die deutsche Sozialversicherung ist als erste in die Welt getreten, sie hat sich langsam und stetig entwickelt und heute den hohen Stand erreicht, der in Kürze vorher angedeutet ist. Wenn die Sozialversicherung in Deutschland ursprünglich vielleicht auch aus politischen Erwägungen entstanden ist und in der Ausgleichung der Klassengegensätze die gehegten Hoffnungen nicht gerechtfertigt hat, so hat sie sich doch als das gewaltigste Instrument zur Förderung der Volksgesundheit erwiesen und damit Deutschland einen großen Vorsprung vor allen Nationen gegeben. Man hat es im Auslande auch an andersartigen Versuchen, etwas Ähnliches zu erreichen, nicht fehlen lassen; aber alle Welt hat sich überzeugen müssen, daß ein Erfolg nur dann zu erzielen ist, wenn man die Grundlagen der deutschen Sozialversicherung übernimmt. Und die deutsche Reichsversicherung hat so Schule gemacht, daß wir zurzeit drauf und dran sind, den jahrzehntelangen Vorsprung zu verlieren, zumal bei anderen Völkern die Organisationsfrage auf Grund unserer Erfahrungen leichter gelöst werden kann. Frankreich hat die staatliche Invalidenversicherung eingeführt, in der Schweiz ist kürzlich die Kranken- und Unfallversicherung zum Gesetz geworden, Österreich und Ungarn haben eine wohlausgebaute Sozialversicherung, und England ist soeben damit fertig geworden, die soziale Versicherung in großzügiger Form zu schaffen und um das Glied der Arbeitslosenversicherung zu vermehren. Alle diese neuen Versicherungsgesetze des Auslands haben den Versicherungszwang gemein, der sich als eine unerläßliche Grundlage einer wirklich fruchtbringenden Wirksamkeit erwiesen hat. Wir sind aber aus der Stelle des Vorkämpfers für die Versicherungsidee herausgerückt, nachdem diese selber überall zur Ausführung kommt, und sind ein Mitstreiter geworden.

Das Vorgehen des Auslands ist für uns interessant und zugleich lehrreich, da es uns die Vorzüge, die Nachteile und die wünschenswerte Entwicklung unseres Systems zeigt. Jeder Versicherungszweig hat bei uns das geleistet, was man sich von ihm versprochen hat. Die Durchführung des Versicherungsgedankens hat sich glänzend bewährt. Mit der zunehmenden Ausdehnung der Versicherung in bezug auf Personen und Versicherungsleistung war eine immer stärker werdende Belastung unserer Unternehmerkreise nötig, die auch die Belastung der Arbeiterschaft indirekt mitzutragen hatten. Bei jedem sozialpolitischen Fortschritt wurde die Sorge immer größer, ob Landwirtschaft, Handel und Industrie die neue Belastungsprobe würden aushalten können. Und doch ist jedesmal die Besorgnis unnötig gewesen, und gerade in dem Augenblick, wo man bei uns anfing, zaghaft zu werden, nahm England dieselben Lasten und noch viel größere dazu auf sich. Der direkte und indirekte Nutzen unserer Arbeiterversicherung hat sich eben so glänzend dargetan, daß man selbst in dem freien Amerika sich mit dem Gedanken der obligatorischen Versicherung zu beschäftigen beginnt. Ein Nachteil unseres Systems ist dagegen die Zersplitterung der Versicherungszweige und die Unübersichtlichkeit der ganzen Versicherung. Ein Gesetz, das mehr als 1800 Paragraphen enthält, kann wohl ein Arbeitergesetz sein, aber es ist unmöglich, daß ein so kompliziertes Gebilde sich auch nur hinsichtlich der einfacheren Verhältnisse in den Vorstellungskreis der Bevölkerung einleben kann. Wie kann jemand den verwickelten Gang der Dinge hinsichtlich der Wartezeit, der Aufrechnung der Marken, der Verteilung der Lasten auf die einzelnen Versicherungsanstalten in der Invalidenversicherung nicht etwa begreifen, sondern nur verfolgen, wenn er sich auf dem Bildungsniveau des einfachen Arbeiters befindet! Wie kann der Unternehmer die Unfallversicherung in ihrem Wesen verstehen, wenn der Kataster und die Gefahrenklassen ihm nur als Einrichtungen erscheinen, die nicht der Gerechtigkeit dienen, sondern ihm Ärger und Unbequemlichkeiten bereiten sollen! Wie kann die Krankenversicherung auf ihrem eigentlichen Boden bleiben, wenn sie bei Streiks und Arbeitslosigkeit als Streikversicherung und Arbeitslosenversicherung zu dienen hat! Ein Interesse der Arbeiter an der Versicherung besteht nur so weit, als sie an der Verwaltung selbst beteiligt sind oder sonst mitarbeiten können. Dann kann Tüchtiges geleistet werden, es kann allerdings dann auch die soziale Einrichtung zu politischem Mißbrauch benutzt werden. Soweit die Arbeiterschaft aber nicht in der Versicherung selbst tätig ist, hat sie dafür wenig Verständnis und sieht darin meist nur die melkende Kuh, die bei jeder Ungelegenheit und Unbequemlichkeit ausgenutzt wird. Die Unfallrente wird als etwas Selbstverständliches angesehen, und jede Herabsetzung und Entziehung der Rente wird als eine Schmälerung der Rechte empfunden. Jede Kontrolle, sei es in der Kranken-, Unfall- oder Invalidenversicherung, gilt nicht als eine notwendige Maßregel, sondern als eine Bedrückung, die besonders den Unfallkrankenhäusern den eigentümlichen Namen „Rentenquetschen" eingetragen hat. Die Schwierigkeit des sozialen Rechts ist von der Sozialdemokratie mit Geschick dazu benutzt worden, in ihren Arbeitersekretariaten Auskunftsstellen zu schaffen. Leider sind diese Auskunftsstellen häufig nicht so objektiv, daß sie dem Rentenbewerber klaren Wein einschenken, sondern glauben ihre Popularität nur dadurch erhalten zu können, daß sie den Hilfesuchenden in jedem Falle zur Geltendmachung seiner Ansprüche ermuntern, auch wenn die Sache aussichtslos ist. Und wenn nun gar eine

Berufsgenossenschaft oder eine Versicherungsanstalt generell oder durch Kommissionen Nachuntersuchungen veranlaßt, die ja so vielfach gänzlich andere Verhältnisse vorfinden, als sie bei der Rentengewährung bestanden, so geht ein Schrei der Entrüstung durch die Arbeiterpresse, die darin unter allen Umständen eine Übervorteilung der Arbeiterschaft zu sehen glaubt. Viel Schuld an diesen Mißständen trägt die Unübersichtlichkeit des Rechts, wenn auch zuzugeben ist, daß mannigfache andere Ursachen mitwirken, wie die Verzögerung in den Rentenbescheiden, die veränderte Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts u. a. m. Auch in Unternehmerkreisen ist das Gefühl der Unsicherheit auf dem Gebiet der Sozialversicherung so groß, daß die meisten von der Kranken- und Invalidenversicherung nicht mehr wissen, als mit ihrer Beitragsleistung zusammenhängt. Bei dem Ausdruck Berufsgenossenschaft haben weite Kreise des Publikums noch die Empfindung, als ob das eine Art Konsumvereine seien. Und die Unternehmer selber pflegen bei Unfällen gelegentlich falsche Angaben, die ihren Angestellten nützen, zu machen, um diesen einen Vorteil zuzuweisen. Dabei ist der Gedanke maßgebend: „Wenn ich jahrelang umsonst meine Beiträge an die Berufsgenossenschaft zahle, dann soll auch einmal einer meiner Leute etwas davon haben." Die Versicherungsämter, die den gemeinsamen Unterbau der Reichsversicherung bilden, können vielleicht aufklärend und bessernd wirken und dafür sorgen, daß das eigentliche Wesen der Versicherung besser bekannt wird, und nicht nur die Tatsache, daß die soziale Versicherung es versteht, ihr Raffinement in der Verschiedenheit der Beitragsaufbringung zu beweisen.

Ein anderes lahmes Pferd im Stalle unseres Systems ist die Ärztefrage, auf die später noch näher einzugehen sein wird. In der Krankenversicherung sind zum Teil recht beklagenswerte Zustände bemerkbar geworden, die durch den Zwiespalt zwischen Kassen und Ärzten hervorgerufen sind. Es ist in Köln, in Bocholt, in Halle und früher in Leipzig zu Konflikten mit den Kassenärzten gekommen, so daß die ärztliche Versorgung der Kassenmitglieder gefährdet war. Auf der einen Seite erschallt der Ruf: Freie Ärztewahl!, die andere Seite ruft: Niemals! und setzt alle Hebel in Bewegung, um eine gesetzliche Festlegung oder auch nur entsprechende administrative Anweisung zu vereiteln. Anderswo ist die Regierung nicht so bedenklich gewesen, und sowohl in der Schweiz als auch in England hat die neue Gesetzgebung die freie Arztwahl ohne Bedenken eingeführt. Wenn bei uns Schwierigkeiten finanzieller Art bedenklich stimmten, so durften sie doch nicht ausschlaggebend sein, zumal die Versicherungspraxis für die Ärzte neu war, zum Teil, z. B. auf dem Gebiete der Unfallheilkunde, durch die Versicherung erst neue wissenschaftliche Indikationen für die Art der Behandlung geschaffen sind, und ein Unterricht bis vor kurzem in diesen Fächern überhaupt nicht existierte, soweit nicht die Selbsthilfe dazu geschritten war. Bei vernünftiger Handhabung der Dinge hat die freie Arztwahl sich überall bewährt, und finanzielle Mißerfolge sind nicht dem Prinzip als solchem, sondern der Ungunst der Verhältnisse und der unverschuldeten sozialpolitischen Ungeschultheit der betreffenden Arztkreise zuzuschreiben. Die beiden erwähnten Auslandsstaaten haben sich denn auch nicht gescheut, die freie Arztwahl von vornherein zur Durchführung zu bringen, und der Erfolg wird zeigen, daß ihnen die Misere der „Arztfrage" erspart bleiben wird.

Die gesamte soziale Versicherung ist so mit Medizin durchtränkt, daß jedermann, der unbefangen ist, die Mitwirkung der Ärzteschaft an bedeutender

Stelle erwarten wird. Die ganze Krankenversicherung basiert auf dem Prinzip der Krankheit und der Art der Heilung, die Unfallversicherung kann durch ungenügende Heilbehandlung direkt ruiniert werden, und für die Invalidenversicherung ist ebenfalls die rechtzeitige Behandlung von Krankheitsfällen von rentensparendem Werte. Für alle Versicherungszweige ist die Durchführung der hygienischen Grundsätze, die Wichtigkeit des Wohnungbaus, die Bekämpfung gewisser Krankheitsschädlichkeiten, die Nutzbarmachung neuer Heilmethoden von so ausschlaggebender Bedeutung, daß die Invalidenversicherung schon längst dazu übergegangen ist, sich hier in weitestem Maße zu betätigen, während die Berufsgenossenschaften zögernd nachfolgen und es den Krankenkassen in irgendeinem erheblichen Umfange bisher überhaupt nicht gestattet war. Und trotz alledem sitzt kein Fachmann, kein Arzt, in den maßgebenden Stellen der Verwaltung, sondern lediglich Juristen ist die prophylaktische Fürsorge für die Versicherten anvertraut. In allen wesentlichen Dingen wird der Arzt nur „gehört", während die ganze Verwaltung und die ganze Rechtsprechung bei Versagen der ärztlichen Tätigkeit ohne Grundlagen, ohne Maßstab und ohne Verständnis sein würde. Lediglich die Versicherungsanstalt der Rheinprovinz bedient sich mit bestem Erfolg der Mithilfe von Landesmedizinalräten. Dieses Vorbeigehen an der ärztlichen Mitarbeit ist für die maßgebenden Kreise so zur Selbstverständlichkeit geworden, daß man auf das Beispiel des Auslands verweisen muß, das diese Unterlassungssünde von vornherein vermieden hat. So hat die ungarische Landeskrankenkasse eine besondere Ärztesektion gebildet, und in England haben die Ärzte in dem ausschlaggebenden Insurance-Komitee Sitz und Stimme. Ist schon die Vermeidung der Ärzte in der Verwaltung merkwürdig, so muß es noch seltsamer berühren, wenn bei der Rentenfestsetzung und bei der Rechtsprechung das Laienelement in weitestem Maße herangezogen, die ärztliche Mitwirkung aber grundsätzlich — abgesehen von Gutachtertätigkeit — ausgeschaltet wird. Das Bedürfnis nach medizinischer Aufklärung ist bei den Juristen so groß, daß von angesehenen Ärzten jährlich 3 bis 4 Vorträge über einschlägige Fragen vor den Mitgliedern des Reichsversicherungsamts gehalten werden. So anerkennenswert die darin liegende Bestrebung ist, so sehr muß doch bezweifelt werden, daß selbst den hervorragendsten Juristen ein paar medizinische Vorträge im Jahre mehr als eine feuilletonistische Unterhaltung sein können, die das medizinische Wissen nicht ersetzen.

Treten so die Mängel unseres Systems im Vergleiche mit den Bestrebungen des Auslands scharf hervor, so ist das nicht minder der Fall bei den Vorzügen. Wenn ich vorhin erwähnte, wie die proteusartige Verschiedenheit der Versicherungszweige es unmöglich macht, daß der Versicherungsgedanke in das Volksbewußtsein übergeht, so ist doch die Tatsache unbestreitbar, daß die Versicherungseinrichtungen trotz des metallischen Beigeschmacks, den sie für Versicherte wie für Arbeitgeber haben, sich eingebürgert haben, sogar zum Teil eine gewisse Popularität besitzen. Am wenigsten beliebt sind die Betriebskrankenkassen und die Berufsgenossenschaften, obwohl gerade hier das öffentliche Urteil durchaus schief ist. Die anderen Krankenkasseneinrichtungen erfreuen sich dagegen einer großen Wertschätzung, die auch dann nicht in das Gegenteil umschlägt, wenn sie die Versicherten schlecht behandeln oder ihnen irrtümlicherweise ihr Recht versagen. Das liegt daran, daß die Versicherten „ihre" Krankenkasse als etwas ihnen Gehöriges betrachten, für das sie mit verantwortlich sind, und das auf alle Fälle gut ist, auch wenn

mal eine kleine Unebenheit vorkommen mag. Dieses Gefühl geht verloren, wenn die Krankenkasse zu groß wird und damit die Verhältnisse unübersichtlich werden. Aus diesem Grunde wird die sonst ja recht wünschenswerte Zentralisation der Kassen nicht günstig wirken, da das Interesse der Versicherten erlischt, sich nicht mehr betätigt und sichtbar in der Zunahme der Krankheitsfälle und der Krankheitshäufigkeit zutage tritt. — Die Invalidenversicherung war anfangs durchaus nicht volkstümlich. Sie forderte dauernd Beiträge, von denen der Versicherte nichts sah, und trat einmal ein Invaliditätsfall ein, dann war die Rente so klein, daß jedermann darüber murrte. An die niedrigen Renten hat man sich gewöhnt, aber als die Versicherungsanstalten anfingen, sichtbare Prophylaxe zu treiben, als sie ihre kranken Mitglieder zur Heilung in Anstalten schickten, als sie die Heilstättenbehandlung der Tuberkulose in die Massen brachten und damit zeigten, daß die Tuberkulose keine unheilbare Krankheit sei, als sie den Kampf gegen Alkoholismus, gegen Wohnungsnot aufnahmen und überhaupt jede soziale Betätigung unterstützten, da errangen sie nicht nur den Beifall und die Bewunderung eingeweihter Kreise, sondern der Jubel der ganzen Bevölkerung scholl ihnen entgegen. Dieser hochherzige Sinn, der in den Versicherungsanstalten lebt, ist ihnen von Anfang an durch das Reichsversicherungsamt eingeflößt worden, das die modernste und volkstümlichste Behörde ist, die wir zurzeit haben. Dem Reichsversicherungsamt muß man Dank wissen, daß es die Bestrebungen der Versicherungsanstalten stets unterstützt, daß es die Berufsgenossenschaften ebenfalls dazu veranlaßt hat, und daß es nicht müde wurde, die Bedeutung der Unfallverhütung so lange zu predigen, bis sich ein allseitiger Erfolg eingestellt hat. Mit dieser großzügigen Verwaltungspraxis Hand in Hand geht die Rechtsprechung, die sich durchaus von Formalismus freigehalten hat und von Fall zu Fall und auch abweichend von früheren Entscheidungen ihr Urteil so fällte, wie die erweiterte Kenntnis es verlangte. Wenn man schließlich berücksichtigt, daß die oft geschmähten Betriebskrankenkassen in ihren Leistungen diejenigen der Ortskrankenkassen nicht nur erreichen, sondern oft übertreffen, daß die Berufsgenossenschaften, wie schon eingangs erwähnt, durch ihr Entgegenkommen gegenüber den Verletzten vielfach Bewunderung verdienen, so muß man zugestehen, daß auf dem ganzen Gebiet der sozialen Versicherung ein Geist herrscht, der den toten Buchstaben überwindet und lebendige Kraft schafft. Mag auch die Versicherungsform den Wunsch nach dieser oder jener Verbesserung hervortreten lassen, die Versicherungsträger und ihre oberste Reichsbehörde sind erfüllt von der Bedeutung ihrer Aufgabe und verdienen das Lob, das ihnen das Ausland mehr noch als das Inland zuteil werden läßt.

Über die sozialpolitische Bedeutung der Reichsversicherung zu sprechen, kann nicht Aufgabe dieses Buches sein, es mag nur der kurze Hinweis auf die Förderung der Volkswohlfahrtspflege durch die Invalidenversicherung, wie sie oben angedeutet wurde, auf die Förderung des Zusammenschlusses der Betriebsbesitzer durch die Berufsgenossenschaften, auf die Förderung des Spartriebes, sowie auf die Nachahmung unserer Versicherung im Ausland genügen.

Es erübrigt sich schließlich, noch die Frage zu erörtern, ob und wie weit die soziale Versicherung das Volksempfinden geschädigt hat. Zunächst ist zuzugeben, daß die Versicherung dazu angetan ist, das individuelle Verantwortlichkeitsgefühl herabzusetzen. Eine Person, die weiß, daß

in Krankheit, bei Arbeitslosigkeit und im Alter für sie gesorgt ist, wird hierfür eben keine so große Vorsorge treffen wie eine nicht versicherte Person. Aber verallgemeinern läßt sich der Satz nicht, denn es ist schon erwähnt, daß die soziale Versicherung gerade fördernd auf den Spartrieb der Bevölkerung eingewirkt hat. Zudem sollen auch die Versicherungsleistungen kein sorgenloses Dasein gewähren, sondern nur das Existenzminimum befriedigen, das in der Invalidenversicherung z. B. als zwerghaft klein anzusehen ist. Ein anderer Vorwurf ist der, daß das schwindende Verantwortlichkeitsgefühl die Simulation fördert. Solange die Versicherung wirklich nur das Existenzminimum befriedigt, ist wohl nicht anzunehmen, daß unter normalen Verhältnissen die Gewährung der Versicherungsleistung ohne Grund erstrebt wird. Anormale Verhältnisse liegen vor bei Streiks oder Arbeitslosigkeit. Man darf aber nicht vergessen, daß das sonst so entwickelte Gefühl für Mein und Dein eine merkwürdige Verschiebung erfährt, sobald es sich um Gemeingüter handelt. Wie häufig sind bei der gebildeten Bevölkerung Steuerhinterziehungen, ohne daß diesem Teil der Bevölkerung auch nur im mindesten zum Bewußtsein kommt, daß hier eine unsittliche Handlung vorliegt. Wenn bei Streiks oder Arbeitslosigkeit der Arbeiter seinen alten Bronchialkatarrh oder eine andere chronische Erkrankung hervorholt, um in den Genuß der Versicherungsrechte zu gelangen, so ist das sogar nach Lage der Dinge statthaft. Reine Simulation ist im Gebiete der Krankenversicherung aber auch in anormalen Fällen kaum jemals vorhanden. Will man jemand überhaupt nicht in solchen Zwiespalt bringen, dann muß eben für den einen Fall die Arbeitslosenversicherung und für den anderen Fall die Möglichkeit, das Krankengeld kürzen zu dürfen, vorhanden sein. Anders liegen die Dinge bei der Unfallversicherung, wo die Rente oft so hoch ist, daß der Verletzte zur Trägheit geradezu animiert wird, oder wo Arbeitsverdienst plus Rente den früheren Arbeitsverdienst weit übersteigt. In solchen Fällen liegt ein Mißgriff in der Beurteilung der Erwerbsunfähigkeit vor, so daß dem Versicherungsprinzip nicht zur Last gelegt werden darf, was bei der Durchführung des Prinzips gefehlt wird. Auf dem Gebiete der Unfallversicherung kommt zweifellos Simulation vor, aber ihre Häufigkeit wird weit übertrieben, und ihre Bedeutung wird dann verschwinden, wenn die begutachtenden Ärzte eine ausreichende sozialmedizinische Schulung durchgemacht haben. Schließlich wird der sozialen Versicherung vorgeworfen, daß sie verweichlichend wirke, daß jede unbedeutende Krankheit sogleich ausgenutzt werde, um tagelang feiern zu können. Sofern wirklich Krankheit vorliegt, ist dieses Verhalten der Versicherten aus Gründen der Prophylaxe nicht unerwünscht, um ernstere Erkrankungen zu vermeiden. Soweit Übertreibungen in Frage kommen, muß die sozial medizinische Schulung der Ärzte einsetzen. Schließlich würde auch hier, wenn die Kassenfinanzen gefährdet sind, die Verminderung des Krankengeldes die erwünschte Selbsterziehung bringen. Jedenfalls darf man der Versicherung nicht das zu Lasten schreiben, was an der mangelhaften Ausführung oder der Dehnbarkeit der gesetzlichen Bestimmungen liegt.

Eine jede Einrichtung, welcher Art sie auch sein mag, wird bei ihrer Einführung Folgen zeitigen, die nicht in der ursprünglichen Absicht liegen. Es werden sich ungeahnte Vorzüge und ungeahnte Nachteile herausstellen, und es wird sich als nötig erweisen, die einen zu fördern, die anderen zu hemmen. Bei der sozialen Versicherung haben sich eine Reihe von Nachteilen und Schädlichkeiten ergeben, die zum Teil schon beseitigt sind, zum

Teil noch in Zukunft bekämpft werden müssen; darüber hinaus haben aber die unerwarteten Vorteile, die sich an die Heilbehandlung in der Invalidenversicherung, an die Unfallverhütung in der Unfallversicherung und an die Familienfürsorge in der Krankenversicherung geknüpft haben, eine solche Bedeutung gewonnen, daß ihr Ausbau für unser ganzes Volk zum größten Segen geworden ist. Wenn in neuerer Zeit aufsehenerregende Schriften die unerwünschten Folgen unserer Sozialpolitik in besonderer Weise betonen, so darf man nicht vergessen, daß solche Betrachtungen auf mehr oder minder berechtigten Unterlagen basieren, daß sie aber in einseitiger Weise ausschließlich die Mängel hervorheben. Wohl jeder, der sich mit der Praxis der Sozialversicherung beschäftigt, wird anfänglich voller Bewunderung mit Feuereifer an das Werk gehen. Alsbald macht er unliebsame Erfahrungen, die sich täglich wiederholen und leicht einen gewissen Überdruß erzeugen können. Der Jurist sieht immer die Fälle wiederkehren, die wegen einer Rente von 10 % Händel suchen und damit vor die höchste Instanz gehen, der Mediziner untersucht jedes Jahr wieder dieselben Unfallneurotiker, die mit denselben Klagen wiederkommen, ohne daß eine Besserung zu sehen oder zu erwarten ist, der Verwaltungsbeamte erfährt immer wieder von Lohnhinterziehungen, ungenügender Anmeldung der Versicherungspflichtigen, Leichtsinn bei Unfällen, Ausnutzung der Krankheit und von der Gebefreudigkeit der Versichertenvertreter in den Selbstverwaltungskörpern. So bleibt allmählich ein bitterer Satz zurück, und wenn man nicht das Ganze zu übersehen vermag, so sieht man überhaupt nur noch die Mängel. Derartige Kritiken sind daher, so berechtigt sie im einzelnen sein mögen, nicht zu verallgemeinern. Denn es handelt sich schließlich immer um Einzelheiten, die nicht in solcher Allgemeinheit auftreten, daß sie das ganze System erschüttern könnten. Auch in diesem Buche werde ich solche Tatsachen anführen, die mir Mängel zu sein scheinen, aber es wäre verfehlt, nur diese Mängel und nicht die außerordentlichen Leistungen der Sozialversicherung zu sehen. Das wäre gerade so, als wollte man unsere Kriegsbereitschaft und die Vorzüge des stehenden Heeres totschweigen, Soldatenmißhandlungen, Fahnenflucht, Insubordination als Folgen unserer Heeresverfassung hinstellen und aus diesen vereinzelten Vorgängen Schlüsse auf den Geist der Armee und ihren schädlichen Einfluß auf das Volksganze ziehen.

Die deutsche Sozialversicherung ist ein gewaltiges Werk, das unsere vollste Bewunderung verdient. Ihre Leistungen weiß die soziale Medizin mit am besten zu schätzen, da die Versicherung Waffen gegen Krankheit, Unfall und Gebrechen bringt, während man bis dahin höchstens den Kampf gegen diese Leiden als Todesursachen kannte. Diese Waffen sind scharf und werden benutzt. Wenn die Volksgesundheit in Deutschland während der letzten 30 Jahre eine erstaunliche Höhe erreicht hat, die nicht der wirtschaftlichen Lage der Bevölkerung entspricht, sondern weit darüber hinausgeht, so verdanken wir das allein der Sozialversicherung, die seit ihrem Bestehen Angst und Sorge vor Krankheit wegnimmt oder gar nicht aufkommen läßt.

Literatur.

Weymann, Gemeinverständliche Darstellung der deutschen Reichsversicherung. Frankfurt a. M. 1912.

Kaufmann, Licht und Schatten bei der deutschen Arbeiterversicherung. (Vortrag.) Berlin 1912.

Friedensburg, Die Praxis der deutschen Arbeiterversicherung. Berlin 1911.

Rosin, Das Recht der Arbeiterversicherung. Berlin 1893.

Stier-Somlo, Deutsche Sozialgesetzgebung. Geschichtliche Grundlagen und Krankenversicherungsrecht. Jena 1906.
Die deutsche Arbeiterversicherung als soziale Einrichtung. Bearbeitet von Bielefeldt, Hartmann, Klein, Laß, Zahn. Berlin 1906.
Piloty, Das Reichs-Unfallversicherungsgesetz, dessen Entstehungsgeschichte und System. Würzburg 1890.
Jaffé, Stellung und Aufgaben des Arztes auf dem Gebiete der Krankenversicherung. Handbuch der Sozialen Medizin. 2. Band. Jena 1903.
Windscheid, Der Arzt als Begutachter auf dem Gebiete der Unfall- und Invalidenversicherung. Handbuch der Sozialen Medizin. 8. Band. Jena 1903.
Krause, Vorwort zum Invalidenversicherungsgesetz; in der Ausgabe bei Reklam.
Thiem, Handbuch der Unfallerkrankungen. Stuttgart 1909.
Becker, Lehrbuch der ärztlichen Sachverständigentätigkeit. Berlin 1909.
Grober, Einführung in die Versicherungsmedizin. Jena 1907.
Hahn, Das Krankenversicherungsgesetz. Groß-Lichterfelde 1907.
Prausnitz, Abschnitt: Die österreichische Arbeiterversicherung in den „Grundzügen der Hygiene". München 1912.
Die Reichsversicherungsordnung; in den Monatsblättern für Arbeiterversicherung 1911, Nr. 8/9.
Brandt, Die Organisation der gewerblichen Unfallversicherung. Schmollers Jahrbücher 1911.
Günther, Die Deutsche Reichsversicherungsordnung. Annalen für soziale Politik und Gesetzgebung 1911.
Manes, Der Gesetzentwurf betr. die Angestelltenversicherung. Annalen für soziale Politik und Gesetzgebung 1911.
Alden, Mr. Lloyd Georges Gesetzentwurf betr. die staatliche Versicherung gegen Krankheit, Invalidität und Arbeitslosigkeit. Annalen für soziale Politik und Gesetzgebung 1911.
Habermann, Versicherungsgesetz für Angestellte. Einleitung. Leipzig 1911.
Teleky, Berufskrankheit und Unfall. II. Congrès international des maladies professionelles. Bruxelles.
Weymann, Gegenwärtiger Stand und Reform der deutschen Arbeiterversicherung. Bulletin des assurances sociales 1911, Nr. 1.
Scholl. Das englische Arbeiterversicherungsgesetz. Münchener Medizinische Wochenschr. 1912, S. 147.
Pach, Die ungarische Arbeiterversicherung im Jahre 1909. Arbeiterversorgung 1911. S. 1.
Boediker, Die Unfallgesetzgebung der europäischen Staaten. Schmollers Forschungen. Leipzig 1884.
Die staatliche Arbeiterversicherung in England. Reichsarbeitsblatt 1912, S. 55 und 140.
Rosin, Die deutsche Arbeiterversicherung als soziale Einrichtung. Berlin 1906.
Rosin, Das Recht der Invaliden- und Altersversicherung. Berlin 1905.
Bernhard, Unerwünschte Folgen der deutschen Sozialpolitik. Berlin 1912.
Wuermeling, Zum „Kampfe um die Rente". Concordia 1913, S. 1.

Zweiter Abschnitt.

Die gesetzlichen Grundlagen der sozialen Versicherung.

Zweites Kapitel.

Die Reichsversicherungsordnung.

Außer der Arbeiterversicherung bestehen noch weitere reichsgesetzliche Versicherungen, die sich auf andere Personenkategorien beziehen. Zu nennen sind:

1. Das Reichsgesetz, betr. die Fürsorge für Beamte und Personen des Soldatenstandes infolge von Betriebsunfällen, vom 15. März 1886 in der Fassung vom 18. Juni 1901.
2. Das Gesetz, betr. die Unfallfürsorge für Gefangene, vom 30. Juni 1900.
3. Das Versicherungsgesetz für Angestellte vom 9. Dezember 1911.
4. Das Gesetz, betr. die Aufhebung des Hilfskassengesetzes vom 20. Dezember 1911, das die von der RVO. anerkannten Ersatzkassen unter das Reichsgesetz über die privaten Versicherungsunternehmungen vom 12. Mai 1901 stellt.

Neben diesen Reichsgesetzen bestehen Landesgesetze, die sich auf die Versicherung von bestimmten Personenkategorien beziehen. Das ist einmal die Versicherung im Bergbau, die sogenannte Knappschaftsversicherung, und die Versicherung der Dienstboten. Beide Versicherungsarten werden von der Reichsversicherungsordnung anerkannt. Die Knappschaftsversicherung hat eine erhebliche Bedeutung und wird in dem fünfundzwanzigsten Kapitel besonders behandelt. Die Erhaltung der Dienstbotenkrankenkassen ist auf die Eigenbrödelei der Hansestädte zurückzuführen, die ihre Kasseneinrichtungen nicht eingehen lassen wollten. Die landesgesetzlichen Dienstbotenkrankenkassen, die nur für Hamburg und Bremen in Frage kommen, bedürfen keiner gesonderten Besprechung.

Von den Reichsgesetzen, die außer der RVO. für die soziale Versicherung in Frage kommen, bieten die Unfallfürsorgegesetze für Beamte und Personen des Soldatenstandes und für Gefangene nichts Besonderes. Bei ihnen gelten dieselben Grundsätze wie bei der Reichsversicherung, nur der Behördenapparat ist ein anderer, da sie den Behörden der Landes- bzw. Reichsverwaltung unterstellt sind. Die Angestelltenversicherung dagegen bringt eine ganz eigenartige Lösung des Versicherungsproblems der Angestellten und ist darum besonders in dem neunundzwanzigsten Kapitel abgehandelt.

Die Reichsversicherungsordnung vom 19. Juli 1911 ist die Frucht eines Reformversuches der Arbeiterversicherung, über deren Entstehung und Entwicklung das vorige Kapitel Auskunft gegeben hat. Hier soll nun der Aufbau und die Einteilung der RVO. näher besprochen werden, da dieses Buch im übrigen sich nicht an die Systematik der RVO. hält, sondern in der Einteilung des Stoffes durch die sozialmedizinischen Probleme beeinflußt ist.

Die RVO. zerfällt in 6 Bücher, die von verschiedener Bedeutung und Ausdehnung sind. Die mittleren Bücher, das zweite, dritte und vierte Buch, enthalten die besonderen Bestimmungen je einer der Versicherungsarten, nämlich der Kranken-, der Unfall- und der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung. Um dieses Zentrum gruppieren sich die andern Bücher. Das erste Buch bringt die gemeinsamen Vorschriften, das letzte schildert das Verfahren, und das fünfte Buch bringt im Anschluß an die vorher behandelten 3 Versicherungszweige nunmehr die Beziehungen der Versicherungszweige zueinander. In den drei mittleren Büchern wird die Gleichartigkeit des Gegenstandes auch äußerlich dadurch zum Ausdruck gebracht, daß ihre Einteilung die nämliche ist. Nacheinander werden behandelt: der Umfang der Versicherung, der Gegenstand der Versicherung, die Träger der Versicherung, die Verfassung, die Aufbringung der Mittel und schließlich die Besonderheiten jedes Versicherungszweiges. Bei dem 5. Buch ist die Reihenfolge der Besprechung von selber gegeben, nacheinander werden die Beziehungen der Krankenversicherung zur Unfallversicherung, der Krankenversicherung zur Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung und schließlich die der Unfallversicherung zur Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung besprochen. Das erste Buch, das die allgemeinen Vorschriften bringt, hält sich so weit als möglich an die Reihenfolge, wie sie im 3., 4. und 5. Buch gegeben ist. Nacheinander wird behandelt: Der Umfang der Reichsversicherung, die Träger der Reichsversicherung, die Versicherungsbehörden und die sonstigen gemeinsamen Vorschriften. Das letzte Buch unterscheidet 4 Hauptgruppen: Die Feststellung der Leistungen, andere Spruchsachen, Beschlußverfahren und Kosten und Gebühren.

Die RVO. enthält 1805 Paragraphen. Sie gilt seit dem 1. Januar 1912 für das Gebiet der Invalidenversicherung, seit dem 1. Januar 1913 für das Gebiet der Unfallversicherung und wird zum 1. Januar 1914 auch für das Gebiet der Krankenversicherung in Kraft treten. Das Einführungsgesetz zur RVO. regelt die Bestimmungen, die für die Übergangszeit in Betracht kommen, auf die hier und auch im weiteren Verlaufe der Abhandlung nicht eingegangen wird, da sie für das Verständnis der sozialmedizinischen Bedeutung der Arbeiterversicherung unwesentlich sind.

I. Buch. Gemeinsame Vorschriften.

Das erste Buch enthält die gemeinsamen Vorschriften und zerfällt in vier Abschnitte. Der erste Abschnitt (§§ 1 und 2) behandelt den Umfang der Reichsversicherung, welche die Kranken-, Unfall- und Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung umfaßt (§ 1).

Der zweite Abschnitt (§§ 3—34) betrifft die Träger der Reichsversicherung, die als Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Versicherungsanstalten bezeichnet werden (§ 3). Sodann wird festgesetzt, welches die Organe dieser Versicherungsträger sind, welche Personen in ihnen sitzen, welchen Bedingungen sie entsprechen müssen, um wählbar zu sein. Auf

alle diese Bestimmungen ist des näheren in dem Kapitel über die Versicherungsträger eingegangen. Es werden dann Vorschriften über das Vermögen gegeben. Die Mittel dürfen nur für die gesetzlich vorgeschriebenen oder zugelassenen Zwecke verwendet werden. Das Vermögen muß wie Mündelgeld verzinslich angelegt werden (§ 26). Mit Zustimmung der obersten Verwaltungsbehörde kann das Vermögen auch in Darlehen an Gemeinden und Gemeindeverbände angelegt werden (§ 27). Die Befugnisse der Aufsichtsbehörden gegenüber den Versicherungsträgern werden festgelegt (§§ 30—34).

Der dritte Abschnitt (§§ 35—109) enthält die Bestimmungen über die Versicherungsbehörden. Die öffentlichen Behörden der Reichsversicherung sind die Versicherungsämter (§§ 36—60), die Oberversicherungsämter (§§ 61 bis 82), das Reichsversicherungsamt und die Landesversicherungsämter (§§ 83—109). Auch die Versicherungsbehörden werden in einem besonderen Kapitel behandelt, so daß an dieser Stelle auf ihre Zusammensetzung und ihre Tätigkeit nicht näher eingegangen zu werden braucht.

Der vierte Abschnitt behandelt die sonstigen gemeinsamen Vorschriften (§§ 110—164). Im ersten Teil über die Behörden ist bemerkenswert, daß die oberste Verwaltungsbehörde Organen von Knappschaftsvereinen oder Knappschaftskassen, Betriebskrankenkassen für Betriebsverwaltungen und Dienstbetriebe des Reichs und der Bundesstaaten, Sonderanstalten des Reichs und der Bundesstaaten Aufgaben des Versicherungsamts unter bestimmten Bedingungen übertragen kann (§ 112), so daß also sogar die Entstehung besonderer Versicherungsämter, die an sich nicht zulässig ist, auf diesem Wege ermöglicht wird. Die Eisenbahnverwaltungen und die Knappschaftskassen haben von dieser Bestimmung Gebrauch gemacht, worauf an entsprechender Stelle näher eingegangen ist.

Die öffentlichen Behörden sind verpflichtet, den im Vollzuge der RVO. an sie ergehenden Ersuchen der Versicherungs- und anderen öffentlichen Behörden, sowie der Organe der Versicherungsträger zu entsprechen (§ 115). Diese Rechtshilfe haben auch die Organe der Versicherungsträger einander sowie den Behörden und Armenverbänden zu leisten (§ 116).

Leistungen auf Grund der RVO. sind keine öffentlichen Armenunterstützungen (§ 118). Trunksüchtigen, die nicht entmündigt sind, können ganz oder teilweise Sachleistungen gewährt werden (§ 120).

In besonderer Weise wird gemeinsam für alle Versicherungszweige festgesetzt, was unter ärztlicher Behandlung zu verstehen ist (§§ 122, 123). Ich gehe hierauf ausführlich in dem Kapitel über die Rechte der versicherten Personen und in dem Abschnitt über die ärztliche Hilfe näher ein.

In rechtlicher Beziehung besonders wichtig sind die Bestimmungen über Fristen, Zustellungen, Gebühren und Stempel (§§ 124—138), die aber in einem Buche über soziale Medizin keiner weiteren Behandlung bedürfen.

Den Arbeitgebern und ihren Angestellten sowie den Versicherungsträgern ist untersagt, die Versicherten in der Übernahme oder Ausübung eines Ehrenamts der Reichsversicherung zu beschränken oder sie wegen der Übernahme oder der Art der Ausübung eines solchen Ehrenamts zu benachteiligen. Den Arbeitgebern und ihren Angestellten ist ferner untersagt, durch Übereinkunft oder Arbeitsordnung zum Nachteil der Versicherten die Anwendung der Vorschriften des Gesetzes ganz oder teilweise auszuschließen (§ 139).

Wer unbefugt offenbart, was ihm in amtlicher Eigenschaft bei einem Versicherungsorgan oder einer Versicherungsbehörde über Krankheiten oder andere Gebrechen Versicherter oder ihre Ursache bekannt geworden ist,

wird auf Antrag des Versicherten oder der Aufsichtsbehörde mit Geldstrafe oder Gefängnis bis zu 3 Monaten bestraft (§ 141). Hierdurch ist eine Bestimmung geschaffen, die in gewisser Weise der ärztlichen Schweigepflicht an die Seite zu stellen ist.

Ebenso werden Personen in Strafe genommen, die Betriebsgeheimnisse verraten, die ihnen bei der Durchführung der RVO. bekannt geworden sind (§ 142).

Wichtig sind die Bestimmungen über den Ortslohn. Als Ortslohn gilt der ortsübliche Tagesentgelt gewöhnlicher Tagarbeiter. Das Oberversicherungsamt setzt den Ortslohn fest und macht ihn öffentlich bekannt. Vorher werden die Vorstände der beteiligten Versicherungsanstalten gehört; das Versicherungsamt hat sich nach Anhörung der Gemeindebehörden und der Vorstände der beteiligten Krankenkassen gutachtlich zu äußern (§ 149). Der Ortslohn wird für Männer und Frauen, für Versicherte unter 16 Jahren, von 16—21 Jahren und über 21 Jahre besonders festgesetzt. Die Versicherten unter 16 Jahren (Jugendliche) können dabei in junge Leute von 14 Jahren an und Kinder unter 14 Jahren geschieden werden; Lehrlinge zählen zu den jungen Leuten. Im übrigen wird der Ortslohn einheitlich nach dem Durchschnitt für den ganzen Bezirk jedes Versicherungsamts festgesetzt. Ausnahmen sind zulässig, wenn die Lohnhöhe in einzelnen Ortschaften oder zwischen Stadt und Land erheblich abweicht (§ 150). Die Ortslöhne werden im ganzen Reiche gleichzeitig auf 4 Jahre festgesetzt und im Zentralblatt für das Deutsche Reich veröffentlicht (§§ 151, 152).

Beschäftigungsort ist der Ort, an dem die Beschäftigung tatsächlich stattfindet (§ 153). Jedoch gibt es zahlreiche Ausnahmen (§§ 154—156).

Soweit andere Staaten eine der Reichsversicherung entsprechende Fürsorge durchgeführt haben, kann der Reichskanzler mit Zustimmung des Bundesrats unter Wahrung der Gegenseitigkeit vereinbaren, in welchem Umfang für Betriebe, die aus dem Gebiete des einen Staates in den des andern übergreifen, sowie für Versicherte, die zeitweise im Gebiete des andern Staates beschäftigt werden, die Fürsorge nach der RVO. oder nach den Fürsorgevorvorschriften des andern Staates geregelt werden soll (§ 157). Auch sonst kann die ausländische Gesetzgebung berücksichtigt werden (§§ 157, 158). Mit Luxemburg und Holland sind z. B. für den Bereich der Binnenschiffahrt Sonderabmachungen getroffen.

Wichtig ist der Grundsatz, der auch bisher schon zur Durchführung kam, daß die Beschäftigung eines Ehegatten durch den andern keine Versicherungspflicht begründet (§ 159).

Zum Entgelt im Sinne der RVO. gehören neben Gehalt oder Lohn auch Gewinnanteile, Sach- oder andere Bezüge, die der Versicherte, wenn auch nur gewohnheitsmäßig, statt des Gehaltes oder Lohnes oder neben ihm von dem Arbeitgeber oder einem Dritten erhält. Der Wert der Sachbezüge wird nach Ortspreisen berechnet, die das Versicherungsamt festsetzt (§ 160).

Forstwirtschaftliche Betriebe werden ebenso wie landwirtschaftliche Betriebe angesehen (§ 161).

Als Hausgewerbetreibende gelten die selbständigen Gewerbetreibenden, die in eigenen Betriebsstätten im Auftrag und für Rechnung anderer Gewerbetreibender gewerbliche Erzeugnisse herstellen oder bearbeiten (§ 162).

Als Geschäftsjahr gilt das Kalenderjahr (§ 163).

II. Buch. Krankenversicherung.

In dem ersten Abschnitt des 2. Buches wird der Umfang der Versicherung behandelt (§§ 165—178). Es wird zwischen Versicherungspflicht und Versicherungsberechtigung unterschieden.

Der zweite Abschnitt behandelt den Gegenstand der Versicherung (§§ 179—224) und zerfällt in 6 Teile. Im 1. Teil werden die Leistungen im allgemeinen festgesetzt, sodann werden in den weiteren Teilen diese Leistungen im einzelnen besprochen. Unterschieden werden Krankenhilfe (§§ 182—194), Wochenhilfe (§§ 195—200), Sterbegeld (§§ 201—204) und Familienhilfe (§ 205). Auf diese Leistungen wird in dem Kapitel über Rechte und Pflichten der Versicherten näher eingegangen. Bemerken mächte ich noch, daß es zu den Grundsätzen der Reichsversicherung gehört, Doppelleistungen zu vermeiden. Aus diesem Grunde ist die Leistung der Krankenkasse, wenn ein Versicherter gleichzeitig Krankengeld aus einer anderen Versicherung erhält, soweit zu kürzen, daß das gesamte Krankengeld des Mitglieds den Durchschnittsbetrag seines täglichen Arbeitsverdienstes nicht übersteigt (§ 189).

Aus den gemeinsamen Vorschriften ist zu erwähnen, daß für die Versicherungspflichtigen der Anspruch auf die Regelleistungen mit ihrer Mitgliedschaft entsteht (§ 206), während für die Mehrleistungen und die Leistungen an die Versicherungsberechtigten eine Wartezeit festgesetzt werden kann (§§ 207, 208). Tritt ein Versicherter, der Kassenleistungen bezieht, zu einer andern Kasse über, so übernimmt sie die weitere Leistung nach ihrer Satzung (§ 212). Hat eine Kasse für eine Person nach vorschriftsmäßiger und nicht vorsätzlich unrichtiger Anmeldung 3 Monate ununterbrochen und unbeanstandet die Beiträge angenommen, und stellt sich nach Eintritt des Versicherungsfalles heraus, daß die Person nicht versicherungspflichtig und nicht versicherungsberechtigt gewesen ist, so muß ihr die Kasse gleichwohl die satzungsmäßigen Leistungen gewähren (§ 213).

Scheiden Versicherte wegen Erwerbslosigkeit aus, die in den vorangegangenen 12 Monaten mindestens 26 Wochen versichert waren, so verbleibt ihnen der Anspruch auf die Regelleistungen der Kasse, wenn der Versicherungsfall während der Erwerbslosigkeit und binnen 3 Wochen nach dem Ausscheiden eintritt. Die Kasse hat dem Berechtigten auf Antrag seinen Anspruch auf diese Leistung zu bescheinigen. Sterbegeld wird auch nach Ablauf der 3. Woche gewährt, wenn die Krankenhilfe bis zum Tode geleistet worden ist (§ 214).

Die Krankenhilfe ruht:

1. solange der Berechtigte eine Freiheitsstrafe verbüßt oder sich in Untersuchungshaft befindet oder in einem Arbeitshaus oder in einer Besserungsanstalt untergebracht ist; ist der Versicherte durch Krankheit arbeitsunfähig geworden, und hat er von seinem Arbeitsverdienste bisher Angehörige ganz oder teilweise unterhalten, so ist ihnen das Hausgeld zu gewähren;
2. für Berechtigte, die sich nach Eintritt des Versicherungsfalles freiwillig ohne Zustimmung des Vorstandes in das Ausland begeben, solange sie sich dort ohne diese aufhalten; für bestimmte Grenzgebiete kann der Bundesrat das Ruhen des Anspruchs ausschließen;
3. für berechtigte Ausländer, solange sie wegen Verurteilung in einem Strafverfahren aus dem Reichsgebiet ausgewiesen sind. Das gleiche gilt für berechtigte Ausländer, die aus Anlaß der Verurteilung in einem

Strafverfahren aus dem Gebiete eines Bundesstaates ausgewiesen sind, solange sie sich nicht in einem andern Bundesstaat aufhalten.

Hat der Berechtigte im Inland Angehörige, denen die Satzung Familienhilfe zubilligt, so ist diese zu gewähren (§ 216).

Gibt ein Versicherter nach Eintritt des Versicherungsfalles seinen Aufenthalt im Inland auf, ohne daß die Krankenhilfe ruht, so kann ihn die Krankenkasse dafür durch einmalige Zahlung abfinden (§ 217).

Kranke, die außerhalb des Bezirks ihrer Kasse wohnen, erhalten auf Erfordern ihrer Kasse die ihnen bei ihr zustehenden Leistungen von der allgemeinen Ortskrankenkasse des Wohnorts. Besteht dort für Versicherte ihrer Art eine besondere Ortskrankenkasse oder eine Landkrankenkasse, so hat diese die Leistungen zu gewähren (§ 218). Das gleiche gilt für einen Versicherten, der während eines vorübergehenden Aufenthalts außerhalb seines Kassenbezirks erkrankt, solange er seines Zustandes wegen nicht nach seinem Wohnort zurückkehren kann. Eines Antrags seiner Kasse bedarf es nicht. Die Kasse, welche die Leistungen gewährt, hat jedoch binnen 1 Woche den Eintritt des Versicherungsfalls der Kasse des Versicherten mitzuteilen und soll deren Wünsche wegen der Art der Fürsorge tunlichst befolgen (§ 220). Erkrankt ein Versicherter im Ausland, so erhält er, solange er seines Zustandes wegen nicht ins Inland zurückkehren kann, die ihm bei seiner Kasse zustehenden Leistungen vom Arbeitgeber, der entsprechend wie vorher die Kasse zu verfahren hat (§ 221). In allen den genannten Fällen hat die Krankenkasse des Versicherten der anderen Kasse und dem Arbeitgeber die Kosten zu erstatten. Hierbei gelten $^3/_8$ des Grundlohns als Ersatz für die Krankenpflege (§ 222), also nur für die Ausgaben an ärztlicher Hilfe und Versorgung mit Arznei und Heilmitteln (§§ 225—305).

Der dritte Abschnitt behandelt die Träger der Versicherung. Die RVO. kennt 4 Kassenarten: Ortskrankenkassen, Landkrankenkassen, Betriebskrankenkassen und Innungskrankenkassen. Diesen Krankenkassen können Mitglieder der nach landesgesetzlichen Vorschriften errichteten knappschaftlichen Krankenkassen nicht angehören (§ 225).

Über die Einrichtung und Organisation der 4 Kassenarten habe ich mich, soweit das für unsere Zwecke in Betracht kommt, im Kapitel über die Versicherungsträger der Krankenversicherung näher ausgelassen.

Auf die Bestimmungen über Vereinigung, Auflösung und Schließung von Krankenkassen gehe ich nicht näher ein. Diese Veränderungen erfolgen durch das Oberversicherungsamt. Den Beschluß des Oberversicherungsamts hat der Vorstand der aufzunehmenden Kasse den Ärzten und Zahnärzten, zu denen die Kasse in einem Vertragsverhältnisse steht, unverzüglich mitzuteilen. Der Arzt oder Zahnarzt kann sich darauf binnen 14 Tagen der aufnehmenden Kasse gegenüber bereit erklären, für sie tätig zu werden, unter den Bedingungen, die er mit der aufgenommenen Kasse vereinbart hatte. Nimmt die aufnehmende Kasse den Antrag nicht unverzüglich an, so hat sie den Arzt oder Zahnarzt zu entschädigen. Hat sich der Arzt oder Zahnarzt nicht binnen 14 Tagen bereit erklärt, so kann von diesem Zeitpunkt ab das Vertragsverhältnis von beiden Seiten unter Einhaltung einer Kündigungsfrist, jedoch frühestens zu dem Tage der Aufnahme gekündigt werden. Vertragsmäßige Rechte, zu einem früheren Zeitpunkte zu kündigen, werden hierdurch nicht berührt. Entsprechendes gilt für Vertragsverhältnisse mit Apotheken, Krankenhäusern usw. (§ 292). Den Beschluß des Oberversicherungsamts hat der Vorstand der Kasse, die aufgelöst oder geschlossen wird,

ebenfalls den Ärzten und Zahnärzten, mit denen die Kasse in einem Vertragsverhältnis steht, unverzüglich mitzuteilen. Das Vertragsverhältnis endet 3 Monate nach der Mitteilung, jedoch frühestens mit dem Tage der Auflösung oder Schließung. Hierauf ist in der Mitteilung hinzuweisen. Vertragsmäßige Rechte, zu einem früheren Zeitpunkt zu kündigen, werden auch hierdurch nicht berührt. Entsprechendes gilt für die Vertragsverhältnisse mit Apotheken usw. (§ 302).

Der vierte Abschnitt, der die Verfassung schildert, zerfällt in 6 Teile (§§ 306—376). Er behandelt die Mitgliedschaft, die Satzung, die Kassenorgane, die Angestellten und Beamten, die Verwaltung der Mittel, das Verhältnis zu Ärzten, Zahnärzten, Krankenhäusern und Apotheken. Auf diese Dinge ist, soweit dies für unsere Zwecke in Betracht kommt, in den Kapiteln über die Versicherungsträger und den Kreis der Versicherten sowie über ihre Rechte und Pflichten eingegangen.

Für die von den Krankenkassen besoldeten Angestellten, die nicht nach Landesrecht staatliche oder gemeindliche Beamte sind oder deren Rechte und Pflichten haben, wird eine Dienstordnung aufgestellt (§ 351). Die Dienstordnung regelt die Rechts- und die allgemeinen Dienstverhältnisse der Angestellten, insbesondere den Nachweis ihrer fachlichen Befähigung, ihre Zahl, die Art der Anstellung, die Kündigung oder Entlassung und die Festsetzung von Strafen. Die fachliche Befähigung muß auch in anderer Weise als durch die Zurücklegung eines vorgeschriebenen Bildungsganges nachgewiesen werden können (§ 352). Die Dienstordnung enthält einen Besoldungsplan. Nach zehnjähriger Beschäftigung eines Angestellten darf die Kündigung oder Entlassung nur aus einem wichtigen Grunde stattfinden, sonst ist sie an gewisse Kautelen gebunden (§§ 353—355). Der Vorstand einer Orts-, Land- oder Innungskrankenkasse kann mit Genehmigung des Oberversicherungsamts Beamte auf Lebenszeit oder nach Landesrecht unwiderruflich oder mit Anrecht auf Ruhegehalt anstellen. Für die genannten Kassen mit mehr als 10 000 Versicherten kann das Oberversicherungsamt nach Anhören des Vorstandes anordnen, daß mindestens die Geschäftsleiter in dieser Weise angestellt werden (§ 359).

Auf das Verhältnis zu den Ärzten, Zahnärzten, Apotheken und Krankenhäusern bin ich an entsprechender Stelle, und zwar in dem Kapitel über Rechte und Pflichten der Versicherten und in dem Abschnitt über die ärztliche Hilfe näher eingegangen.

Die Aufsicht über die Krankenkassen führt das Versicherungsamt. Nur wenn die Sorge für die Krankenpflege nicht ausreicht, tritt das Oberversicherungsamt an dessen Stelle (§ 377) (fünfter Abschnitt).

Auf die Aufbringung der Mittel und die Zahlung der Beiträge gehe ich in dem Kapitel über die Rechte und Pflichten der versicherten Personen ein (sechster Abschnitt).

Der siebente Abschnitt (§§ 406—415) behandelt die Kassenverbände, worauf in dem Kapitel über die Versicherungsträger eingegangen ist.

Der achte Abschnitt befaßt sich mit den besonderen Berufszweigen (§§ 416—494). Man versteht darunter die in der Landwirtschaft Beschäftigten, (§§ 417—434), die Dienstboten (§§ 435—440), die unständig Beschäftigten (§§ 441—458), die im Wandergewerbe Beschäftigten (§§ 459—465), die Hausgewerbetreibenden (§§ 466—493) und die Lehrlinge (§ 494). Für die besonderen Berufszweige sind, abgesehen von den unständigen Arbeitern und den Lehrlingen, die Landkrankenkassen die Versicherungsträger. Die Beitrags-

leistung habe ich in dem Kapitel über die Versicherungsträger, die Leistungen, besonders die erweiterte Krankenpflege, in dem Kapitel über die Rechte und Pflichten der Versicherten behandelt.

Der neunte Abschnitt beschäftigt sich mit den knappschaftlichen Krankenkassen (§§ 495—502). Sie werden eingehend in dem Kapitel über das Knappschaftswesen geschildert.

Der zehnte Abschnitt betrifft die Ersatzkassen (§§ 503—525), die in dem gleichlautenden Kapitel eingehend behandelt sind.

Der elfte Abschnitt gibt Schluß- und Strafvorschriften (§§ 526—536). Aus ihnen interessiert uns hier nur der § 529. Gegen einen Versicherten, der die Krankenordnung oder die Anordnungen des behandelnden Arztes übertritt oder die ihm aus einer andern Versicherung erwachsenden Beträge nicht mitteilt, kann der Vorstand der Kasse Strafen bis zum dreifachen Betrage des täglichen Krankengeldes für jeden Übertretungsfall festsetzen.

III. Buch. Unfallversicherung.

Das dritte Buch, das die Unfallversicherung behandelt, zerfällt in drei Teile: die Gewerbeunfallversicherung (§§ 537—914), die landwirtschaftliche Unfallversicherung (§§ 915—1045) und die Seeunfallversicherung (§§ 1046 bis 1225). Jeder Teil zerfällt wieder in zwölf Abschnitte: Umfang der Versicherung, Gegenstand der Versicherung, Träger der Versicherung, Verfassung, Aufsicht, Auszahlung der Entschädigungen und Aufbringung der Mittel, Zweiganstalten (fällt bei der landwirtschaftlichen Unfallversicherung fort), weitere Einrichtungen, Unfallverhütung und Überwachung, Reichs- und Staatsbetriebe, Haftung von Unternehmern und Angestellten und Strafvorschriften. Bei der landwirtschaftlichen Unfallversicherung tritt für den fehlenden Abschnitt über Zweiganstalten der Abschnitt über landesgesetzliche Regelung ein. Soweit diese Bestimmungen die soziale Medizin angehen, sind sie an zutreffender Stelle behandelt, so daß fast in jedem Kapitel der ersten Abschnitte dieses Lehrbuchs auf die Unfallversicherung eingegangen wird. Der Umfang der Versicherung wird insbesondere in dem Kapitel über den Kreis der versicherten Personen, der Gegenstand der Versicherung in dem über die Rechte und Pflichten der versicherten Personen, die Zusammensetzung und Verfassung der Berufsgenossenschaften in dem Kapitel über die Versicherungsträger behandelt. Hier wird auch auf die Aufbringung der Mittel und auf die Ausführungsbehörden und Zweiganstalten eingegangen. Die Unfallverhütung wird in einem besonderen Kapitel eingehend besprochen, die Voraussetzung für die Versicherungsleistung und für die Höhe der Versicherungsleistung in den Kapiteln über den Betriebsunfall und die Minderung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit. Die Seeunfallversicherung schließlich wird besonders in dem Kapitel über die soziale Versicherung der Seeleute geschildert. Ich möchte hier infolgedessen nur auf drei Punkte näher eingehen: auf die Auszahlung der Entschädigungen, auf die Hinterbliebenenbezüge und auf die Besonderheiten der landwirtschaftlichen Unfallversicherung. Die Vorschriften über die Angestellten (§§ 690—705) sind ähnlich wie bei der Krankenversicherung.

Die Genossenschaft zahlt die Entschädigung auf Anweisung des Genossenschaftsvorstandes durch die Post, und zwar durch die Postanstalt, in deren Bezirke der Empfänger wohnt. Die Zahlstelle wird ihm vom Vorstande mitgeteilt. Verzieht der Empfänger, so kann er bei dem Vorstand oder bei

der Postanstalt des alten Wohnorts beantragen, daß die Zahlung an die Postanstalt des neuen Wohnorts überwiesen wird (§ 726). Jede Person, die berechtigt ist, ein öffentliches Siegel zu führen, ist befugt, die bei den Zahlungen erforderlichen Bescheinigungen zu erteilen und zu beglaubigen (§ 727). Die obersten Postbehörden können von jeder Genossenschaft einen Vorschuß einziehen (§ 728). Tatsächlich ist dies von den Postbehörden gegenüber sämtlichen Berufsgenossenschaften geschehen. An Empfänger, die sich im Ausland aufhalten, erfolgt die Auszahlung gewöhnlich mit Genehmigung des Reichsversicherungsamts durch die Konsulate oder durch die Deutsche Bank.

Bei Tötung eines Versicherten wird außer dem Sterbegeld den Hinterbliebenen vom Todestage ab eine Rente gewährt (§ 586). Ist der Jahresarbeitsverdienst des Toten etwa durch frühere Unfälle verringert gewesen, so werden die erhaltenen Renten dem Jahresarbeitsverdienst zugezählt (§ 587). Hinterläßt der Verstorbene eine Witwe oder Kinder, so beträgt die Rente $^1/_5$ des Jahresarbeitsverdienstes

für die Witwe bis zu ihrem Tode oder ihrer Wiederverheiratung,
für jedes Kind bis zum vollendeten 15. Lebensjahre,
für ein uneheliches Kind jedoch nur, soweit der Verstorbene ihm nach gesetzlicher Pflicht Unterhalt gewährt hat (§ 588).

Heiratet die Witwe wieder, so erhält sie $^3/_5$ des Jahresarbeitsverdienstes als Abfindung (§ 589). Die Vorschriften über die Renten der Kinder gelten auch für Kinder einer weiblichen Person, die nicht Ehefrau ist. Das gleiche gilt für voreheliche Kinder einer Ehefrau oder für deren Kinder aus deren früheren Ehe, wenn sie nicht die rechtliche Stellung von ehelichen Kindern des hinterbliebenen Ehemannes haben (§ 591). Bei Tötung einer Ehefrau, die wegen Erwerbsunfähigkeit des Ehemanns ihre Familie ganz oder überwiegend aus ihrem Arbeitsverdienst unterhalten hat, ist für die Dauer der Bedürftigkeit dem Witwer und den Kindern unter entsprechenden Umständen, wie sie vorher genannt sind, Rente zu gewähren (§ 592). Hinterläßt der Verstorbene Verwandte der aufsteigenden Linie, die er wesentlich aus seinem Arbeitsverdienst unterhalten hat, so ist ihnen für die Dauer der Bedürftigkeit eine Rente von zusammen $^1/_5$ des Jahresarbeitsverdienstes zu gewähren. Sind aus der aufsteigenden Linie Verwandte verschiedenen Grades vorhanden, so ist die Rente den Eltern vor den Großeltern zu gewähren (§ 593). Hinterläßt der Verstorbene elternlose Enkel, die er ganz oder überwiegend aus seinem Arbeitsverdienst unterhalten hat, so ist ihnen für die Dauer der Bedürftigkeit bis zum vollendeten 15. Lebensjahre eine Rente von zusammen $^1/_5$ des Jahresarbeitsverdienstes zu gewähren (§ 594). Die Renten der Hinterbliebenen dürfen zusammen $^3/_5$ des Jahresarbeitsverdienstes nicht übersteigen, sonst werden sie gekürzt, und zwar bei Ehegatten und Kindern gleichmäßig; Verwandte der aufsteigenden Linie haben nur Anspruch, soweit Ehegatten oder Kinder, Enkel nur, soweit die Vorgenannten den Höchstbetrag nicht erschöpfen. Beim Ausscheiden eines Hinterbliebenen erhöhen sich die Renten bis zum zulässigen Höchstbetrage (§ 595). Die Hinterbliebenen eines Ausländers, die sich zur Zeit des Unfalls nicht gewöhnlich im Inland aufhielten, haben keinen Anspruch auf die Rente, jedoch werden Ausnahmen durch Bundesratsbeschluß zugelassen (§ 596). Der Vorstand der Genossenschaft kann einem Rentenempfänger auf Antrag statt der Rente Aufnahme in ein Invalidenhaus, ein Waisenhaus oder eine ähnliche Anstalt gewähren. Die Aufnahme verpflichtet den Rentenempfänger auf ein Vierteljahr und, wenn

er nicht einen Monat vor Ablauf dieser Frist widerspricht, jedesmal auf ein weiteres Vierteljahr zum Verzicht auf die Rente (§ 607).

Die landwirtschaftliche Unfallversicherung unterscheidet sich zwar in ihren Grundzügen nicht von der gewerblichen Unfallversicherung, sie hat aber doch eine Reihe von Besonderheiten. Gegen Betriebsunfälle sind versichert Arbeiter und Betriebsbeamte. Bei den Arbeitern werden gewöhnliche Arbeiter und Facharbeiter unterschieden. Bei gewöhnlichen Arbeitern und bei versicherten Unternehmern richtet sich die Rente nach dem durchschnittlichen Jahresarbeitsverdienst (§§ 936, 938), bei Betriebsbeamten und Facharbeitern wird sie ebenso berechnet wie bei gewerblichen Arbeitern (§ 931). Facharbeiter ist im Unterschiede zum gewöhnlichen landwirtschaftlichen Arbeiter, wer für seine Stellung besonderer fachlicher Fertigkeiten bedarf. Dies gilt für Förster, Gärtner, Gärtnergehilfen, Müller, Ziegler, Stellmacher, Schmiede, Maurer, Zimmerer, Brenner, Maschinenführer, Heizer usw. (§ 923). Außerdem hat die landwirtschaftliche Unfallversicherung noch eigenartige Bestimmungen in der Zulassung von Sachleistungen bei Entschädigungen (§§ 953, 954), in der Fürsorgepflicht der Gemeinden während der ersten 13 Wochen nach dem Unfall (§ 942), in der allgemein durchgeführten örtlichen Scheidung der Berufsgenossenschaften (§ 956), in der Aufbringung der Mittel (§§ 989—1010) und in weitgehender Zulassung der Regelung durch die Landesgesetzgebung (§§ 1034—1041).

IV. Buch. Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Das vierte Buch zerfällt in acht Abschnitte, die über den Umfang der Versicherung, den Gegenstand der Versicherung, die Träger der Versicherung, die Aufsicht, die Auszahlung der Leistungen und die Aufbringung der Mittel, das Beitragsverfahren, die freiwillige Zusatzversicherung und Schluß- und Strafvorschriften handeln. Auch diese Einzelheiten sind in den verschiedenen Kapiteln dieses Lehrbuches eingehend behandelt, besonders in den Kapiteln über den Kreis der versicherten Personen, über die Rechte und Pflichten der versicherten Personen, über die Versicherungsträger, über Krankheit und andere Gebrechen als Ursachen der Invalidität, über die Minderung der Erwerbsfähigkeit, über das Heilverfahren in der Invalidenversicherung. Der Sonderanstalten ist besonders gedacht in den Kapiteln über das Knappschaftswesen, die soziale Versicherung im Eisenbahnbetrieb und die soziale Versicherung der Seeleute. Die Geschäfte werden durch Beamte geführt (§§ 1343, 1348). Es erübrigt sich nur noch auf die Bezüge der Waisen, die keine direkten Beziehungen zur sozialen Medizin haben, und die Auszahlung der Renten näher einzugehen.

Waisenrente erhalten nach dem Tode des versicherten Vaters seine ehelichen Kinder unter 15 Jahren und nach dem Tode einer Versicherten ihre vaterlosen Kinder unter 15 Jahren. Als vaterlos gelten auch uneheliche Kinder (§ 1259). Nach dem Tode der versicherten Ehefrau eines erwerbsunfähigen Ehemanns, die den Lebensunterhalt einer Familie ganz oder überwiegend aus ihrem Arbeitsverdienste bestritten hat, steht den ehelichen Kindern unter 15 Jahren Waisenrente zu, solange sie bedürftig sind. Dies gilt auch, wenn zur Zeit des Todes der Versicherten die Ehe nicht mehr bestand (§ 1260). Nach dem Tode einer versicherten Ehefrau, deren Ehemann sich ohne gesetzlichen Grund von der häuslichen Gemeinschaft ferngehalten und seiner väterlichen Unterhaltungspflicht entzogen hat, steht den ehelichen Kindern unter 15 Jah-

ren Waisenrente zu, solange sie bedürftig sind (§ 1261). Hinterläßt der Versicherte elternlose Enkel unter 15 Jahren, deren Unterhalt er ganz oder überwiegend bestritten hat, so steht ihnen Waisenrente zu, solange sie bedürftig sind (§ 1262). Waisenaussteuer wird gewährt, wenn der verstorbene Vater zur Zeit seines Todes die Wartezeit für die Invalidenrente erfüllt und die Anwartschaft aufrecht erhalten hat, und wenn die verwitwete Mutter selbst die Wartezeit für die Invalidenrente erfüllt und die Anwartschaft aufrecht erhalten hat (§ 1252). Die Satzung der Versicherungsanstalt kann den Vorstand ermächtigen, den Rentenempfänger auf Antrag in einem Waisenhaus oder einer ähnlichen Anstalt unterzubringen und dazu die Rente ganz oder teilweise zu verwenden (§ 1277). Der Reichszuschuß beträgt jährlich 25 M. für jede Waisenrente und 16⅔ M. für jede Waisenaussteuer (§ 1285). Der Anteil der Versicherungsanstalt beträgt bei Waisenrenten für eine Waise $^3/_{20}$, für jede weitere Waise $^1/_{40}$ des Grundbetrags und der Steigerungssätze der Invalidenrente, die der Ernährer zur Zeit seines Todes bezog oder bei Invalidität bezogen hätte (§ 1292). Die Renten der Hinterbliebenen dürfen zusammen nicht mehr betragen als das 1½fache der Invalidenrente, die der Verstorbene bezogen hätte. Waisenrenten allein dürfen zusammen nicht mehr betragen als die Invalidenrente. Ergeben die Renten einen höheren Betrag, so werden sie im Verhältnis ihrer Höhe gekürzt. Enkel haben nur soweit einen Anspruch, als nicht der zulässige Höchstbetrag den Kindern zufließt (§ 1294). Beim Ausscheiden eines Hinterbliebenen erhöhen sich die Renten der übrigen bis zum zulässigen Höchstbetrage (§ 1295). Als Waisenaussteuer wird der achtfache Monatsbetrag der bezogenen Waisenrente gewährt (§ 1296). Die Waisenrente fällt weg, sobald die Waise das 15. Lebensjahr vollendet hat (§ 1299). Ausländer, die sich im Auslande aufhalten, sind mit dem 1½fachen Betrage der Waisenrente abzufinden (§ 1316).

Das Ruhen der Versicherungsleistung ist entsprechend geregelt wie in der Krankenversicherung. Ausländer, die sich im Ausland aufhalten, werden mit dem dreifachen Betrage ihrer Jahresrente abgefunden (§ 1317).

Treffen die Voraussetzungen für mehrere Renten auf Grund der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung zusammen, so ruht die niedrigere Rente von dem Tage des Zusammentreffens an (§ 1318).

V. Buch. Beziehungen der Versicherungsträger zu einander und zu anderen Verpflichteten.

Das fünfte Buch der RVO. enthält die Beziehungen der Versicherungsträger zueinander und zu anderen Verpflichteten. Es zerfällt in zwei Abschnitte: Beziehungen der Versicherungsträger zueinander und Beziehungen zu anderen Verpflichteten.

Die Beziehungen der Krankenversicherung und Unfallversicherung (§§ 1501—1517) sind größtenteils in dem Kapitel über das Heilverfahren in der Unfallversicherung behandelt. Zu erwähnen ist noch besonders, daß die Kasse die Feststellung von Unfallentschädigung betreiben kann (§ 1509). Die Satzung der Krankenkasse kann ferner bestimmen, daß bei einer Krankheit, die Folge eines entschädigungspflichtigen Unfalls ist, für die Zeit, für die Unfallrente oder Heilanstaltspflege gewährt wird, Krankengeld nur soweit zu gewähren ist, als es den Betrag der Unfallrente übersteigt. Dabei wird der Unterhalt in der Heilanstalt gleich der Vollrente gerechnet (§ 1511).

Die Beziehungen zwischen Kranken- und Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung (§§ 1518—1521) sind in dem Kapitel über das Heilverfahren in der Invalidenversicherung behandelt.

Die Beziehungen der Unfallversicherung und der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung (§§ 1522—1526) sind auch größtenteils in dem Kapitel über das Heilverfahren in der Invalidenversicherung berührt. Nur einige Einzelheiten sind noch zu erwähnen. Auch die Versicherungsanstalt kann die Feststellung der Unfallrente betreiben (§ 1523). Der Antrag, eine Invaliden- oder Hinterbliebenenrente festzustellen, kann nicht deshalb abgelehnt werden, weil Invalidität oder Tod Folge eines entschädigungspflichtigen Unfalls ist. Die Rente ist voll zu zahlen, bis die Unfallrente gewährt wird. Wird diese gewährt, so ist nur der sie übersteigende Betrag der Invaliden- oder Hinterbliebenenrente zu zahlen (§ 1522).

Aus den Beziehungen zu anderen Verpflichteten (§§ 1527—1544) ist zu erwähnen, daß eine Gemeinde oder ein Armenverband für die Zeit, die ein Hilfsbedürftiger Anspruch auf Leistungen aus der RVO. hatte, und während der die Gemeinde nach gesetzlicher Pflicht für den Hilfsbedürftigen eingetreten ist, Ersatz beanspruchen kann (§ 1531). Eine Gemeinde kann auch dann Ersatz beanspruchen, wenn der Hilfsbedürftige, der einen Anspruch auf Invaliden-, Alters- oder Hinterbliebenenrente hat, stirbt, ohne die Rente beantragt zu haben (§ 1537). Die ersatzberechtigten Gemeinden können die Feststellung der Leistungen aus der Reichsversicherung betreiben (§ 1538). Entsprechendes gilt für Betriebsunternehmer und Kassen, die nach gesetzlicher Pflicht Hilfsbedürftige unterstützen (§ 1541).

VI. Buch. Verfahren.

Das sechste Buch behandelt das Verfahren und zerfällt in 4 Teile: Feststellung der Leistungen, andere Spruchsachen, Beschlußverfahren und Kosten und Gebühren.

Der erste Teil zerfällt wieder in vier Abschnitte: Feststellung durch die Versicherungsträger, Feststellung im Spruchverfahren, Besondere Arten des Verfahrens und Besondere Vorschriften für die Seeunfallversicherung. Es erübrigt sich, hierauf näher einzugehen, da die Materie in den entsprechenden Kapiteln: Rechte und Pflichten der versicherten Personen, die Versicherungsträger, die Versicherungsbehörden und die soziale Versicherung der Seeleute, ausführlich behandelt ist.

Aus dem zweiten Teil ist nur zu erwähnen, daß bei Streit zwischen einer Krankenkasse, die einem Versicherungsamt untersteht, und einer knappschaftlichen Krankenkasse oder einer Ersatzkasse das Versicherungsamt entscheidet (§ 1775).

Der dritte Teil behandelt das Beschlußverfahren, der vierte Teil die Kosten und Gebühren des Verfahrens. Soweit hier nicht rein juristische und verwaltungstechnische Fragen behandelt werden, ist auf diesen Stoff in den Kapiteln über die Rechte und Pflichten der Versicherten und über Versicherungsbehörden näher eingegangen.

Drittes Kapitel.

Die Versicherungsträger der Krankenversicherung.

Das Bestehen der vier verschiedenen Krankenkassenarten mit einer Differenzierung der Beiträge und Leistungen und die Gleichstellung der Ersatzkassen und der knappschaftlichen Krankenkassen erfordert einen kurzen Rückblick darauf, wie es zu dieser Entwickelung gekommen ist, wenn man den gegenwärtigen Zustand nicht ohne weiteres Verständnis der inneren Verhältnisse der Dinge hinnehmen will. Ich habe schon früher darauf hingewiesen, daß die Ära vor der obligatorischen Krankenversicherung und diese Ära selbst streng voneinander zu scheiden sind. Vor der Versicherungszeit gab es im Grunde genommen zwei Arten von Versicherungsträgern, die einer größeren Verbreitung sich erfreuten, das waren die Hilfskassen und die Gemeindekrankenversicherung.

Die Hilfskassen greifen zurück auf die von altersher in den Innungen und Gilden übliche Fürsorge für erkrankte Mitglieder und die Hinterbliebenen von Verstorbenen. Das Sterbegeld stand damals im Vordergrund der Leistungen. Aber schon das allgemeine Landrecht für die preußischen Staaten vom 5. Februar 1794 bestimmte, daß sogar zugewanderten Handwerksgesellen, auch wenn sie am Orte noch nicht in Arbeit gestanden hatten, aus der Gesellenlade im Erkrankungsfalle Kur und Verpflegung zuteil werde. Die alten Innungskassen blieben vielfach nach Auflösung der Zwangsinnungen und Einführung der Gewerbe- und Koalitionsfreiheit bestehen. Durch die preußische Gewerbeordnung von 1845 wurde den Gesellen und Gehilfen einschließlich der Fabrikarbeiter die Beibehaltung der bestehenden Kassen zur gegenseitigen Unterstützung mit dem Vorbehalte gestattet, daß die Aufnahme in dieselben nicht von der Beschäftigung bei einem Innungsmitglied abhängig gemacht werden durfte. Ebenso konnten Neugründungen von Kassen erfolgen und die Gemeinden durch Ortsstatut eine obligatorische Versicherung aller Gehilfen und Gesellen herbeiführen. Durch das Gesetz, betreffend die gewerblichen Unterstützungskassen vom 3. April 1854, konnte die Regierung selbst an Stelle der Gemeinden Kassen mit Beitrittszwang errichten. Ähnlich wie in Preußen war die Entwickelung im ehemaligen Königreich Hannover, in Mecklenburg und Hamburg. „In Preußen namentlich waren es die Bestimmungen der allgemeinen Gewerbeordnung vom 15. Januar 1845, der Verordnung vom 9. Februar 1849 und namentlich des Gesetzes vom 3. April 1854, auf Grund deren nicht nur die alten, aus der Zeit der Innungsverfassung noch erhaltenen Kassen der Handwerksgesellen neubelebt und reorganisiert, sondern auch unter Anwendung der den Gemeinden und den höheren Verwaltungsbehörden eingeräumten Zwangsbefugnisse zahlreiche neue Krankenkassen für Handwerksgesellen und Fabrikarbeiter begründet wurden. Die Zahl dieser Kassen betrug am Ende des Jahres 1876, also unmittelbar nach dem Inkrafttreten der Gesetze vom 7. und 8. April

1876, 5239 mit 869204 Mitgliedern. Mit diesem Zeitpunkte fiel die auf dem Gesetze vom 3. April 1854 beruhende Befugnis der höheren Verwaltungsbehörden, da, wo einem vorhandenen Bedürfnis durch Ortsstatute nicht entsprochen wurde, ihrerseits durch Verfügung die Begründung von Krankenkassen für Handwerksgesellen und Fabrikarbeiter zu erzwingen, hinweg, und es verblieb nur die Befugnis der Gemeinden und weiteren Kommunalverbände, diesen Zwang durch Ortsstatut oder Beschluß einzuführen. Von dieser Befugnis ist nur in einem höchst geringen Maße Gebrauch gemacht. Bis zum Schlusse des Jahres 1880 sind im ganzen preußischen Staate nur 278, in allen übrigen Bundesstaaten nur 20 Ortsstatute erlassen; eine Beschlußnahme weiterer Kommunalverbände, durch welche die Verpflichtung, einer Krankenkasse beizutreten, für gewerbliche Arbeiter eingeführt wäre, ist überhaupt nicht erfolgt." (Motive zum Gesetze vom 15. Juni 1883.) Die bestehenden Kassen waren unter sich hinsichtlich der Beitragserhebung und der Leistungen sehr ungleich, vielfach entbehrten sie einer geordneten Verwaltung und wurden dann von Personen mißbraucht, die wilde Hilfskassen gründeten und dabei weniger an den Vorteil der Versicherten als an ihren eigenen Vorteil dachten. Diesem Mangel suchte man durch das Reichsgesetz über die eingeschriebenen Hilfskassen vom 7. April 1876 zu begegnen und eine einheitliche Regelung des gewerblichen Hilfskassenwesens herbeizuführen. Das neue Gesetz bezog sich nur auf Krankenfürsorge und Sterbegeld, während viele Hilfskassen noch anderweitige Arten von Unterstützungen gewährten. „Die Errichtung der Kassen sollte danach durch Ortsstatut erfolgen und auf gleichem Wege der Eintrittszwang für Gesellen, Gehilfen und Fabrikarbeiter, welche das sechzehnte Lebensjahr zurückgelegt hatten, ausgesprochen werden; vom Beitrittszwange waren diejenigen befreit, welche einer anderen Hilfskasse angehörten oder auf Grund einer Anordnung der Gemeindeverwaltung regelmäßig Beiträge zum Zwecke der Krankenunterstützung entrichteten. Ferner konnte durch Ortsstatut bestimmt werden, daß Arbeitgeber die Beiträge ihren Arbeitern bis auf die Hälfte des verdienten Lohns vorschießen, Fabrikinhaber Zuschüsse bis auf die Höhe der Hälfte der Beiträge leisten und die Arbeitgeber ihre Arbeiter zur Kasse anmelden sollten. Das Gesetz über die eingeschriebenen Hilfskassen regelte daneben die Verhältnisse der eingeschriebenen Hilfskassen, soweit sie Unterstützung in Krankheitsfällen gewähren." (Hoffmann). Durch die Gewerbeordnung von 1869 war den Gemeindeverbänden das Recht beigelegt, durch Ortsstatut die Bildung eingeschriebener Hilfskassen anzuordnen und für Gesellen, Gehilfen und Fabrikarbeiter den Beitritt obligatorisch zu machen, sofern sie nicht Mitglieder einer anderen Hilfskasse waren. Die Zahl der Hilfskassen mit Kassenzwang blieb aber infolge der mangelhaften Fürsorge der Gemeinden verhältnismäßig klein. Durch die Novelle vom 1. Juni 1884 erfolgte eine Revision des Hilfskassengesetzes. Alle seitherigen Zwangskassen hörten durch Aufhebung der §§ 141—141 f der Gewerbeordnung auf, Zwangskassen zu sein und verwandelten sich je nach ihrem Charakter in Orts-, Betriebs- oder Innungskrankenkassen. Die Zwangs-Hilfskassen wurden damit zu freien Kassen, soweit sie als Hilfskassen bestehen blieben. Außer den „eingeschriebenen Hilfskassen" gab es noch Hilfskassen, die „auf Grund landesrechtlicher Vorschriften" errichtet waren, in Preußen nach dem Allgemeinen Landrecht, für die das Hilfskassengesetz keine Geltung hatte. Die Hoffnungen, die man auf das Hilfskassengesetz hinsichtlich der Entwickelung des Kassenwesens gesetzt hatte, verwirklichten sich nicht. Bis 1880 hatten in Preußen 559 Krankenkassen für

Arbeiter mit 123 000 Mitgliedern die Rechte eingeschriebener Hilfskassen erlangt. Unter ihnen befanden sich aber nur 112 neu errichtete Kassen. Alle übrigen waren solche, die bereits früher bestanden und nur in „eingeschriebene" umgewandelt waren. In den übrigen Bundesstaaten bestanden damals 321 Hilfskassen, von denen nur 120 neu errichtet waren. Alle übrigen Kassen, die nicht eingeschrieben waren, hatten eine Verminderung erfahren, so daß ihre Zahl 1876 bis 1880 von 5239 auf 4342 zurückging und ihr Mitgliederbestand von 869 204 auf 716 738 sank. Die Hoffnung, es werde die Verbreitung der Kassen durch die Hilfskassengesetzgebung einen rascheren Fortgang erfahren, hatte sich somit nicht erfüllt. Die fakultative Versicherung mußte demgemäß nicht ausreichend erscheinen und an die Stelle der obligatorischen Versicherung durch Ortsstatut, die auch in mäßigen Grenzen geblieben war, wurde eine allgemeine Versicherung durch staatlichen Zwang gesetzt.

Auf ganz anderer Basis entstanden die Vorläufer der Krankenversicherung in Süddeutschland. In Bayern, Baden und Württemberg entstand in den fünfziger und sechziger Jahren eine gesetzliche Fürsorge für bedürftige Kranke, die später (1869, bzw. 1870, bzw. 1873) in eine allgemeine Versicherung durch Gemeindekrankenkassen überging. Die Gemeinden waren berechtigt, von Dienstboten, Gewerbegehilfen, Lehrlingen, Fabrik- und anderen Arbeitern, die außerhalb ihrer Heimat sich im Dienst oder in ständiger Arbeit befanden, regelmäßige Kassenbeiträge bis höchstens 15 Pfennig wöchentlich zu erheben. Im Krankheitsfalle hatten die versicherten Personen dann ein Recht auf Krankenpflege, ärztliche Behandlung und Heilmittel in Bayern bis zu 13, in Baden bis zu 8, in Württemberg bis zu 6 Wochen. Die Krankenfürsorge galt nicht als Armenunterstützung und mußte auch dann gewährt werden, wenn Krankenkassenbeiträge nicht erhoben wurden. Der Gemeindeversicherung gehörten bei Inkrafttreten des Reichsgesetzes im Jahre 1885 bereits 3821 Kassen an.

Das Krankenversicherungsgesetz fand also bereits Organisationen vor, an die es sich anlehnen oder die es gar ausbauen konnte. Infolgedessen übernahm es beide Kassenarten, die es vorfand, und schuf selber eine dritte. Für diese dritte Form von Krankenkassen war wieder das berufsgenossenschaftliche Prinzip ausschlaggebend, das damals für die Lösung der ganzen Versicherungsfragen von überwiegender Bedeutung und ja auch für die Unfallversicherung maßgebend war. Die Berufsgenossen waren von vornherein gesammelt in den Innungen und in den Fabrik- und Baubetrieben, und so schuf man Innungs-, Fabrik- (Betriebs-) und Baukrankenkassen, soweit solche nicht schon als freiwillige Kassen bestanden, und für andere Gewerbe wurden besondere örtliche Krankenkassen vorgesehen, die sich dann Ortskrankenkasse für Fleischer oder für Maler oder für stehende Gewerbe oder sonstwie nannten. Manchmal kam es dann außerdem noch zur Gründung einer allgemeinen Ortskrankenkasse, die alle anderen Gewerbe vereinigte. An manchen Plätzen kam es überhaupt von vornherein nur zur Gründung einer einzigen allgemeinen Otskrankenkasse. So kommt es, daß wir heute in einer Stadt oft die verschiedensten und häufig recht viele Ortskrankenkassen vorfinden. Die Orts- und Betriebskrankenkassen entstanden zum Teil aus Hilfskassen, die bis dahin Zwangskassen gewesen waren. Die Hilfskassen waren sehr häufig Einrichtungen der sozialdemokratischen und liberalen Gewerkschaften gewesen und sollten durch das Krankenversicherungsgesetz aus ihren politischen Banden befreit werden, was ja nicht eben besonders gelungen ist. An anderen Orten mußten auf

Grund des Gesetzes neue Kassen errichtet werden, die dann teils als Gemeinde-, teils als Ortskrankenkassen entstanden. Die Innungskrankenkassen hatten schon im Mittelalter Vorläufer gehabt. Die Verbindung zur Neuzeit wurde aber unterbrochen, als der Innungszwang aufgehoben wurde und damit die alten Kasseneinrichtungen zugrunde gingen. Die neueren Innungskrankenkassen lehnen sich an die Innungen der Reichsgewerbeordnung von 1881 an, die sich als Genossenschaften selbständiger Gewerbetreibender zur Förderung der gemeinsamen gewerblichen Interessen darstellen. Diese Innungen waren befugt, Kassen für ihre Mitglieder und Angestellten einzurichten, die aber reine Organe der Innung blieben. Die Innungskassen waren den eingeschriebenen Hilfskassen gleichgestellt, wenn sie den Anforderungen des Hilfskassengesetzes genügten. Die Innungskassen wurden also nunmehr durch das Krankenversicherungsgesetz ordnungsmäßige Versicherungsträger der Krankenversicherung. Da die Regierung nicht die Befugnis hatte, Krankenkassen der genannten Art (Innungs-, Betriebs-, Ortskrankenkassen) zu errichten, so mußte Vorsorge getroffen werden, daß überall in anderer Weise für die Möglichkeit einer Krankenversicherung der versicherungspflichtigen Personen gesorgt werde. Daher knüpfte man an die süddeutsche Gemeindekrankenkasseneinrichtung an und bestimmte, daß die Gemeinden verpflichtet wurden, jedem in ihrem Bezirke beschäftigten und dem Krankenversicherungszwang unterworfenen Arbeiter, welcher keiner der sonstigen Krankenkassen angehörte, in Krankheitsfällen Unterstützung zu gewähren, wogegen ihnen das Recht eingeräumt wurde, Versicherungsbeiträge zu erheben. Die Gemeindeversicherung mußte also überall einspringen, wo es sich als nötig erwies, und darum auch das Skelett der Krankenversicherung in ihrer ersten Phase bilden. Ihre Forderungen und Leistungen waren maßgebend für diejenigen der anderen Kassen, wenn es diesen auch unbenommen war, in gewisser Weise über das gesetzliche Maß hinauszugehen. Diese erste Phase der Versicherung war außerdem dadurch charakterisiert, daß eine gewisse Freizügigkeit innerhalb der Krankenkassen bestand. Der Versicherungspflichtige mußte einer der acht Krankenkassen angehören, die unter sich gleichberechtigt waren. Für die Wahl der Kasse war zwar die Beschäftigung ausschlaggebend, die auf die betreffende Betriebskrankenkasse oder Ortskrankenkasse hinwies, aber es war den Mitgliedern einer Knappschaftskasse, Innungskrankenkasse oder Hilfskasse gestattet, bei ihrer Kassenart zu bleiben. Dieses Bestreben, nur einen „Kassenzwang" auszuüben mit freier Wahl der Kasse gegenüber dem System der Zwangskasse, die jeden Versicherungspflichtigen unabweisbar „seiner" Krankenkasse zuführte, machte sich auch bei der Beratung des Abänderungsgesetzes vom Jahre 1892 geltend. Die Regierung hatte den Wunsch, daß jeder Versicherungspflichtige — mit Ausnahme der Mitglieder der Hilfskassen — der Krankenkasse angehört, welche für die Beschäftigung, in der er steht, errichtet ist. Durch den Reichstag wurde dieser Grundsatz aber durchlöchert, da der Austritt aus einer Ortskrankenkasse auch denjenigen gestattet wurde, die einer anderen Ortskrankenkasse, Betriebs-, Bau-, Innungs- oder Knappschaftskasse beitraten (§ 19, Abs. 4 des Gesetzes). Dasselbe war auch bei den anderen Kassenarten vorgesehen. In praxi bestand allerdings diese Freizügigkeit nur insofern, als die Mitgliedschaft bei einer Hilfskasse von der Versicherungspflicht bei der Berufskasse befreite oder die freiwillige Mitgliedschaft bei einer Berufskasse von der Versicherungspflicht bei der Gemeindekrankenkasse.

Wenn man verfolgt, wie diese acht Kassenarten, die ursprünglich nebeneinander arbeiteten, sich entwickelten, so sieht man, daß von vornherein Differenzen bestanden, die sich im Laufe der Zeit noch vermehrten. In einer Kurve sind die einzelnen Kassenarten in ihrer zahlenmäßigen Entwickelung dargestellt. Man erkennt, daß von vornherein die Gemeindekassen am zahlreichsten vertreten waren, daß dann in weitem Abstande die Betriebskrankenkassen, in noch weiterem die Ortskrankenkassen und dann die eingeschriebenen

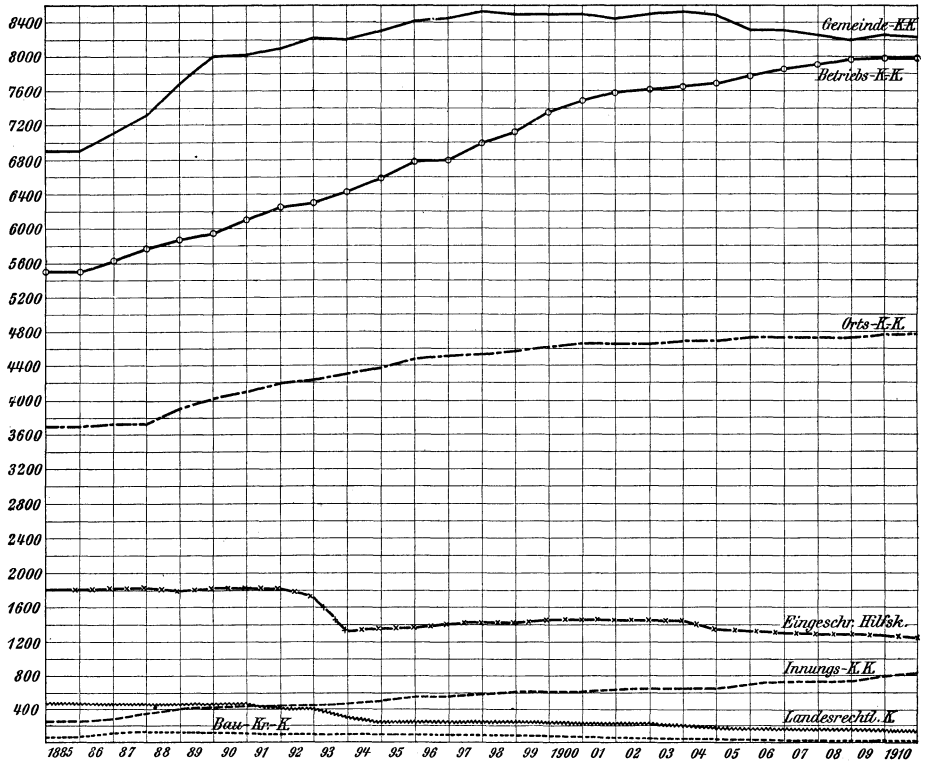


Fig. 2. Entwicklung der Kassenarten nach der Zahl der Krankenkassen.

Hilfskassen folgten. Die Zahl der Gemeindekrankenkassen hat sich dauernd erst schneller, dann langsamer vermehrt, bis sie ihren Höhepunkt im Jahre 1897 erreichten, um von da an Zahl immer mehr abzunehmen. Wenn man bedenkt, daß durch die sechs Abänderungen des Krankenversicherungsgesetzes immer neue Personenkategorien der Versicherung zugeführt wurden und damit sich der Versichertenkreis immer vergrößerte, so ist es selbstverständlich, daß auch fortwährend mehr Gemeinden zur Errichtung von Kassen gezwungen waren und daher auch die Kassenzahl anwuchs. Das Sinken dieser Zahl dagegen bedeutet, daß eine große und immer größer werdende Anzahl von Kassen der Gemeindeversicherung den Ansprüchen nicht genügte und durch andere leistungsfähigere Gebilde ersetzt wurde. Die Zahl der Betriebskrankenkassen dagegen hat sich in auffallender Weise dauernd und erheblich vermehrt. In erster Linie ist diese Erscheinung durch

den Aufschwung der Industrie bedingt gewesen, der zur Gründung neuer Fabriken und damit auch neuer Fabrikkrankenkassen die Möglichkeit gab. In zweiter Linie ist darin aber die Tatsache ausgedrückt, daß hier eine Kassenart vorliegt, die sich als durchaus konkurrenzfähig und gleichberechtigt mit anderen Kassen erwiesen hat. Die Kurve der Ortskrankenkassen bewegt sich langsam in aufsteigender Linie, die einmal Mitte der 90 er Jahre eine geringe und Anfang dieses Jahrhunderts eine stärkere Verzögerung erfährt. Angesichts der zentralen Bedeutung, welche die Ortskrankenkassen für die Krankenversicherung erlangt haben, muß der langsame Anstieg der Kurve, der nicht entfernt an die Zahlen der Betriebs- und Gemeindekrankenkassen heranreicht, Verwunderung erregen. Dafür sind jedoch zwei Momente maßgebend. Einmal drängt die Entwickelung in den Ortskrankenkassen zur Zentralisation. Seit Beginn der sozialen Versicherung und neuerer Zeit in immer stärkerem Maße haben sich Ortskrankenkassen der verschiedenen Gewerbe miteinander verschmolzen. So ist dann oft aus zwei oder drei kleineren Kassen eine größere entstanden, die sicher leistungsfähiger war als ihre Vorgänger. Trotzdem ist dann die Gesamtzahl der Ortskrankenkassen um ein oder zwei gesunken. Dieser Kondensierungsprozeß ist immer stärker geworden, so daß die Neugründung von Ortskrankenkassen zahlenmäßig in der Kurve nicht zum Ausdruck kommen kann. Sodann aber bedeutet die absolute Zahl der Kassen noch nicht ohne weiteres etwas für ihre Leistungsfähigkeit. Eine große Zahl von Kassen muß dann verdächtig erscheinen, wenn der geringe Mitgliederbestand der großen Kassenzahl nicht entspricht. Kässchen, die nur 5 oder 10 Mitglieder haben, können als wahrhafte Träger der Krankenversicherung nicht angesehen werden. Aber auch Kassen, die nur wenige Hunderte von Mitgliedern haben, können nicht so leistungsfähig sein wie solche mit einigen Tausenden.

Die durchschnittliche Mitgliedergröße 1910 ergibt sich aus folgender Übersicht:

Ortskrankenkassen	1441	Mitglieder
Eingeschriebene Hilfskassen	739	,,
Baukrankenkassen	416	,,
Betriebskrankenkassen	415	,,
Innungskrankenkassen	369	,,
Landesrechtliche Hilfskassen	265	,,
Gemeindekassen	209	,,

Eine Ortskrankenkasse hat also durchschnittlich mehr als fünfmal soviel Mitglieder wie eine Kasse der Gemeindeversicherung und mehr als dreimal soviel wie eine Betriebskrankenkasse.

Ganz anders verlaufen die Kurven der anderen Kassenarten. Eine beachtenswerte Höhe zeigten anfangs noch die eingeschriebenen Hilfskassen. Aber seit dem Jahre 1891 ging ihre Zahl erst rapid, dann langsamer zurück. Die landesrechtlichen Hilfskassen hatten von Anfang an keine besondere Bedeutung und verloren auch diese immer mehr und mehr. Und die ephemeren Baukrankenkassen, die durch die Art ihres Zustandekommens bei besonderen Baugelegenheiten von vornherein als Eintagsfliegen charakterisiert waren, zeigen eine Kurve, die nur wenig über der Nullinie sich hinschlängelt. Auch die Innungskrankenkassen waren anfangs recht bedeutungslos, haben jedoch eine Kurve, die dauernd ansteigt, so daß sie sich zu einer zwar immerhin noch bescheidenen, aber doch beachtenswerten Anzahl vermehrt haben.

Ich habe schon eben erwähnt, daß die Würdigung der einzelnen Kassenkategorien nach ihrer Bedeutung für die Krankenversicherung unvollkommen sein würde, wenn man die Anzahl der einzelnen Kassen allein in Anschlag setzte. Ich habe dabei auf den Einfluß hingewiesen, den die Größe der einzelnen Kassen und die Durchschnittsgröße bei den verschiedenen Kassenarten ausmacht. Als ein besonderer Faktor ist aber die Entwicklung der Kassenarten nach der prozentualen Beteiligung ihrer Mitglieder an der gesamten Krankenversicherung anzusehen. In einer Tabelle sind diese Ziffern

Entwicklung der Krankenversicherung nach der Zahl der Versicherten bei den einzelnen Kassenarten.

	Von je 100 Versicherten gehörten an:					
	1886	1891	1896	1901	1906	1910
Gemeindekrankenversicherung	12,72	15,89	15,85	14,20	12,42	11.97
Ortskrankenkassen	34,40	39,49	43,36	44,09	47,95	49,06
Betriebskrankenkassen	25,58	23,57	24,07	24,19	24,11	23,45
Baukrankenkassen	0,26	0,37	0,29	0,15	0,18	0,12
Innungskrankenkassen	0,64	1,06	1,57	1,98	2,13	2,12
Eingeschriebene Hilfskassen	14,80	11,42	8,26	8,38	7,72	6,65
Landesrechtliche Hilfskassen	3,00	1,89	0,70	0,44	0,29	0,25
Knappschaftskassen	7,56	6,31	5,90	6,57	5,80	6,34

von 1886 bis 1910 in fünfjährigen Absätzen für die einzelnen Kassenarten aufgeführt. Die Gemeindekrankenversicherung hat 1891 mehr als 15 % aller Versicherten umfaßt, ist aber dann dauernd heruntergegangen, die eingeschriebenen Hilfskassen, die ursprünglich für fast 15 % der Versicherten sorgten, haben schließlich nur noch etwa 6 % enthalten. Die Betriebskrankenkassen umfassen von jeher den vierten Teil der Versicherten und haben sich mit Schwankungen einigermaßen auf dieser Höhe gehalten. Dagegen zeigen die Ortskrankenkassen eine fortschreitende Entwickelung. Ursprünglich gehörte nur der dritte Teil der Versicherten ihnen an, heute umschließen sie fast die Hälfte der gesamten versicherten Bevölkerung. Während die Baukrankenkassen und die landesrechtlichen Hilfskassen völlig bedeutungslos geworden sind, haben sich auch hier die Innungskrankenkassen von ihrer ursprünglichen Bedeutungslosigkeit erholt und einen dauernden Anteil von mehr als 2 % erobert. Die Knappschaftskassen schließlich, die ja besonderer landesrechtlicher Regelung unterworfen und damit nur bedingt zur allgemeinen Krankenversicherung des Reichs hinzuzuzählen sind, versichern von den 80 er Jahren bis jetzt ziemlich konstant durchschnittlich 6 % der versicherten Bevölkerung.

Dieser Überblick über die Entwickelung der Versicherung in den einzelnen Krankenkassen ist überaus lehrreich, da er von vornherein ahnen läßt, welches die weitere Entwicklung der Gesetzgebung gewesen ist. Während die erste Phase der Krankenversicherung von der Gemeindekrankenkasse als der Normalkasse ausging, verschob sich nämlich allmählich das Schwergewicht nach der Ortskrankenkasse hin, so daß bei der zweiten Phase der Krankenversicherung diese in die bevorzugte Stellung der Normalkasse einrückte. Wenn man sich fragt, aus welchen Ursachen diese Verschiedenheit der inneren Entwickelung im Kassenwesen zu erklären ist, so ist die Hauptursache darin zu erblicken, daß die Ortskrankenkassen das

entscheidende Übergewicht durch die freie Selbstverwaltung erlangt haben. Der Geist der Selbstverwaltung hatte sich auf die eigentlichen Ziele der Kassenversicherung zu richten und unbekümmert um andere Rücksichten vorwärts zu gehen. Dieser Geist der absoluten Tätigkeit ist allerdings in reiner Form bei keiner Kassenart vorhanden gewesen. Die Gemeindekrankenkasse war ein Anhängsel der Kommunalverwaltung und darum in weitestem Maße durch andere kommunale Angelegenheiten beengt, die für die Gemeinde oft von vitalem Interesse sein konnten. Ebenso lag bei den Fabriken und Innungen die Krankenversicherung nicht im Rahmen der eigentlichen Aufgabe, sondern war ein Appendix, mit dem man sich abfinden mußte und schließlich auch ganz gut abfand. Die eingeschriebenen Hilfskassen litten durch die vielen Schwindelkassen, die sich in ihrer Mitte befanden, ihre Tätigkeit war dadurch behindert, daß sie nur zum Teil örtliche Funktionäre waren und im übrigen ihre Wirksamkeit über das ganze Reich erstreckten. Die besten unter ihnen waren genossenschaftliche und gewerkschaftliche Gründungen und dadurch in gewisser Weise auch mehr als Unterstützungskassen gedacht, denn als selbständige Glieder der großen deutschen Krankenversicherung. Die Ortskrankenkassen schließlich waren in die Hände der Sozialdemokratie gegeben, die sämtliche Angestellten aus ihrer Mitte wählte, und damit ihren Anhängern zur Belohnung für Verdienste wohldotierte Stellungen gewähren konnte. Trotzdem sind gerade die Ortskrankenkassen am meisten sich der eigentlichen Aufgaben der Krankenversicherung bewußt gewesen und waren für die Entwickelung des ganzen inneren Aufbaues der Krankenversicherung und die Steigerung der Versicherungsleistungen tonangebend. Die Betriebskrankenkassen haben an dieser Entwickelung zwar auch immer mitgearbeitet, aber doch weniger aus eigenem Antriebe als um sich den Ortskrankenkassen gegenüber konkurrrenzfähig zu erhalten. Natürlich sind in allen Kassenarten mustergiltige Einrichtungen zu finden, es handelt sich hier nur um die Markierung der großen Linie. Gerade der überwiegende Einfluß der Arbeiterschaft auf die Entwickelung des Krankenkassenwesens in den Ortskrankenkassen hat die Krankenversicherung populär gemacht. Die Ortskrankenkassen errangen ihre dominierende Stellung dadurch, daß sie von vornherein den Versuch machten, über die gesetzlichen Minimalleistungen hinauszugehen, was im Wege des Statuts durch das Gesetz von 1892 gestattet wurde. Die wichtigste statutarische Ausdehnung war die Verlängerung der Unterstützungsfrist von 13 auf 26 Wochen, die dann 1903 für alle Kassenarten obligatorisch eingeführt wurde. Den Ortskrankenkassen wurde ihr tatkräftiges Vorgehen dadurch ermöglicht, daß bei ihnen von jeher, wie ich schon erwähnte, die Tendenz zur Konsolidierung besteht, und daß darum große, sehr leistungsfähige Kassen geschaffen wurden, die in ihren Statuten weit über die gesetzlich vorgeschriebenen Leistungen hinausgingen. Je größer der Versichertenkreis einer Kasse ist, umso mehr muß sich das Risiko verteilen. Alsdann können wirtschaftliche Krisen oder Epidemien wohl einmal einen schlechten Jahresabschluß mit sich bringen, aber nicht die Existenz einer Kasse überhaupt in Frage stellen. Aus diesem Grunde haben sich die allgemeinen Ortskrankenkassen bewährt. Die Reichsversicherungsordnung hat sich darum in der Krankenversicherung auch auf den Boden gestellt, daß möglichste Zentralisierung des Krankenkassenwesens erwünscht sei, weil dadurch die Leistungsfähigkeit der einzelnen Kassen am meisten gewährleistet sei. Das berufsgenossenschaftliche Prinzip ist bewußt aufgegeben worden ist. So man zu einer dritten Phase in der Krankenversicherung

gekommen, für welche die allgemeine Ortskrankenkasse maßgebend ist. Große allgemeine Ortskrankenkassen oder Landkrankenkassen, die jetzt neu eingeführt sind, erscheinen als erstrebenswert. Man ist von den besonderen Ortskrankenkassen, die nur für ein Gewerbe errichtet sind, wie sie früher allgemein gegründet wurden, nicht mehr erbaut, man sucht dieselben möglichst zu einer allgemeinen Ortskrankenkasse zu verschmelzen, um so die Leistungsfähigkeit zu erhöhen. Daneben werden die besonderen beruflichen Kasseneinrichtungen, wie sie in der Betriebskrankenkasse, der Innungskrankenkasse und der Hilfskasse, soweit sie besondere Berufe zusammenfaßt, bestehen, zwar noch konserviert, aber die allgemeine große Ortskrankenkasse oder Landkrankenkasse ist doch am meisten bevorzugt, nach ihr tendiert alles hin. Soweit die Reichsversicherungsordnung mit den landesrechtlichen Hilfskassen, den Baukrankenkassen und den Gemeindekrankenkassen aufgeräumt hat, erscheint dies Bestreben auch wünschenswert, da es sich um kleine und schwache Organisationen gehandelt hat, die der größeren und besseren weichen müssen. Auf der anderen Seite ist damit der Grundsatz der beruflichen Organisation in der Versicherung verlassen und eine Neuerung eingeführt, die leicht zu einer Überspannung des Versicherungsgedankens führen kann. In der Unfallversicherung ist noch heute das Prinzip maßgebend, daß jeder Betrieb gemäß seiner Gefahrenklasse herangezogen wird. Es würde ungerecht erscheinen, wenn ein gefahrloser Betrieb dieselben Leistungen aufzubringen hätte wie ein besonders gefährdeter, wenn etwa die Textilindustrie zu denselben Beiträgen heranzuziehen wäre wie die Bergindustrie. Es mag nun dahingestellt bleiben, ob gerade die berufliche Organisation geeignet ist, die einzelnen Gefahrenklassen richtig gegeneinander auszumessen. Auf jeden Fall wird man sich aber davon überzeugt halten, daß der Versuch, die einzelnen Gefahrenklassen nach ihrer Gefährlichkeit zu taxieren und heranzuziehen, der Billigkeit entspricht. Bei der neueren Entwickelung des Krankenkassenwesens verläßt man aber diesen Billigkeitsgrundsatz. Indem man die gefährlichen und krankheitsgefährdeten Berufe mit anderen durcheinanderwirft, stärkt man zwar die Leistungsfähigkeit des Versicherungsträgers, es geschieht dies aber auf Kosten der gesünderen Berufe. Der Mann muß das Krankheitsrisiko der Frau, der Gesunde das des Kränklichen, der Arbeiter in mittleren Jahren das seiner jüngeren und älteren Kollegen bezahlen. Soweit das Lebensalter in Frage kommt, wird natürlich im Laufe der Zeit ein gewisser Ausgleich stattfinden. Es ist aber nicht einzusehen, warum Personen mit so geringer Erkrankungshäufigkeit, wie die Kaufleute, gewaltige Versicherungsbeiträge aufbringen sollen, damit z. B. Personen, die häufig gewerblichen Vergiftungen ausgesetzt sind, wie die Maler, höhere Versicherungsleistungen erhalten sollen. Es soll nur kurz auf diesen Umstand hier hingewiesen werden, um zu zeigen, daß die neue Phase in der Krankenversicherung, die natürlich eine gewisse Berechtigung in sich hat, auch bedenkliche Folgen zeitigen kann, daß nicht etwa die allgemeine Ortskrankenkasse oder Landkrankenkasse als die allein seligmachende Form des Versicherungsträgers in der Krankenversicherung anzusehen ist, und daß die übrigen Krankenkassen auch heute noch durchaus oder nun gerade ihre Daseinsberechtigung haben. Die Reichsversicherungsordnung hat allerdings vorgesehen, daß die Satzung auf die Ungleichheit des Risikos Rücksicht nehmen und solche Versicherte zu höheren Beiträgen heranziehen kann (§ 384). Es bleibt abzuwarten, wie weit von dieser satzungsmäßigen Möglichkeit in praxi Gebrauch gemacht wird.

Von dem Gesichtspunkte der Vereinheitlichung der Versicherung wäre es wünschenswert gewesen, wenn man tabula rasa gemacht und nur eine Einheitskasse, also die gemeinsame Ortskrankenkasse oder Landkrankenkasse, zugelassen hätte. Eine derartige Vereinheitlichung wurde auch besonders von den Ortskrankenkassen erstrebt, die am liebsten die Vernichtung der übrigen Kassenarten gesehen hätten.

Der Entwurf führte in der Begründung dagegen aus:

„Wenn man daran geht, den äußeren Aufbau der Reichsversicherungsordnung zu vereinfachen, so hat der Gedanke, ihm eine Einheitskrankenkasse als Untergrund zu geben, auf den ersten Blick unzweifelhaft etwas Bestechendes. Es ist daher begreiflich, wenn er an vielen Stellen, namentlich auch bei solchen, die sich mit der Versicherungsfrage mehr wissenschaftlich als praktisch beschäftigen, warme Anhänger und Vorkämpfer gefunden hat. Demgemäß ist auch nicht unterlassen worden, die Möglichkeit und Zweckmäßigkeit der Schaffung einheitlicher örtlicher Kassen unter Beseitigung aller beruflichen oder sonstigen Sonderkassen eingehend zu prüfen. Die verbündeten Regierungen haben sich jedoch nicht davon zu überzeugen vermocht, daß die Vorzüge solcher Einheitskassen groß genug seien, um den vollen Bruch mit dem geschichtlich Gegebenen zu rechtfertigen. Dazu wäre erforderlich, daß die Kassenarten, welche beseitigt werden sollen, sich in der Praxis nicht bewährt hätten, und daß diejenige Kassenart, welche fortan allein an Stelle der wegfallenden Arten zugelassen werden solle, im Gegensatze zu ihnen wesentliche Anstände nicht gefunden habe. Nichts von alledem ist indessen der Fall."

Auf die Gründe, die für eine Reform, nicht eine gänzliche Beseitigung, des Hilfskassenwesens maßgebend waren, gehe ich später in dem Kapitel über die Ersatzkassen näher ein.

Es sollen nun die verschiedenen Arten der Krankenkassen näher betrachtet werden, soweit sie nach dem bestehenden Gesetz geltende Wirksamkeit haben. Von den vorher genannten Arten sind die Bau-, die Gemeinde- und die landesrechtlichen Krankenkassen verschwunden. Als gleichberechtigte Versicherungsträger sind übrig geblieben:

1. Ortskrankenkassen,
2. Landkrankenkassen,
3. Betriebskrankenkassen,
4. Innungskrankenkassen.

Für Versicherungspflichtige, die Mitglieder einer Ersatzkasse sind, ruhen auf ihren eigenen Antrag die Rechte und Pflichten als Mitglieder der Krankenkasse, in die sie gehören, sie haben keinen Anspruch auf die Leistungen der Krankenkasse und sind weder wählbar noch wahlberechtigt. Ihre Arbeitgeber haben nur den eigenen Beitragsteil an die Krankenkasse einzuzahlen, der Anteil des Versicherten fällt weg (§ 517). Die Ersatzkassen gehören also nicht mehr zu den ordnungsmäßigen Versicherungsträgern der Reichsversicherungsordnung. Ebensowenig ist dies bei den knappschaftlichen Krankenkassen der Fall. Ihren Leistungen nach gehören sie dazu, sollen jedoch wegen der eigentümlichen Lage der sozialen Versicherung im Bergwesen im Zusammenhang mit den übrigen Versicherungseinrichtungen des Knappschaftswesens besprochen werden.

Bezüglich der Errichtung von neuen Krankenkassen und Zulassung der bestehenden geht die Reichsversicherungsordnung von fol-

genden Grundsätzen aus. Im allgemeinen sollen in einem jeden Versicherungsamt eine allgemeine Ortskrankenkasse und eine Landkrankenkasse bestehen; dem Gemeindeverbande fällt, wenn es erforderlich ist, die Errichtung zu (§ 231). Jedoch kann unter besonderen Umständen die Errichtung der einen oder andern Kassenart unterbleiben (§§ 227—230). Für jedes Versicherungsamt besteht also mindestens eine Landkrankenkasse oder eine allgemeine Ortskrankenkasse oder beide zusammen. Es können für einen Bezirk aber auch mehrere Landkrankenkassen oder allgemeine Ortskrankenkassen in den einzelnen Gemeinden oder Gemeindeverbänden errichtet werden (§ 231). Besondere Ortskrankenkassen dürfen neu nicht errichtet werden. Solche, die schon bestehen, dürfen nur dann zugelassen werden, wenn sie selber leistungsfähig sind und mindestens 250 Mitglieder haben, und außerdem die allgemeine Ortskrankenkasse nicht gefährden. Dieses geschieht insbesondere dann, wenn der allgemeinen Ortskrankenkasse nicht mindestens 250 Mitglieder bleiben würden (§§ 239—242). Betriebs- und Innungskrankenkassen können neu errichtet werden Erfordernis ist für Betriebskrankenkassen eine Versichertenzahl von 150 Personen, bei der Binnenschiffahrt und der Landwirtschaft genügen sogar 50 Personen (§ 245). Bei vorübergehenden Baubetrieben kann unter Umständen durch das Reichsversicherungsamt die Errichtung einer Betriebskrankenkasse angeordnet werden (§ 249). Die Errichtung einer Betriebs- oder Innungskrankenkasse ist davon abhängig, daß sie die allgemeine Ortskrankenkasse oder Landkrankenkasse nicht gefährden und ihre satzungsmäßigen Leistungen dauernd denen der maßgebenden Krankenkasse gleichwertig sind (§§ 248, 251). Die Errichtung von Innungskrankenkassen, die natürlich nur von einer Innung erfolgen darf, ist an eine Mindestzahl von versicherten Personen überhaupt nicht gebunden. Bestehende Betriebs- oder Innungskrankenkassen können weiter bestehen bleiben, wenn ihre satzungsgemäßen Leistungen denen der maßgebenden Krankenkasse entsprechen und wenn die betreffende Betriebskrankenkasse mindestens 100, bei der Landwirtschaft oder Binnenschiffahrt mindestens 50 Mitglieder hat (§§ 255, 256).

Die Mitglieder des Ausschusses und des Vorstandes einer Krankenkasse werden in ganz verschiedener Weise gewählt, je nach der Art der Kasse. Bei der Landkrankenkasse wählt die Vertretung des Gemeindeverbandes die Vertreter der beteiligten Arbeitgeber und der bei der Kasse Versicherten je aus deren Mitte (§ 336). Sie wählt ferner den Vorsitzenden und die anderen Mitglieder des Vorstandes. Diese Mitglieder müssen zu einem Drittel den beteiligten Arbeitgebern, zu zwei Dritteln den bei der Kasse Versicherten angehören (§ 331). Der Ausschuß zählt höchstens 90 Vertreter.

Bei der Ortskrankenkasse wählen die beteiligten volljährigen Arbeitgeber und die volljährigen Versicherten ihre Vertreter je aus ihrer Mitte und zwar getrennt unter Leitung des Vorstandes.

Bei beiden Kassenarten besorgen Vorstand und Ausschuß die Geschäfte der Kasse. Die Mitglieder des Ausschuses dürfen nicht dem Vorstand angehören; werden solche in den Vorstand gewählt, so scheiden sie aus dem Ausschuß aus (§ 327).

Für Betriebskrankenkassen gelten hinsichtlich der Wahl und Zusammensetzung von Vorstand und Ausschuß folgende Bestimmungen: Vorstand und Ausschuß bestehen aus dem Arbeitgeber oder seinem Ver-

treter und aus Vertretern der Versicherten; der Ausschuß zählt höchstens fünfzig Vertreter der Versicherten. Der Arbeitgeber oder sein Vertreter führt den Vorsitz. Er hat die Hälfte der Stimmen, die den Versicherten nach der Satzung zustehen (§ 338). Bei den Innungskrankenkassen bestellt die Innung aus den Vorstandsmitgliedern den Vorsitzenden und seine Stellvertreter, im übrigen ist die Wahlhandlung und Zusammensetzung dieselbe wie bei der Ortskrankenkasse (§ 341).

Für jede Kasse ist die Satzung maßgebend. Die Satzung (§ 341) muß den Bezirk der Kasse sowie den Kreis ihrer Mitglieder angeben und betimmen über

1. Name und Sitz der Kasse,
2. Art und Umfang der Leistungen,
3. Höhe der Beiträge und Zahlungszeit,
4. Zusammensetzung, Rechte und Pflichten des Vorstandes,
5. Zusammensetzung und Berufung des Ausschusses und Art seiner Beschlußfassung sowie seine Vertretung nach außen im Falle des § 346 Abs. 1,
6. Aufstellung des Voranschlags,
7. Aufstellung und Abnahme der Jahresrechnung,
8. Höhe der Vergütungen nach § 21 Abs. 2, 3.
9. Art der Bekanntmachungen,
10. Änderung der Satzung.

Aus den obigen Ausführungen geht hervor, daß die Selbstverwaltung in den einzelnen Kassenarten ganz verschieden ist. Die Organe der Landkrankenkassen werden von dem Gemeindeverbande gewählt, so daß hier jedes freie Selbstbestimmungsrecht der großen Masse der Versicherten aufgehoben ist. Bei allen Kassenarten setzen sich Ausschuß und Vorstand aus Vertretern der Arbeiter und anderen Versicherten und Arbeitgebern zusammen, wobei die Arbeiter zwei Drittel der Stimmen und somit das erhebliche Übergewicht haben. Diese Tatsache, die dazu geführt hatte, daß vielerorts die Krankenkassen parteipolitisch ausgenutzt wurden, gab die Veranlassung, daß man dem Vorsitzenden ein gewisses Übergewicht gegeben und an seine Wahl allerlei Bedingungen geknüpft hat. In den Betriebs- und Innungskrankenkassen hat ohne weiteres der Arbeitgeber den Vorsitz, oder der Innungsausschuß bestellt ihn aus seinen Vorstandsmitgliedern. Bei den Ortskrankenkassen ist getrennte Abstimmung nach den Gruppen der Versicherten und Arbeitgeber und Majorität in beiden für die Wahl des Vorsitzenden erforderlich. Ist nach mehrmaligem Wahlakt keine Wahl zustande gekommen, so bestellt das Versicherungsamt den Vorsitzenden, dessen Person allerdings der anderen Gruppe im Vorstand genehm sein muß. Der Vorstand kann sich bei der Geschäftsführung besonderer Angestellten und Beamten bedienen, über deren Anstellung ausführliche Vorschriften erlassen sind (§§ 348—362), um zu verhüten, daß die Stellen zu parteipolitischen Zwecken ausgenutzt werden. Die laufenden Geschäfte der Krankenkasse verwaltet der Vorstand. Aus den Verwaltungsgeschäften soll hier nur auf die Aufbringung und Verwaltung der Mittel in großen Zügen eingegangen werden.

Die Mittel für die Krankenversicherung sind von den Arbeitgebern und den Versicherten aufzubringen (§ 380). Versicherungspflichtige haben zwei Drittel, ihre Arbeitgeber ein Drittel der Beiträge zu zahlen. Bei Innungskrankenkassen kann die Satzung bestimmen, daß die Arbeitgeber und die Versicherungspflichtigen je die Hälfte der Beiträge zu tragen haben. Wird dies durch Änderung der Satzung bestimmt, so bedarf der Beschluß der Mehrheit

der Vertreter sowohl der Arbeitgeber als der Versicherten. Versicherungsberechtigte haben die Beiträge allein zu tragen (§ 381). Bei Arbeitsunfähigkeit sind für die Dauer der Krankenhilfe keine Beiträge zu entrichten. Das gleiche gilt während des Bezuges des Wochen- und des Schwangerengeldes (§ 383). Die Beiträge können für gewisse Erwerbszweige und Berufsarten satzungsgemäß abgestuft werden, wenn in diesen die Erkrankungsgefahr erheblich höher ist als bei den anderen Versichertenklassen; alsdann haben sowohl Versicherte wie Arbeitgeber zusammen den höheren Beitrag aufzubringen. Ist die erhöhte Krankheitsgefahr durch einen besonderen Betrieb bedingt, so kann eine höhere Bemessung der Beitragsteile des Arbeitgebers erfolgen (§ 384). Nach den Verhandlungen in der Kommission ist diese Bestimmung aus Billigkeitsrücksichten getroffen, damit die Unternehmer gefährlicher Betriebe das Risiko allein trügen und so einen Ansporn erhielten, ausreichende Vorkehrungen zum Schutze der Arbeiter gegen Erkrankungen zu treffen. Die Beiträge dürfen bei Errichtung der Kasse nur dann höher als vierundeinhalb vom Hundert des Grundlohnes festgesetzt werden, wenn es zur Deckung der Regelleistungen erforderlich ist (§ 386). Decken die Einnahmen der Kasse ihre Ausgaben einschließlich der Beträge für die Rücklage nicht, so sind durch Satzungsänderung entweder die Leistungen bis auf die Regelleistungen zu mindern oder die Beiträge zu erhöhen (§ 387). Über vierundeinhalb vom Hundert des Grundlohns dürfen die Beiträge nur zur Deckung der Regelleistungen oder auf übereinstimmenden Beschluß der Arbeitgeber und Versicherten im Ausschusse erhöht werden (§ 388). Decken bei einer Ortskrankenkasse auch sechs vom Hundert des Grundlohns als Beiträge die Regelleistungen nicht, so können die Beiträge nur auf übereinstimmenden Beschluß der Arbeitgeber und Versicherten im Ausschusse noch weiter erhöht werden. Anderenfalls verlangt das Oberversicherungsamt, daß die Kasse mit anderen Ortskrankenkassen vereinigt wird. Ist das nicht möglich, oder reichen trotz der Vereinigung die Beiträge für die Regelleistungen nicht aus, so hat der Gemeindeverband die erforderliche Beihilfe aus eigenen Mitteln zu leisten. Solange dies geschieht, kann er einem Vertreter das Amt des Kassenvorsitzenden übertragen (§ 389). Decken bei einer Land-, Betriebs- oder Innungskrankenkasse sechs vom Hundert des Grundlohns als Beiträge die Regelleistungen nicht, so hat bei Landkrankenkassen der Gemeindeverband, bei Betriebskrankenkassen der Arbeitgeber, bei Innungskrankenkassen die Innung die erforderliche Beihilfe aus eigenen Mitteln zu leisten. Solange dieses bei einer Landkrankenkasse geschieht, kann der Gemeindeverband einem Vertreter das Amt des Kassenvorsitzenden übertragen (§ 390). Die Arbeitgeber haben jeden von ihnen Beschäftigten, der zur Mitgliedschaft bei einer Orts-, Land- oder Innungskrankenkasse verpflichtet ist, bei der durch die Satzung oder sonst bestimmten Stelle binnen drei Tagen nach Beginn und Ende der Beschäftigung zu melden. Änderungen des Geschäftsverhältnisses, welche die Versicherungspflicht berühren, haben sie gleichfalls binnen drei Tagen zu melden (§ 317 Abs. 1). Das Versicherungsamt kann in seinem Bezirke für alle oder mehrere Orts-, Land- und Innungskrankenkassen gemeinsame Meldestellen errichten oder deren Geschäfte mit Genehmigung der Gemeindeaufsichtsbehörde den Ortsbehörden übertragen (§ 319 Abs. 1). Die Krankenkassen sind nicht befugt, zur Kontrolle der Beitragsleistungen die Betriebe zu besichtigen und die Lohnlisten usw. einzusehen. (Hoffmann). Die Arbeitgeber haben die Beiträge für die Versicherungspflichtigen an den Tagen

einzuzahlen, welche die Satzung festsetzt. Die Versicherungspflichtigen müssen sich bei der Lohnzahlung ihre Beitragsteile vom Barlohn abziehen lassen. Die Versicherungsberechtigten haben ihre Beiträge selber einzuzahlen (§§ 393, 394). Von dem Grundsatz, daß Arbeitgeber und Versicherte beitragspflichtig sind, ist nur bei den unständigen Arbeitern und den Hausgewerbetreibenden abgesehen. Bei den unständigen Arbeitern muß, da sie dauernd den Arbeitgeber wechseln, der Gemeindeverband die Beitragsteile für die Arbeitgeber entrichten (§ 453). Der Gemeindeverband kann diese Kosten aus eigenen Mitteln bestreiten oder durch Umlageverfahren bei den Einwohnern beibringen (§ 454). Die unständigen Arbeiter selber können durch Satzung von jeder Beitragsleistung befreit werden (§ 455). Jedoch kann die hier geschilderte Aufbringung der Mittel für die unständigen Arbeiter durch jeden Bundesstaat anderweitig geregelt werden (§ 458). Für die Beitragsleistung bei Hausgewerbetreibenden bestehen folgende Bestimmungen. Die Mittel für die Krankenversicherung werden teils durch Zuschüsse derjenigen aufgebracht, in deren Auftrag und für deren Rechnung hausgewerblich gearbeitet wird (Auftraggeberzuschüsse), teils von den Hausgewerbetreibenden selbst und ihren hausgewerblich Beschäftigten (Beiträge) (§ 469). Die Zuschüsse der Auftraggeber werden einheitlich für alle Gewerbszweige und für das Gebiet des Reichs in der Weise berechnet, daß jährlich ihre Gesamtsumme die Hälfte der Gesamtlast deckt, die den Landkrankenkassen erwachsen würde, wenn sie die Regelleistungen nach dem Ortslohn als Grundlohn gewährten und ihnen alle hausgewerblichen Versicherungspflichtigen angehörten (§ 471). Der Gemeindeverband kann durch Statut die hausgewerblichen Versicherungspflichtigen von der Beitragspflicht befreien und selbst die Kosten übernehmen, soweit die Zuschüsse der Auftraggeber sie nicht decken (§ 489 Abs. 1). Für Bezirke, in denen die Hausgewerbetreibenden außerstande sind, Beiträge zu leisten, kann die Landesregierung anordnen, daß der Gemeindeverband die vorher bezeichneten Kosten übernimmt.

Zu erwähnen ist noch, daß die Beiträge zu ermäßigen sind bei Lehrlingen aller Art, die ohne Entgelt beschäftigt werden, diese erhalten auch kein Krankengeld (§ 494). Besondere Vorschriften bestehen für die Versicherung und die Versicherungsbeiträge bei landwirtschaftlichen Arbeitern. Von der Versicherungspflicht wird auf Antrag des Arbeitgebers befreit, wer an diesen bei Erkrankung Rechtsanspruch auf eine Unterstützung hat, die den Leistungen der zuständigen Krankenkasse gleichwertig ist (§§ 418—423).

Diese verschiedenen Sonderbestimmungen entsprechen den Rücksichten, die man auf die neu in die Krankenversicherung hineinbezogenen Berufe nehmen muß, um nicht durch eine hohe Beitragslast die wirtschaftliche Existenz der in Frage kommenden Erwerbsgruppen zu schädigen oder doch zu gefährden. Im allgemeinen wird aber überall die Regel sein, daß die Beiträge zum dritten Teil vom Arbeitgeber, zu zwei Dritteln vom Versicherten aufgebracht werden, und daß der Arbeitgeber für die Beitragsleistung haftbar ist. Die so einlaufenden Geldmittel werden zur Bestreitung der einzelnen Ausgaben in der Krankenversicherung verwendet. Die Mittel der Kasse dürfen nur zu den satzungsmäßigen Leistungen, zur Füllung der Rücklage, zu den Verwaltungskosten und für allgemeine Zwecke der Krankheitsverhütung verwendet werden. Nach Bestimmung der obersten Verwaltungsbehörde ist es zulässig, Kassenmittel für den Besuch von Versammlungen

zu verwenden, die den gesetzlichen Zwecken der Krankenversicherung dienen sollen (§ 363).

Hinsichtlich der satzungsmäßigen Leistungen macht Hoffmann folgende Ausführungen: „Unter den Begriff fallen nicht nur diejenigen Leistungen, welche dem einzelnen Versicherten nach Maßgabe der Satzung gewährt werden, sondern auch Aufwendungen allgemeiner Art, die allen Mitgliedern der Kasse zugute kommen und die Gewährung der Kassenleistungen erleichtern sollen, also Zwecken der Krankenversicherung dienen. Es ist daher der Bau von Krankenhäusern gestattet, da die Gewährung der Krankenhauspflege Aufgabe der Krankenkassen ist; Erl. vom 25. Mai 1898 (MBl. S. 146). Von diesem Gesichtspunkte aus ist auch die Gewährung eines Beitrags für die Unterhaltung eines Diakonissenhauses für zulässig zu erachten (Erl. des HM. vom 31. August 1898 [B. 6066]. Auch Beihilfen für Lungenheilstätten dürfen Krankenkassen zahlen, wenn ihnen die Benutzung dieser Anstalten nicht nur möglich, sondern auch ausdrücklich zugesichert ist [Erl. d. HM. vom 25. Juli 1899 (B. 6415]. Zu den satzungsmäßigen Leistungen gehören nur solche, deren Höhe durch die Satzung (§ 321 Ziff. 2) festgestellt ist. Außerordentliche Unterstützungen dürfen daher nicht gewährt werden."

Die Ansammlung einer Rücklage ist natürlich aus Gründen der Sicherheit der Kasse unbedingt nötig. Anderenfalls würden erhöhte Ausgaben bei Epidemien, Krisen, Verschiebungen im Personenkreis der Versicherten die Gefahr eines Kassenbankrotts mit sich bringen. Die Ansammlung eines Reservefonds ist aber stets den Krankenkassen schwer geworden, da die laufenden Ausgaben außerordentlich hoch sind. Die Versicherungsleistungen an die einzelne Person sind erheblich teurer als in der Unfallversicherung oder gar der Invalidenversicherung, dafür belasten sie allerdings die Krankenversicherung meist nur einmal für kürzere Zeit, während sie bei den beiden anderen Versicherungsarten sich über Jahre und Jahrzehnte hinaus erstrecken können. Kaum irgendeine Krankenkasse hat es zur Ansammlung eines Vermögens gebracht, das die Jahresausgabe erheblich überschritten hätte. Eine derartige Vermögensansammlung über eine gewisse Höhe hinaus würde auch gefährlich sein, da sie nur dazu führen würde, die satzungsmäßigen Versicherungsleistungen zu erweitern und so in kurzer Zeit die Ersparnisse früherer Jahre aufzubrauchen. Die Entnahme von Geldern aus der Rücklage zu kostspieligen Mehrleistungen oder zu Verwaltungszwecken, zum Bau eines Geschäftshauses, eines Krankenhauses ist nicht gestattet (Hoffmann). Solche Aufwendungen dürfen nur aus dem Stammvermögen bestritten werden. Das Stammvermögen ist von der Rücklage verschieden und getrennt zu verwalten. Soweit es für größere Zwecke, z. B. einen Krankenhausbau, nicht ausreicht, ist hierfür die Aufnahme einer Anleihe zulässig, die einer Genehmigung des Versicherungsamts nicht bedarf.

Über die Ansammlung der Rücklage verordnet die Reichsversicherungsordnung: Die Kasse sammelt eine Rücklage mindestens im Betrage der Jahresausgabe je nach dem Durchschnitte der letzten drei Jahre an und erhält sie auf dieser Höhe. Sie benutzt hierzu die Beitragsteile, welche Arbeitgeber ihr für Mitglieder von Ersatzkassen zahlen (§ 517 Abs. 2), und mindestens ein Zwanzigstel des Jahresbetrags der übrigen Kassenbeiträge.

Von erheblicher hygienischer Bedeutung kann die Neuerung der RVO. werden, daß Mittel zur Krankheitsverhütung aufgewendet werden dürfen (§ 363). Die Begründung, die eine andere redaktionelle Fassung (Allgemeine

Schutzmaßregeln gegen Erkrankung der Mitglieder) hatte, führte aus: „Die Zahl der Zwecke, für welche die Mittel der Krankenkassen aufgewendet werden dürfen, wird erweitert. Mehrfach ist es unliebsam empfunden worden, daß die Aufsichtsbehörden nach dem Wortlaut des geltenden Gesetzes glaubten, gegen gewisse Maßnahmen der Krankenkassen einschreiten zu müssen, die in einer an sich ganz zweckmäßigen Weise getroffen wurden, um das Entstehen oder Ausbreiten von Krankheiten unter den Mitgliedern zu verhüten. So ist beispielsweise das Herstellen und Verteilen von Flugblättern für unzulässig erklärt worden, die gesundheitlich belehrend und aufklärend wirken sollten, auch erschien es u. a. zweifelhaft, ob Kassenmittel zur Desinfektion der Wohnungen von Mitgliedern verwendet werden dürften, die mit ansteckenden Krankheiten behaftet waren. Maßnahmen dieser Art aber kommen nicht allein den Mitgliedern, sondern im finanziellen Endergebnis auch der Kasse selbst zugute. Der Entwurf erklärt sie daher ausdrücklich als zulässig. Er setzt dabei als selbstverständlich voraus, daß solche Ausgaben nur soweit zulässig sind, als dafür die Beiträge ausreichen, nachdem alle gesetzlichen Pflichtleistungen gedeckt sind. Auch hat er hier nur Maßnahmen allgemeiner Art für die Gesundheit der Kassenmitglieder im Auge. Vorbeugende Maßnahmen dagegen, die nur die mögliche Entstehung künftiger Krankheiten aus vorhandener Anlage bei dem betreffenden einzelnen Mitglied zu verhindern bestimmt sind, würden die Mittel der Krankenkassen allzusehr belasten und voraussichtlich alsbald oder in nächster Zukunft ein erhebliches Anwachsen der Mitgliederbeiträge bedingen. Sie müssen daher nach wie vor vom Aufgabenkreise der Krankenkassen ausgeschlossen und den Trägern der Invalidenversicherung überlassen bleiben. Der Bau von Krankenhäusern braucht in diesem Paragraphen nicht besonders erwähnt zu werden, da er nach der zutreffenden Auslegung des § 29 des Krankenversicherungsgesetzes schon gegenwärtig den Krankenkassen erlaubt ist.“ In der Kommissionssitzung interpretierte ein Regierungsvertreter den Ausdruck dahin, daß es sich nur um Maßnahmen allgemeiner Art für die Gesamtheit der Kassenmitglieder handeln dürfe. Auch im Sinne dieser Erweiterung seien daher vorbeugende Maßnahmen, um bei einzelnen Kassenmitgliedern die nur mögliche Entstehung künftiger Krankheiten aus vorhandener Anlage zu verhindern, den Krankenkassen ebensowenig wie nach geltendem Recht erlaubt. Diese vorbeugende Fürsorge für den einzelnen Versicherten, z. B. bei beginnender Tuberkulose, bleibe nach wie vor der Invalidenversicherung überlassen. Der Kreis der allgemeinen Schutzmaßregeln dürfe nicht zu weit gezogen werden; sie müßten jedenfalls unmittelbar den Zwecken der Krankheitsverhütung dienen, so daß z. B. eine Wohnungsenquete, wie sie ein Redner erwähnt habe, nach Ansicht der verbündeten Regierungen den Rahmen überschreiten würde. Bezüglich des Verhaltens bei Tuberkulose wurde ausgeführt, daß die Kasse nur nach bereits eingetretener Erkrankung für den Versicherten zu sorgen habe, insbesondere dürfe sie ihn in einer Lungenheilanstalt nur unterbringen, wenn er infolge Tuberkulose krank sei. Dagegen seien den Invalidenversicherungsanstalten vorbeugende Maßnahmen auch bei noch nicht kranken Personen gestattet, wenn infolge vorhandener Krankheitsanlage Eintritt der Invalidität zu besorgen sei. In diesem Falle sei die Kasse etwa zur Gewährung von Krankengeld nicht berechtigt. Die Veranstaltung von Arbeits- und Wohnungsenqueten ist nach Hoffmann nicht mehr zulässig. Dagegen macht Hanauer Vorschläge zu einer großzügigen Ausgestaltung der Krankheitsverhütung aus

dem § 363 der RVO. und fordert die Errichtung von Bureaus für medizinische Statistik, Gewerbe- und soziale Medizin. Er hofft, daß sich diese Art der Gesundheitspflege durch die Krankenkassen der staatlichen und kommunalen Gesundheitspflege als ebenbürtig erweisen wird.

Die Kasse hat dem Versicherungsamt einen Rechnungsabschluß einzureichen sowie Nachweisungen verschiedener Art (§ 367).

Von besonderer Bedeutung für die Krankenkassen sind die Bestimmungen über die Bildung von Kassenverbänden, welche die Möglichkeit gewähren, sich zu starken Korporationen zusammenzuschließen und so wirtschaftliche Fragen, z. B. die Arztfrage, von Verband zu Verband auszufechten. Krankenkassen können sich durch übereinstimmenden Beschluß ihrer Ausschüsse zu einem Kassenverband vereinigen, wenn sie ihren Sitz im Bezirke desselben Versicherungsamts haben. Mit Genehmigung des Oberversicherungsamts (Beschlußkammer) oder, wenn sie versagt wird, mit Genehmigung der obersten Verwaltungsbehörde kann sich ein Kassenverband über die Bezirke oder Bezirksteile mehrerer Versicherungsämter erstrecken. Das Oberversicherungsamt bestimmt endgültig, welches Versicherungsamt die Aufsicht führt (§ 406). Der Kassenverband (§ 407) kann für die ihm angeschlossenen Kassen gemeinsam

1. Angestellte und Beamte anstellen,
2. Verträge mit Ärzten, Zahnärzten, Zahntechnikern, Apothekenbesitzern und -verwaltern oder anderen Arzneimittelhändlern, Krankenhäusern sowie über Lieferung von Heilmitteln und anderen Bedürfnissen der Krankenpflege vorbereiten oder abschließen,
3. die Kranken nach einheitlichen Grundsätzen überwachen,
4. Heilanstalten und Genesungsheime anlegen und betreiben,
5. die Ausgaben für die Leistungen bis zur Hälfte oder innerhalb dieser Grenze die Ausgaben für bestimmte Krankheitsarten oder Erkrankungsfälle bis zur vollen Höhe tragen (§ 409).

Die Satzung muß bestimmen über

1. Namen und Sitz des Verbandes und der ihm angeschlossenen Kassen,
2. Zweck des Verbandes,
3. Zusammensetzung, Wahl, Rechte und Pflichten des Vorstandes und des etwa gewählten Ausschusses,
4. Feststellung des Voranschlags und Abnahme der Jahresrechnung,
5. Umlegung der Beiträge zur Deckung der Verbandsausgaben, sowie Ausschreibung und Verrechnung etwa erforderlicher Zuschüsse,
6. Änderung der Satzung (§ 409).

Wesentlich anderer Art sind die Vereinigungen von Kassen, wie sie bisher meistens ins Leben getreten sind. Hierzu gehört der Hauptverband von Ortskrankenkassen im Deutschen Reich, der Verband der Betriebskrankenkassen, der Innungskrankenkassen, örtliche Zentralkommissionen und ähnliche Vereinigungen, die nicht einen festen Kassenverband bilden. Für Kassenvereinigungen anderer Art, die den allgemeinen Zwecken der Krankenhilfe dienen, dürfen Kassenmittel nur mit Zustimmung beider Gruppen im Vorstande verwendet werden. Mit Genehmigung der obersten Verwaltungsbehörde dürfen solche Kassenvereinigungen auch einzelne der im § 407 bezeichneten Aufgaben übernehmen (§ 414).

Die Zentrale für das deutsche Krankenkassenwesen hat ihren Sitz in Berlin. Sie vereinigt eine Anzahl von Kassenverbänden und auch

einzelne Kassen. Ihr Zweck ist die Förderung aller Angelegenheiten, welche die Krankenkassen gemeinsam berühren. Von größerer Bedeutung sind die Verbände der Orts- und Betriebskrankenkassen. Der Hauptverband deutscher Ortskrankenkassen umfaßt über 400 Unterverbände und einzelne Kassen mit mehr als 6 Millionen Mitgliedern. Er hat seinen Sitz in Berlin. Dem Verbande zur Wahrung der Interessen der deutschen Betriebskrankenkassen gehören 2778 Kassen mit 2¼ Millionen Versicherter an. Eine Gründung neuerer Zeit ist der Verband deutscher Innungskrankenkassen, der erst seit 3 Jahren besteht und die Innungskrankenkassen zusammenfaßt. Sein Sitz ist in Hannover. Allerjüngsten Datums ist der Ende 1911 ins Leben getretene „Gesamtverband deutscher Krankenkassen", der seinen Sitz in Essen-Köln hat. Er hat eine nationale Tendenz und will die bürgerlichen Elemente im Krankenkassenwesen einen. Außer diesen Kassenverbänden, von denen der Hauptverband deutscher Ortskrankenkassen, der Verband der Betriebskrankenkassen und der Verband deutscher Innungskrankenkassen in ausgesprochener Weise nur Kassen gleicher Art in sich vereinigen, bestehen noch eine Anzahl kleinerer Verbände, die sich auf Städte oder Kreise oder Provinzen beschränken, jedoch durch die Vereinigung der verschiedenen Kassenarten auszeichnen. Verbände dieser Art gibt es noch nicht allzuviele, da die Animositäten der Kassenarten untereinander nicht unbeträchtlich sind. Hervorzuheben sind: der Württembergische Krankenkassenverband, die freie Vereinigung badischer Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen, die freie Vereinigung pfälzischer Krankenkassen, der Verband der Orts- und Betriebskrankenkassen in Breslau, der Verband der Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen Krefelds, der Verband der Betriebs- und Innungskrankenkassen in Frankfurt a. M., der Lokalverband der Glauchauer Krankenkassen, die freie Vereinigung der Königsberger Krankenkassen usw. Zum Teil bestehen auch örtliche „Zentralkommissionen", die zur Wahrnehmung besonderer Interessen gebildet sind.

Außerhalb des Rahmens der RVO. stehen die Verbände der Knappschaftskassen und der Ersatzkassen, die aber wegen der gleichartigen Bestrebungen hier genannt seien. Der Allgemeine deutsche Knappschaftsverband vereinigt die Knappschaftskrankenkassen, er hat seinen Sitz in Berlin. Ihm gehören fast alle Knappschaftsvereine des Deutschen Reiches mit 99,3 % der Mitglieder aller deutschen Knappschaftsvereine an. Dieser Verband befaßt sich aber nicht nur mit dem Krankenkassenwesen, sondern dem Wesen der Knappschaftsvereine entsprechend auch mit dem Pensionswesen der Bergarbeiter und der Angestellten. Die Ersatzkassen hatten bisher einen „Verband freier Hilfskassen", der seinen Sitz in Hamburg hatte.

Das Gegenteil von diesen Bestimmungen, welche die Zusammenschließung vieler Kassen bezwecken, hatten Erwägungen im Auge, die die Vorzüge der zentralen und der örtlichen Kassenorganisationen vereinigen wollten. Durch Sektionsbildung hoffte man die Errichtung großer, möglichst über den Bezirk des Versicherungsamts sich erstreckender, leistungsfähiger Kassen zu fördern, da sie auf diese Weise sich die Vorteile der kleineren Kassen zunutze machen könnten, die in der leichteren Kontrolle und der billigeren Verwaltung zutage treten. Krankenkassen können mit Zustimmung des Oberversicherungsamts für bestimmte Gruppen ihrer Mitglieder oder für bestimmte Bezirke Sektionen errichten und ihnen einen Teil, jedoch

höchstens zwei Drittel, der Einnahmen und der Leistungen zuweisen. Das Nähere, namentlich über Verfassung, Verwaltung, Aufgaben und Zuständigkeit, bestimmt die Satzung (§ 415).

Höhe der Beiträge und Unterstützungen seit 1. Januar 1911.

Klasse	Klasseneinteilung: Erwachsene männliche Personen	Klasseneinteilung: Erwachsene weibliche Personen	Klasseneinteilung: Jugendliche männliche Personen zwischen 14—16 Jahren und Lehrlinge	Klasseneinteilung: Jugendliche weibliche Personen zwischen 14—16 Jahren und Lehrlinge	Durchschnittlicher Tagelohn		Wöchentliche Beiträge: Im ganzen	Wöchentliche Beiträge: Davon zahlt das Mitglied	Wöchentliche Beiträge: Davon zahlt der Arbeitgeber	Krankenunterstützung Wöchentl. Krankengeld außer freier ärztl. Behandl., Arznei u. Heilm.		Sterbegeld
	Arbeitsverdienst von M.	Arbeitsverdienst von M.	M.	M.	M.	Pf.	Pf.	Pf.	Pf.	M.	Pf.	M.
I.	4,51 oder mehr	4,51 oder mehr	.....	.....	5	—	120	80	40	16	50	100
II.	4,01 bis einschl. 4,50	4,01 bis einschl. 4,50	.....	.....	4	50	108	72	36	15	—	90
III.	3,51 „ „ 4,00	3,51 „ „ 4,00	.....	.....	4	—	96	64	32	13	20	80
IV.	3,26 „ „ 3,50	3,26 „ „ 3,50	.....	.....	3	50	84	56	28	11	70	70
V.	2,51 „ „ 3,25	2,51 „ „ 3,25	.....	.....	3	—	72	48	24	9	90	60
VI.	0,01 „ „ 2,50	2,01 „ „ 2,50	.....	.....	2	50	60	40	20	8	40	50
VII.	.....	1,51 „ „ 2,00	.....	.....	2	—	48	32	16	6	60	40
VIII.	.....	0,01 „ „ 1,50	0,01 od. mehr	1,01 od. mehr	1	50	36	24	12	5	10	30
IX.	.....	.....	.....	0,01 bis einschl. 1,00, sowie Kinder unter 14 Jahren von 0,61 und mehr	1	—	24	16	8	3	30	20
X.	.....	.....	Personen unter 14 Jahren beiderlei Geschlechts bis zu 0,60 M.		—	60	15	10	5	2	10	12

Um eine Übersicht über die Entwicklung und Tätigkeit einer Krankenkasse zu geben, soll nun kurz auf die Verhältnisse bei der Ortskrankenkasse Leipzig eingegangen werden, deren Geschäftsführung mustergültig ist, und deren Ergebnisse auch zu einer großen Statistik des Statistischen Amts verarbeitet worden sind. Allerdings war diese Kasse in der glücklichen Lage, daß ihr mehrfach Zuwendungen gemacht wurden, die sie instand setzten, die Heilbehandlung zum Teil in eigenen Anstalten in die Wege zu leiten. Die Ortskrankenkasse für Leipzig und Umgegend umfaßt nach dem Stande des Jahres 1910 nicht allein den Stadtbezirk Leipzig, sondern auch die in einem Umkreise von 6 Kilometern gelegenen, mehr oder minder großen 42 Ortschaften. Sie bildet deshalb gewissermaßen eine Bezirkskrankenkasse. Sie zählt etwa 183 000 Mitglieder, die bei etwa 27 250 Arbeitgebern beschäftigt sind, und war bislang die größte Krankenkasse Deutschlands. Zur Erleichterung des Meldewesens sind 52 Meldestellen bei Inhabern offener Verkaufsstellen im Kassenbezirk errichtet. Bei den Meldestellen gelangten zur Ortskrankenkasse bzw. Invalidenversicherung 323 081 Personen zur Anmeldung und 301 711 Personen zur Abmeldung. Außer den Regelleistungen gewährt die Krankenkasse folgende Mehrleistungen:

1. Eine Verlängerung der Unterstützungsdauer auf 34 Wochen.
2. Das Krankengeld wird vom zweiten Krankheitstage ab gezahlt.
3. Bei Krankenhausbehandlung eine Angehörigenunterstützung von zwei Dritteln des Krankengeldes statt einhalb oder, wenn das Mitglied unverheiratet ist, eine bare Unterstützung in Höhe eines Viertels des Krankengeldes.

4. Heilmittel bis zu einem Betrage von 75 M.
5. Verpflegung in Genesungsheimen.
6. Eine Angehörigenunterstützung für die im Haushalt der Mitglieder wohnenden Familienangehörigen ohne eigenen Erwerb, und zwar:
   a) im Falle der Erkrankung von Kindern, Ehegatten, Eltern, Groß- und Schwiegereltern, sofern diese nicht selbst Mitglieder der Kasse sind, freie ärztliche Behandlung und Arznei (nicht aber Heilmittel) für die Dauer der Krankheit, höchstens jedoch für 13 Wochen;
   b) im Falle des Todes der Ehefrau oder eines Kindes, sofern diese nicht selbst Mitglieder der Kasse sind, ein Sterbegeld von 40 M. für die Ehefrau und von 20 M. für ein Kind.

Über die Höhe der Beiträge (4 % des Lohns) und Unterstützungen gibt vorstehende Tabelle (s. S. 56) eine Übersicht.

Im Jahre 1910 wurden 75 215 Krankheitsfälle mit Arbeitsunfähigkeit unterstützt, die 1 860 546 Krankheitstage dauerten. Außerdem waren noch 1357 Krankheitsfälle innerhalb der Karenzzeit zu verzeichnen. Auf Grund der Familienversicherung wurden 79 235 Ehefrauen, 161 948 Kinder und 7577 sonstige Angehörige von Mitgliedern unterstützt, für 472 Ehefrauen und 2484 Kinder von Mitgliedern wurde das satzungsmäßige Sterbegeld gewährt. Die Ausgaben verteilten sich folgendermaßen:

Ausgabe	Im Jahre 1910 M.	In Prozenten	Gesamt-Ausgabe in den Jahren 1884—1910 M.	In Prozenten
Für ärztliche Behandlung	1 490 617	21,1	17 791 982	20,7
,, Arznei und sonstige Heilmittel	799 917	11,3	10 053 327	11,7
,, Krankengeld an Mitglieder	2 732 275	38,6	34 864 860	40,6
,, Krankengeld an Angehörige von Mitgliedern	173 057	2,5	1 524 453	1,8
,, Unterstützung an Wöchnerinnen	142 828	2,0	1 512 489	1,8
,, Sterbegelder	149 996	2,1	2 550 004	3,0
,, Kur- und Verpflegkosten in Krankenanstalten	684 859	9,7	7 484 570	8,7
,, Verwaltungskosten	636 822	9,0	7 280 376	8,5
,, sonstige Ausgaben	262 335	3,7	2 711 723	3,2
Sa.	7 072 706	100,0	85 773 784	100,0

Die Beiträge werden bei den Arbeitgebern durch Sammler, die von der Kasse angestellt sind, monatlich postnumerando abgeholt. Bei Zahlung seitens des Arbeitgebers händigt der Sammler eine Quittung aus; im andern Falle hat der Arbeitgeber die Beiträge binnen einer Woche an die Zahlstelle der Kasse abzuliefern. Andernfalls erfolgt Zwangsbeitreibungsverfahren.

Die ärztliche Behandlung erfolgt nach dem Grundsatz der freien Arztwahl. Es stehen den Mitgliedern 397 Kassenärzte einschließlich der 130 Spezialärzte zur Verfügung. Zum ärztlichen Dienst bei der Kasse wird grundsätzlich jeder Arzt zugelassen, der innerhalb der Stadt oder der Amtshauptmannschaft Leipzig die ärztliche Praxis selbständig ausübt. Jede Meldung zur kassenärztlichen Tätigkeit ist bei dem Vorsitzenden der ärztlichen Vertrauenskommission schriftlich einzureichen und von diesem umgehend an die Kasse weiterzugeben. Die Zulassung erfolgt durch Abschluß eines besonderen, die beiderseitigen Rechte und Pflichten regelnden Einzelvertrages zwischen Kasse und Arzt. Den Kassenmitgliedern steht in jedem einzelnen Krankheitsfalle die Wahl unter sämtlichen, zur Kassenpraxis zugelassenen Ärzten zu. Für die Honorierung der sämtlichen zugelassenen Ärzte stellt

die Kasse der ärztlichen Vertrauenskommission in 4 Teilzahlungen zum Beginne jedes Vierteljahres eine Pauschalsumme zur Verfügung, die unter Zugrundelegung der aus Monatszählungen ermittelten durchschnittlichen Mitgliederzahl des Vorjahres 5 M. für einzelne Kassenmitglieder, 7,25 M. für Mitglieder mit Angehörigen beträgt. Die Pauschalsumme belief sich für 1911 auf 1 326 010,50 M. Außerhalb dieser Pauschalsumme werden geburtshilfliche Leistungen, Kilometergebühren und die Anwendung bestimmt vereinbarter elektro-physikalischer Heilmethoden honoriert, sowie die Portoauslagen der Ärzte zurückerstattet. Für die Dauer des Vertragsverhältnisses mit der Ärzteschaft, das bis 1916 währt, bestehen bei der Kasse:

1. eine Vertrauenskommission der Kassenärzte,
2. ein Einigungsausschuß, aus je 3 Vertretern der Ärzte und der Kasse bestehend,
3. ein Schiedsgericht, bestehend aus 3 Vertretern der Kreishauptmannschaft zu Leipzig, aus 3 Vertretern der Ärzte und 3 Vertretern der Kasse.

Die Medikamente für die Kasse liefern sämtliche Apotheken des Kassenbereichs.

3 Vertrauensärzte sind für die Kasse als Beamte tätig. Sie übernehmen die Untersuchung der freiwilligen Mitglieder auf ihren Gesundheitszustand vor der Aufnahme, die Nachuntersuchung der von den behandelnden Kassenärzten und Krankenkontrolleuren aufgegebenen erwerbsunfähigen Mitglieder, die Begutachtung bei verordneten Heilmitteln, die Begutachtung sonstiger technischer Fragen.

Wenn kranke Mitglieder Krankengeld beziehen, kann ihnen ärztlicherseits eine Ausgehezeit bewilligt werden, deren Überschreitung Strafe nach sich zieht.

Die Überwachung der kranken Mitglieder wird von 21 Berufs- und ca. 300 freiwilligen Krankenkontrolleuren ausgeführt. Der Kassenbezirk ist zu diesem Zweck in 31 Unterbezirke geteilt, jedem Unterbezirk steht ein Obmann vor, der die Geschäfte des Bezirks zu leiten und den Verkehr mit der Kassenverwaltung zu pflegen hat. Dem Obmann sind eine entsprechende Zahl von Krankenbesuchern beigegeben.

Die Auszahlung der baren Unterstützungen erfolgt sonnabends im Kassenbureau und 7 auf das Stadtgebiet verteilten Filialen.

Die Ortskrankenkasse Leipzig besitzt 3 Heimstätten für Genesende. In den Jahren 1890—1910 fanden darin im ganzen 27 285 Personen Aufnahme. Seit dem Jahre 1900 besitzt die Kasse auch ein medikomechanisches Zanderinstitut. Dort werden nur solche Patienten in Behandlung genommen, die eine schriftliche Überweisung vom Kassenarzt vorzeigen. Auch alle frischen Fälle werden abgewiesen. In den Jahren 1901—1910 wurden behandelt:

Skoliosen	1079	Fälle,	
Verletzungen überhaupt	3668	„	
Knochenbrüche	1602	„	
Rheumatische Gelenksteifigkeiten	1213	„	
Plattfußbeschwerden	233	„	
Hemieplegien	92	„	
Bleilähmung	89	„	
Ischias	320	„	usw.

Die von anderer Seite errichteten 2 Walderholungsstätten werden von der Kasse benutzt, indem hauptsächlich lungenkranke Mitglieder während des Tags dort untergebracht werden. Sie erhalten freie Fahrt und volle Beköstigung auf Kosten der Kasse.

An Beiträgen vereinnahmte die Kasse:

1910: 6 986 000 M., 1884—1910: 86 000 000 M.

An Unterstützungen wurden verausgabt:

1910: 7 000 000 M., 1884—1910: 76 000 000 M.

Beschäftigt wurden 1910 im ganzen 383 Personen, und zwar 322 Bureaubeamte und Hilfsarbeiter, 25 Krankenbesucher, 1 Gehilfin für Handreichungen bei den vertrauensärztlichen Untersuchungen, 1 Portier, 1 Aufwärter, 8 Angestellte im Zanderinstitut, 7 Angestellte im Erholungsheim Naunhof. In diesem Bestande ist das Personal, das gleichzeitig auch für die Invalidenversicherung tätig ist, mit inbegriffen.

Die Ortskrankenkasse Leipzig gilt nämlich gleichzeitig, ebenso wie viele andere Krankenkassen, als Einzugstelle für die Invalidenversicherung. Über den Umfang der Arbeiten berichtet die Kasse:

Im Jahre 1910 betrug die Zahl der Versicherten 178 010 Personen, für die 2 801 670,18 M. Beiträge gleichzeitig mit den Krankenversicherungsbeiträgen eingehoben wurden. Die Zahl der verwendeten Beitragsmarken belief sich auf 9 088 133 Stück im Werte von 2 738 043,54 M. Neuanzulegen waren 83 455, aufzurechnen 97 078 Quittungskarten. Für letztere mußten Bescheinigungen ausgestellt und den Arbeitgebern zur Aushändigung an die Versicherten, die aufgerechneten Karten selbst aber an die Landesversicherungsanstalt eingesandt werden. Ferner machte sich in zahlreichen Fällen die Nachsendung der Quittungskarten der aus dem Kassenbezirke verzogenen und die Beiziehung derselben für die zugezogenen Versicherten erforderlich. Die Anzahl der lediglich die Invalidenversicherung betreffenden Posteingänge betrug 52 757.

Quittungskarten wurden ausgehändigt in

1723	Fällen	behufs Stellung von Rentenanträgen,
3584	„	wegen Rückforderung von Beiträgen infolge Verheiratung,
811	„	wegen Rückforderung von Beiträgen infolge Ablebens,
2640	„	behufs Stellung von Anträgen auf Übernahme des Heilverfahrens oder Gewährung von Heilmitteln.

Anträge der letzteren Art vermittelte die Kasse in 2207 Fällen. In 1140 Fällen wurde die Aufnahme in eine Heilanstalt, bzw. Beiträge zur Beschaffung größerer Heilmittel bewilligt, die übrigen Anträge aber abgelehnt. Die Ablehnungen erfolgen in der Regel, wenn der mit dem Antrage beabsichtigte Zweck nicht erreicht werden kann.

Für diese Geschäftsführung erhält die Kasse zurzeit eine Entschädigung von 6 % der Beitragseinnahmen.

Viertes Kapitel.

Die Versicherungsträger der Unfallversicherung.

Die hauptsächlichsten Träger der deutschen Unfallversicherung sind die Berufsgenossenschaften. Außer ihnen wirken in kleinerem Umfange als Versicherungsträger die Zweiganstalten, die aber keine eigene Selbständigkeit haben, sondern den Berufsgenossenschaften angegliedert sind, und die staatlichen und kommunalen Ausführungsbehörden, die für eigene Betriebe des Reichs, eines Bundesstaats oder einer Gemeinde errichtet sind. Die Berufsgenossenschaften selber gliedern sich in gewerbliche und landwirtschaftliche.

Die gewerblichen Berufsgenossenschaften sind entweder für räumlich zusammengehörige Teile des Reichs gebildet, oder sie erstrecken sich über ganz Deutschland und üben selber die Verwaltungstätigkeit aus oder übertragen sie wieder ihrerseits an örtliche Unterorgane, die sogenannten Sektionen. Die Errichtung der gewerblichen Berufsgenossenschaften erfolgte in der Hauptsache im Jahre 1884, als das Unfallversicherungsgesetz in Kraft trat. Später erfolgten noch Abgliederungen und Neugründungen, so daß die ursprüngliche Zahl von 58 auf 67 stieg, aber in der Hauptsache ist die ursprüngliche Anlage maßgebend gewesen. Die Gliederung erfolgte nach Gewerbezweigen; für die räumliche Abgrenzung war meist die Tatsache bestimmend, ob bereits wirtschaftliche Vereine der Berufsgenossen existierten, ob sie sich über ganz Deutschland erstreckten oder nur in kleineren Bezirken tätig waren, ob imperialistische oder partikularistische Erwägungen im Vordergrund standen, und ob schließlich Konkurrenzfurcht die Genossen auseinandertrieb oder Syndikatsbestrebungen sie zusammenführten. Oft hat erst die Berufsgenossenschaft die Teilnehmer, die sich hier gewissermaßen auf neutralem Boden kennen lernten, auch auf wirtschaftlichem Gebiete zusammengeführt, wie das bei der Seidenindustrie der Fall war. Die meisten Berufsgenossenschaften erstrecken sich über das ganze Reichsgebiet, nur die Eisen- und Metallindustrie, die Textil- und Holzindustrie und das Baugewerbe machen eine Ausnahme, letzteres soweit Hochbauten in Frage kommen; die Tiefbauberufsgenossenschaft erstreckt sich über das ganze Reich. Im ganzen kommen 300 Gewerbearten auf die 67 gewerblichen Berufsgenossenschaften, so daß in jeder Berufsgenossenschaft recht verschiedene Gewerbearten vereinigt sein müssen. Dazu kommt, daß die Größe der einzelnen Betriebe häufig sehr voneinander abweicht, so daß Großindustrie und Handwerk in derselben Industrie vereinigt sind, obwohl dann meist nur ein äußerer Zusammenhang vorliegt, während die ganze Betriebsart und auch die Gefährlichkeit der Betriebe grundverschieden sind, das berufsgenossenschaftliche Prinzip mithin auch nur rein äußerlich gewahrt ist. Manche Berufsgenossenschaften sind recht einheitlich zusammengesetzt; so gehören der Berufsgenossenschaft der chemischen Industrie z. B. ziemlich gleichartige

Betriebe an, aber auch in ihr sind Gewerbebetriebe vertreten, die man sonst nicht ohne weiteres zur chemischen Industrie zählen würde, wie Anstalten für Abdeckerei und Abfuhrwesen. Es sind meist verschiedenartige Gewerbe miteinander vereinigt, die Gleichheit des Berufes ist recht weitherzig aufgefaßt.

Oft ist die Entscheidung schwierig, welches der Hauptbetrieb eines Unternehmers ist und welches der Nebenbetrieb. Da der Hauptbetrieb für die Zugehörigkeit zur Berufsgenossenschaft maßgebend ist, so können landwirtschaftliche Nebenbetriebe zu einer gewerblichen Berufsgenossenschaft gehören,, und umgekehrt gehören gewerbliche Anlagen als Nebenbetriebe zu landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften.

Mitglied der Berufsgenossenschaft ist jeder Unternehmer, dessen Betrieb zu den ihr zugewiesenen Gewerbszweigen gehört und in ihrem Bezirke seinen Sitz hat (§ 649). Die Mitgliedschaft beginnt mit der Eröffnung des Betriebes oder mit seiner Versicherungspflicht (§ 650).

Nach der RVO. hat die Anmeldung in doppelter Ausfertigung bei dem zuständigen Versicherungsamt zu erfolgen, das die Anmeldung an die als zuständig bezeichnete und im Zweifelsfalle auch an die vom Versicherungsamt für zuständig gehaltene Berufsgenossenschaft weitergibt (§§ 653—655). Ist die Anzeige versäumt oder unvollständig, so macht das Versicherungsamt selbst die Anzeige und kann den Unternehmer in Strafe nehmen (§ 656).

Die innere Verwaltung der Genossenschaften wird durch die Satzung geregelt, die durch die Genossenschaftsversammlung beschlossen wird und der Genehmigung des Reichsversicherungsamts bedarf (§§ 675, 681).

Der Vorstand verwaltet die Genossenschaft innerhalb der ihm zustehenden Befugnisse. Mitglieder können im allgemeinen nur Arbeitgeber sein, jedoch kann die Satzung bestimmen, daß Vertreter der Versicherten dem Vorstand oder dem Sektionsvorstand mit Stimmrecht angehören (§ 687). Angestellte der Berufsgenossenschaft dürfen nicht Mitglieder des Vorstandes sein, jedoch kann der Genossenschaftsvorstand auf eigene Verantwortung bestimmte Aufgaben besoldeten Geschäftsführern übertragen (§ 703). Vorschriften betreffend die Übertragung von Verwaltungsgeschäften auf die Geschäftsführer der Berufsgenossenschaften sind vom Reichsversicherungsamt erlassen. (Abgedruckt im Handbuch der Unfallversicherung III, S. 397.) Über die Dienstleistungen und Anstellungsverhältnisse der Genossenschaftsbeamten hat die Dienstordnung das Nähere zu besagen (§§ 690—699). Die Handhabung der innern Verwaltung ist bei den einzelnen Berufsgenossenschaften recht verschieden. Es ist nicht möglich, auf alle Einzelheiten einzugehen, daher mag eine Berufsgenossenschaft herausgegriffen werden, um an ihrer Geschäftshandhabung ein Beispiel für die berufsgenossenschaftliche Geschäftsführung überhaupt zu bringen. Es soll hier auf die Berufsgenossenschaft der chemischen Industrie etwas näher eingegangen werden. Die Angelegenheiten dieser Berufsgenossenschaft werden durch die Genossenschaftsversammlung, den Genossenschaftsvorstand, die Sektionsversammlungen, die Sektionsvorstände und die Vertrauensmänner verwaltet. Die Genossenschaftsversammlung besteht aus sämtlichen Mitgliedern der Genossenschaft, alljährlich findet eine ordentliche Versammlung statt.

Den Sektionsversammlungen sind folgende besondere Befugnisse vorbehalten:

1. die Wahl der Mitglieder der Sektionsvorstände;
2. die Wahl der in ihrem Bezirk zu ernennenden Vertrauensmänner und deren Stellvertreter;

3. die alljährliche Feststellung des Voranschlags für die Verwaltungskosten der Sektionen;
4. die Prüfung und Abnahme des von den Sektionsvorständen alljährlich über die Sektionsausgaben aufzustellenden Rechenschaftsberichtes und die Wahl eines Ausschusses zur Vorprüfung desselben;
5. die Bestimmung der öffentlichen Blätter, durch welche die Bekanntmachungen des Sektionsvorstandes erfolgen sollen.

Die Verwaltungskosten der Sektion werden von dieser allein getragen.

Die zur Bestreitung der Verwaltungskosten des laufenden Jahres erforderlichen Beträge werden den Sektionsvorständen auf ihren Antrag vom Genossenschaftsvorstande vorschußweise überwiesen.

Die Zahl der Mitglieder der Sektionsvorstände wird durch die Sektionsversammlungen bestimmt. Mit den Mitgliedern der Sektionsvorstände sind gleichzeitig ebensoviele Ersatzmänner zu wählen.

Den Sektionsvorständen liegt insbesondere ob:

1. die Einberufung der Sektionsmitglieder zu den Sektionsversammlungen;
2. die Feststellung der Entschädigungen;
3. die Mitwirkung bei der Durchführung der zur Verhütung von Unfällen erlassenen Vorschriften;
4. die Abschließung von Verträgen mit Ärzten, Krankenkassen und Heilanstalten behufs Heilung und Verpflegung der Verletzten, soweit ihnen eine solche Vertragschließung vom Genossenschaftsvorstand übertragen ist. Die Verträge unterliegen der Genehmigung des Genossenschaftsvorstandes;
5. die Überwachung der in ärztlicher Behandlung befindlichen Kranken und der Rentenempfänger;
6. der Vorschlag der in ihrem Bezirk von der Sektionsversammlung zu ernennenden Vertrauensmänner und ihrer Stellvertreter;
7. die Führung besonderer Listen über den Eintritt und das Ausscheiden von Betrieben auf Grund der Mitteilungen des Genossenschaftsvorstandes;
8. die Vermittelung der Anzeigen von Betriebseröffnungen, -änderungen, und -einstellungen sowie über den eingetretenen Wechsel in der Person der Betriebsunternehmer an den Vorstand der Genossenschaft;
9. die Aufstellung des jährlichen Voranschlags für die Verwaltungskosten der Sektion;
10. die Vertretung der Berufsgenossenschaft vor den Versicherungsbehörden;
11. die Begutachtung der zu erlassenden Unfallverhütungsvorschriften;
12. die Übernahme der Fürsorge und des Heilverfahrens Unfallverletzter auf Kosten der Berufsgenossenschaft während der Karenzzeit.

Die Vertrauensmänner und deren Stellvertreter werden auf zwei Jahre gewählt.

Die Bestimmung der Zahl der Vertrauensmänner und ihrer Stellvertreter, die Abgrenzung und die Veränderung ihrer Bezirke, sowie ihre und ihrer Stellvertreter Wahl erfolgt auf Vorschlag der betreffenden Sektionsvorstände durch die Sektionsversammlungen.

Den Vertrauensmännern liegt insbesondere ob:

1. die Begutachtung der Veranlagung der Betriebe zu den Klassen des Gefahrentarifs auf Wunsch des Sektionsvorstandes;
2. die Entgegennahme der Anzeigen von Unfällen;
3. die Vertretung der Genossenschaft bei der Untersuchung der in ihrem Bezirk sich ereignenden Unfälle, sofern nicht der Sektionsvorstand eine anderweitige Vertretung angeordnet hat;
4. die Ermittelung der nicht angemeldeten versicherungspflichtigen Betriebe ihres Bezirks;
5. die Überwachung der in ärztlicher Behandlung befindlichen Kranken und der Rentenempfänger auf Wunsch des Sektionsvorstandes;
6. die Einsichtnahme von den Büchern und Listen der Krankenkassen auf Wunsch des Sektionsvorstandes.

Außerdem haben die Vertrauensmänner die Rechte und Interessen der Genossenschaft in allen Beziehungen zu wahren und, wo sie dieselben verletzt glauben, eine entsprechende Anzeige an den Sektionsvorstand zu erstatten.

Die Geschäftsführung der Vertrauensmänner wird durch den Vorstand der Sektion geregelt.

Den Vertrauensmännern steht die Befugnis zu, jederzeit über Vorkommnisse, welche die Berufsgenossenschaft angehen. von den Betriebsunternehmern Auskunft zu verlangen.

Aus dieser Übersicht ergibt sich, wie bei einer bestimmten Berufsgenossenschaft die verschiedenen Organe sich in die Verwaltungsarbeit teilen, und wie das Schwergewicht für die Überwachung der Einzelbetriebe und der unfallverletzten Personen bei den Vertrauensmännern liegt. Aber schon die Feststellung der Entschädigungen und der Kapitalabfindungen erfolgt durch einen besonderen Entschädigungsausschuß, der vom Sektionsvorstand gewählt wird. Die hauptsächlichen Verwaltungsgeschäfte werden von dem Sektionsvorstand bzw. dem Genossenschaftsvorstand erledigt.

In manchen Berufsgenossenschaften sind die Sektionen von dem Genossenschaftsvorstand so unabhängig, als ob sie selbständige Genossenschaften wären, in anderen wieder sind sie eng an die Weisungen des Hauptvorstandes gebunden. Im ganzen sind 45 von den gewerblichen Genossenschaften in Sektionen eingeteilt (Verzeichnis im Handb. der Unfallvers. III, S. 341).

Die Aufbringung der Mittel erfolgt nicht wie bei den Trägern der Kranken- und Invalidenversicherung durch bestimmte Beiträge, deren Höhe von vornherein feststeht, sondern durch Umlage. Bei den gewerblichen Berufsgenossenschaften ist hierfür das Ausgabendeckungssystem vorgeschrieben. Den Maßstab dafür bilden die Lohnsummen in Verbindung mit den Gefahrziffern. Es muß ferner eine Rücklage (Reservefonds) angelegt werden, für deren Aufbringung die jährlichen Zuschläge so bemessen sind, daß Ende 1921 der Kapitalbestand das Dreifache der Entschädigungssumme erreicht, die in dem Jahre des letzten Zuschlags zu zahlen ist (§§ 731, 741, 743). „Die Umlagebeiträge der Berufsgenossenschaften sind, wie dies in der Natur des Umlageverfahrens liegt, im Laufe der Jahre beträchtlich gestiegen und werden noch weiter steigen. Hierin liegt, zumal in Zeiten wirtschaftlichen Niedergangs, eine Gefahr für die deutschen Unternehmer beim Wettbewerb auf dem Weltmarkt; für das Ausland besteht die gleiche Gefahr nicht, da es, soweit es überhaupt die Unfallversicherung eingeführt hat, die Kapitaldeckung der entstandenen Belastung vorsieht. Deshalb ist die Ansammlung von Rücklagen vorgesehen, welche durch Verwendung ihrer Zinsen in absehbarer Zeit den Übergang zu dauernd gleichen, nicht mehr steigenden Beträgen ermöglichen soll." (Schulz.) Für die Tiefbauberufsgenossenschaft allein ist eine andersartige Deckung vorgesehen, nämlich die Kapitaldeckung (§ 731). Bei diesem System soll soviel Kapital zurückgelegt werden, daß dessen Zinsen ausreichen, um die entstehenden Verbindlichkeiten zu decken. Man ist zu dieser besonderen Regelung gekommen, weil es sich beim Tiefbau häufig um Riesenarbeiten handelt, die aber nur kurze Zeit dauern. Nach ihrer Beendigung würde für die entstandene Belastung durch Unfallrenten bei dem andern Verfahren keine Deckung vorhanden sein. Überhaupt ganz andersartig ist die Aufbringung der Mittel bei den Zweiganstalten. Bei kurzen Bauarbeiten ist das System der Ausgabendeckung auf Kosten der Gemeinde vorgeschrieben, eine Rücklage ist nicht nötig (§ 798 Nr. 2). Bei längeren Bauarbeiten erfolgt die Versicherung nach einem Prämientarif; dasselbe gilt für die Versicherung des Haltens von Reittieren und Fahrzeugen (§§ 731, 798 Nr. 1, 836—842).

Auf die technische Berechnung der oben erwähnten Gefahrziffern kann nicht näher eingegangen werden. Es ist einleuchtend, daß die notorische Gefährlichkeit der einzelnen Betriebe auch bei der Beitragsleistung entsprechend gewürdigt werden muß, wenn nicht der minder gefährliche Betrieb die Kosten für den gefährlicheren aufbringen soll.

Bei den Berufsgenossenschaften liegt mehr als bei den andern Versicherungsträgern die Verwaltung in den Händen der Geschäftsführer. Die Mitglieder der einzelnen Organe sollen hier wie auch anderswo ehrenamtlich tätig sein. Tatsächlich ist es nun nicht leicht, dafür die geeigneten Personen zu finden. Denn die Arbeit, die mit der Übernahme eines Amts in einer Berufsgenossenschaft verbunden ist, stellt an Zeit, Kraft und Opferfreudigkeit erhebliche Anforderungen.

Die ehrenamtliche Wahrnehmung von Geschäften für eine örtliche Krankenkasse ist mit unbedeutenden Schwierigkeiten verknüpft gegenüber einer solchen für eine Berufsgenossenschaft, die sich vielleicht über ganz Deutschland erstreckt. Mit dem guten Willen ist es außerdem allein nicht gemacht, sondern es gehören besondere Fähigkeiten und ein gehöriger Überblick über das betreffende Industriegebiet dazu, um in den Organen etwas Ersprießliches leisten zu können. Auch die nötige Sachkenntnis kann nur allmählich erworben werden. Die meisten Personen werden aber durch die große Arbeitslast abgeschreckt. Als Beispiel möchte ich dafür die Arbeit anführen, die bei der Sächsisch-Thüringischen Eisen- und Stahlberufsgenossenschaft die Entschädigungskommission im Laufe des Jahres 1911 zu erledigen hatte. Es waren 144 Sitzungen nötig. In diesen wurde Beschluß gefaßt:

1. 1846 mal über erstmalige Rentenfestsetzungen,
2. 1582 mal über anderweite Rentenfestsetzungen,
3. 80 mal in Abfindungssachen,
4. 61 mal in besonderen Unterstützungssachen,
5. 32 mal in Sachen betr. Verzichtleistung überhobener Rente,
6. 68 mal in Entschließungssachen.

Weiter haben der Kommission vorgelegen:

7. 102 Schiedsgerichtsurteile zur Kenntnisnahme, Beschlußfassung über eine etwaige Rekurseinlegung usw.
8. 121 Schiedsgerichtsvergleiche } zur Kenntnisnahme und ev. Kontrollfestsetzung.
9. 233 Rekursurteile }

Demnach war insgesamt in 4125 Fällen von der Kommission Beschluß zu fassen.

Die gewerblichen Berufsgenossenschaften haben sich zu einem „Verband der Deutschen Berufsgenossenschaften“ zusammengeschlossen, dem 63 gewerbliche Berufsgenossenschaften angehören. Der Verband hat in wirksamer Weise das Interesse der Berufsgenossenschaften bei der Entstehung der RVO. vertreten und erheblich zu ihrer jetzigen Gestaltung beigetragen. Auf den Berufsgenossenschaftstagen werden die Tagesfragen erörtert, zu denen die hervorragendsten Kenner als Referenten bestellt werden. Die Baugewerks-Berufsgenossenschaften haben ebenfalls eine Vereinigung. In bemerkenswerter Weise haben sich außerdem zwei lokale Vereinigungen betätigt, deren Entstehung auf die Anregung des jetzigen Präsidenten im Reichsversicherungsamt, Dr. Kaufmann, zurückzuführen ist: die freie Vereinigung der im Rheinlande tätigen berufsgenossenschaftlichen Verwaltungen und die westfälische Vereinigung berufsgenossenschaftlicher Verwaltungen. Die rheinische Vereinigung zählt (1911) 46 einzelne Sektionen oder ganze Berufsgenossenschaften zu ihren Mitgliedern, darunter auch die rheinische landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft. Aus ihrer Tätigkeit sei die Einführung zweckmäßiger Unfalluntersuchungsprotokolle, ärztlicher Beobachtungsstationen, gemeinsamer Untersuchungstermine für die Rentenempfänger der angeschlossenen Berufsgenossenschaften, gemeinsamer Vertretung vor den Schiedsgerichten erwähnt. Der westfälischen Vereinigung gehören 36 Genossenschaften oder Sektionen, darunter die westfälische landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft, an. Ihr

Aufgabenkreis ist der nämliche. Beide Vereinigungen arbeiten Hand in Hand und veranstalten gemeinsam Fortbildungskurse für Personen, die in der Unfallversicherung tätig sind. Durch diese Kurse, die außerordentlich stark besucht werden, haben sich die beiden Vereinigungen ein großes Verdienst erworben, da bisher eine geordnete Unterrichtsmöglichkeit in der sozialen Versicherung weder für Verwaltungsbeamte, noch für Ärzte, noch für die Beamten der Versicherungsträger bestanden hat. Die beiden lokalen Vereinigungen müssen als vorbildlich angesehen werden, da der Nutzen ihrer Tätigkeit, der hier natürlich nur angedeutet werden kann, in die Augen springt. Sie haben auch Schule gemacht, da nach ihrem Beispiel jüngst gleichartige Vereinigungen für Baden, Elsaß-Lothringen und Nordwestdeutschland geschaffen sind.

Während die Berufsgenossenschaften aus Betrieben zusammengesetzt sind, deren längere Dauer wahrscheinlich ist, sind Bauunternehmungen, die nicht gewerbsmäßig ausgeführt werden, meist von kurzer Dauer. Man kann hier kaum von einem Betriebe sprechen, noch weniger ist dies der Fall, wenn eine Privatperson Besitzer eines Automobils oder eines Motorboots oder einiger Pferde ist. Da nun die hier beschäftigten Personen gegen Unfall versichert sind, so sind den Berufsgenossenschaften besondere Zweiganstalten angegliedert, deren Organisation mit Rücksicht auf den unständigen Charakter der Unternehmungen etwas abweichend ist. Die Verwaltung erfolgt durch die Organe der Genossenschaft (§ 786), die Zweiganstalt bringt aber ihre eigenen Verwaltungskosten auf (§ 790), über die Aufbringung der Mittel habe ich schon oben gesprochen. Eine neue Abart von Versicherungsträgern ist durch die RVO. geschaffen, nämlich die Versicherungsgenossenschaft (§ 629 Abs. 2). Für das Gebiet des Deutschen Reiches ist zur Versicherung von Tätigkeiten beim nicht gewerbsmäßigen Halten von Reittieren und Fahrzeugen eine Versicherungsgenossenschaft errichtet. In der Versicherungsgenossenschaft, die ein selbständiger Versicherungsträger für sich, ohne Angliederung an eine Berufsgenossenschaft, ist, geht die Versicherung auf Kosten der Unternehmer nach einem Prämientarif (§§ 838, 842).

Ist das Reich oder ein Bundesstaat Versicherungsträger, so treten sie an Stelle der Berufsgenossenschaft und werden Rechte und Pflichten der Genossenschaftsversammlung und des Genossenschaftsvorstandes durch Ausführungsbehörden wahrgenommen. Diese bestimmt für die Heeresverwaltungen die oberste Militärverwaltungsbehörde des Heeresteils, im übrigen für die Reichsverwaltungen der Reichskanzler, für die Landesverwaltungen die oberste Verwaltungsbehörde. Das gleiche gilt für Gemeinden, Gemeindeverbände und andere öffentliche Körperschaften, die Versicherungsträger sind. Die Ausführungsbehörden bestimmt die oberste Verwaltungsbehörde (§ 892).

Der Versichertenkreis sämtlicher staatlichen Ausführungsbehörden umfaßte 1909 873394 Personen, also nicht viel mehr, als die Knappschaftsberufsgenossenschaft Versicherte hat. Dieser einen Berufsgenossenschaft stehen aber 197 Ausführungsbehörden gegenüber. Es ist selbstverständlich, daß dann auf jede Behörde eine Durchschnittsziffer kommt, die recht klein ist. Man kann nicht annehmen, daß Behörden, die 7 oder 4 oder gar 1 Versicherten beschäftigen, neben ihren eigentlichen Aufgaben noch die Möglichkeit haben, sich nebenher mit dem so überaus schwierigen Kapitel der Unfallversicherung bekannt zu machen. Bei den Provinzial- und Kommunalausführungsbehörden waren 111 143 Personen versichert, also ebensoviel wie bei der Brauerei- und Mälzerei-Berufsgenossenschaft. Die Zahl dieser Ausführungsbehörden belief

sich nun gar auf 335. Sind schon die staatlichen Ausführungsbehörden bedenklich, so können die kommunalen in dieser Zahl nicht als die geeigneten Träger der Unfallversicherung angesehen werden. Außerordentlich charakteristisch für ihre Unzulänglichkeit ist die Tatsache, daß sie für Zwecke der Unfallverhütung im Jahre 1909 ganze 73 Mark aufgebracht haben. Es erscheint begründet, die großen geschlossenen Betriebstätigkeiten des Staates bei den Post-, Telegraphen-, Heeres- und Marineverwaltungen und bei der Eisenbahn als besondere Versicherungseinrichtungen bestehen zu lassen; für alle andern Ausführungsbehörden kommt das nicht in Frage, und die RVO. hat sie ohne Grund konserviert.

Die landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften sind in derselben Weise organisiert wie die gewerblichen. Sie sind für bestimmte Territorien errichtet, die in Preußen den Provinzen, in Bayern den Bezirken und in Württemberg den Kreisen entsprechen. Die landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften außerhalb Preußens sind nach dem Grundsatz der reinen Selbstverwaltung organisiert, die preußischen lehnen sich an die Kreisbehörden an. Hier entspricht dem Genossenschaftsausschuß der Provinzialausschuß, den Sektionen, die übrigens nur in Preußen bestehen, der Kreisausschuß. Für diese Anlehnung der berufsgenossenschaftlichen Selbstverwaltung an die ländlichen Selbstverwaltungskörper war einmal die Rücksicht auf die Ähnlichkeit der Interessen, sodann aber der Kostenstandpunkt maßgebend. Man hoffte dadurch eine wesentliche Vereinfachung des Verwaltungsapparates und eine ebensolche Kostenersparnis zu erzielen. Ob dies der Fall ist, läßt sich schwer ermessen, da in Baden die Staatsbehörden unentgeltlich die Geschäfte der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften besorgen. In Bayern sind die Beamten der Berufsgenossenschaft sogar stattlich besoldete Beamte. In Preußen wird auch die Aussonderung der berufsgenossenschaftlichen Kosten von den allgemeinen Kosten der Provinzialverwaltung recht verschieden gehandhabt. Es läßt sich daher nicht übersehen, welches System den Vorzug größerer Billigkeit hat, wahrscheinlich werden die Verwaltungskosten überall ungefähr gleich hoch sein. Auf Grund der RVO. ist für die landwirtschaftlich versicherten Betriebe der Gärtnerei, der Park- und Gartenpflege sowie Friedhofsbetriebe (§ 917 Abs. 1) eine das Gebiet des Reichs, außer Bayern, Königreich Sachsen, Hessen, Braunschweig, Schaumburg-Lippe, Bremen, Hamburg und Elsaß-Lothringen umfassende landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft neu errichtet.

Die Leitung der Geschäfte erfolgt auf Grund des Genossenschaftsstatuts. Für die Satzung sind die §§ 971—974 der RVO. maßgebend, die in der Hauptsache den Bestimmungen für die Satzung der gewerblichen Berufsgenossenschaften entsprechen. Jedoch kann die Landesgesetzgebung eine abweichende Regelung treffen (§ 1037). Eine Übersicht der hauptsächlichsten Vorschriften über die Einrichtung und Verwaltung der einzelnen landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften findet sich im Handbuch der Unfallversicherung (II, S. 323) zusammengestellt. Das Gesetz steht auf dem Standpunkt, daß für gewisse Sachgebiete der landwirtschaftlichen Unfallversicherung nach deren besonderen Verhältnissen eine abweichende Regelung zugelassen werden kann. Dies ist nunmehr auch gestattet für die Art des Umlegens der Beiträge. Die bisher auf Grund des Reichsgesetzes von den Berufsgenossenschaften verwendeten Maßstäbe, nämlich der Maßstab des Arbeitsbedarfs und derjenige der Grundsteuer, tragen für den praktischen Gebrauch gewisse Mängel in sich, einmal in bezug

auf die richtige Verteilung der Last und sodann in der Handlichkeit des Verfahrens. Zurzeit legen 17 Berufsgenossenschaften nach dem Arbeitsbedarf um, der außerdem die Gefahrenklasse berücksichtigt, 31 legen nach dem Grundsteuerfuß um, in Form eines Zuschlags zu den direkten Staatssteuern und Kommunalsteuern. Auf Vorzüge und Nachteile beider Verfahren kann nicht näher eingegangen werden. Die Landesgesetzgebung kann jetzt jedenfalls unter Umständen auch eine andersartige gerechtere Heranziehung herbeiführen. In Elsaß-Lothringen gilt nach dem reichsländischen Ausführungsgesetz zur RVO. ein System, das auf dem Arbeitsbedarf in jeder einzelnen Gemeinde unter Berücksichtigung des ortsüblichen Tagelohns und unter tunlichster Berücksichtigung der Bodenbeschaffenheit aufgebaut ist. Hier erfolgt die Einziehung der Beiträge durch Steuerzettel gleichzeitig mit der Grundsteuer.

Die landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften haben eine besondere Vereinigung, den „Konferenzverband der deutschen landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften", der eine „Ständige Kommission" zur Erledigung der laufenden Geschäfte hat. Die staatlichen Ausführungsbehörden in der landwirtschaftlichen Unfallversicherung haben besonders in der Forstwirtschaft Bedeutung, da hier zahlreiche schwere Unfälle vorkommen. Zum Schluß soll noch eine kurze Übersicht über die Träger der Unfallversicherung und ihre Organe gegeben werden.

Zur Durchführung der reichsgesetzlichen Unfallversicherung bestanden 1910:

66 gewerbliche Berufsgenossenschaften mit 14 Zweiganstalten,
48 land- und forstwirtschaftliche Berufsgenossenschaften,
210 staatliche Ausführungsbehörden,
336 kommunale und Provinzial-Ausführungsbehörden.

Die 66 gewerblichen Berufsgenossenschaften umfaßten:

322 Sektionen und
725 109 Betriebe mit
9 381 878 durchschnittlich versicherten Personen oder
8 291 936 Vollarbeitern.

Die 48 land- und forstwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften umfaßten:

593 Sektionen und
5 434 100 Betriebe mit
17 179 000 durchschnittlich versicherten Personen.

Von den Ausführungsbehörden werden insgesamt

992 694 durchschnittlich versicherte Personen oder
746 383 Vollarbeiter

nachgewiesen. Im Dienste der 66 gewerblichen und 48 landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften waren am Schlusse des Rechnungsjahres tätig:

1 161 Mitglieder der Genossenschaftsvorstände,
5 838 Mitglieder der Sektionsvorstände,
26 646 Vertrauensmänner,
4 470 Verwaltungsbeamte und
385 technische Aufsichtsbeamte.

Auf Grund der RVO. sind zu den Versicherungsträgern neu hinzugekommen 1 gewerbliche, 1 landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft und 1 Versicherungsgenossenschaft.

Literatur.

Handbuch der Unfallversicherung. Leipzig 1909/10.

Satzungen und Jahresberichte verschiedener Berufsgenossenschaften und des Verbandes der Deutschen Berufsgenossenschaften.

Brandt, Die Organisation der gewerblichen Unfallversicherung. Schmollers Jahrbücher für Gesetzgebung und Verwaltung 1911.

Die landwirtschaftliche Unfallversicherung im Deutschen Reiche 1888—1908. Festschrift zum Jubiläum der Unfall- und Invalidenversicherung. Herausgegeben von der ständigen Kommission der deutschen landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften. Berlin 1910.

Fünftes Kapitel.

Die Versicherungsträger der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Träger der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung sind die Versicherungsanstalten. Sie sind nach Bestimmungen der Landesregierungen für das Gebiet des Bundesstaats, für Gemeindeverbände oder andere Gebietsteile errichtet. Für mehrere Bundesstaaten oder ihre Gebietsteile sowie für mehrere Gemeindeverbände kann eine gemeinsame Versicherungsanstalt errichtet werden (§ 1326). Zurzeit bestehen 31 Versicherungsanstalten, von denen 8 für Gebietsteile mehrerer Bundesstaaten bestimmt sind. Die 13 preußischen Versicherungsanstalten entsprechen den 12 preußischen Provinzen und dem Stadtkreis Berlin; die 8 bayrischen den Regierungsbezirken. Sachsen, Württemberg, Baden, Hessen, Mecklenburg, die thüringischen Staaten, Oldenburg, Braunschweig, die Hansestädte und Elsaß-Lothringen haben je eine Versicherungsanstalt. Die preußischen Anstalten haben ihren Sitz in den Provinzialhauptstädten, abgesehen von Brandenburg und Berlin, die bayerischen in den Regierungshauptstädten, die übrigen in den Landeshauptstädten bezw. in Weimar, Schwerin und Lübeck. Die Zugehörigkeit eines Versicherten wird in der Regel nicht durch den Wohnort, sondern durch den Beschäftigungsort bestimmt (§ 1329). So gehören Arbeiter, die in bremischen Betrieben arbeiten, zur Versicherungsanstalt des Hansestädte, wenn sie auch Preußen sind und in Preußen wohnen. Ausnahmen bedürfen besonderer Vereinbarung der beteiligten Versicherungsanstalten oder müssen auf Antrag des Arbeitgebers den Mitgliedern von Betriebskassen eingeräumt werden (§ 1329). Von der Versicherungspflicht bei der zugehörigen Versicherungsanstalt sind nur die Mitglieder von Sonderanstalten befreit. Es gibt im ganzen 10 Sonderanstalten, die für 3 besondere Personenkategorien bestimmt sind, und zwar für die versicherungspflichtigen Personen bei den staatlichen Eisenbahnen, beim Bergbau und im Seeverkehr. Diese 3 verschiedenen Arten von Sonderanstalten sind in den Kapiteln über die Versicherung der Eisenbahnangestellten, über das Knappschaftswesen und über die Versicherung der Seeleute näher behandelt.

Jede Versicherungsanstalt hat einen Ausschuß. Er besteht je zur Hälfte aus Vertretern der beteiligten Arbeitgeber und Versicherten und zählt mindestens 10 Mitglieder (§ 1351).

Die beamteten Mitglieder des Vorstandes werden von dem Gemeindeverband oder der obersten Verwaltungsbehörde bestellt und eins von ihnen als Vorsitzender bezeichnet (§ 1344). Als nichtbeamtete Mitglieder gehören dem Vorstand Vertreter der Arbeitgeber und der Versicherten in gleicher Zahl an (§ 1346). Die Geschäftsführung der Versicherungsanstalt liegt im Gegensatz zur Krankenversicherung und Unfallversicherung in den

Händen der besoldeten Beamten. Der Vorstand hat infolgedessen die Eigenschaft einer öffentlichen Behörde, die die Vorstände der Krankenkassen und Berufsgenossenschaften nicht haben (§ 1343). Die Satzung kann übrigens bestimmen, daß dem Vorstand noch andere besoldete oder unbesoldete Mitglieder, z. B. Ärzte oder Versicherungstechniker, angehören sollen (§ 1347)

Die innere Verwaltung erfolgt auf Grund der Satzung, die ohne Mitwirkung des Vorstandes vom Ausschuß beschlossen wird und der Genehmigung des Reichsversicherungsamts oder des Landesversicherungsamts bedarf (§ 1339).

Das Reichsversicherungsamt führt die Aufsicht über alle Versicherungsanstalten. Ein Teil der Aufsichtsgeschäfte fällt bei den in Frage kommenden Versicherungsanstalten dem zuständigen Landesversicherungsamt zu (§§ 1381, 1382). Für die dienstlichen Verhältnisse der beamteten Vorstandsmitglieder gilt das Aufsichtsrecht nicht, da die Beamten hierin ihrer Anstellungsbehörde unterstehen (§ 1345).

Das Reich, die Arbeitgeber und die Versicherten bringen die Mittel für die Versicherung auf. Das Reich leistet Zuschüsse für die in jedem Jahre tatsächlich gezahlten Renten, Witwengelder und Waisenaussteuern, die Arbeitgeber und die Versicherten entrichten für jede Woche der versicherungspflichtigen Beschäftigung (Beitragswoche) laufende Beiträge zu gleichen Teilen. Die Beitragswoche beginnt mit Montag (§ 1387). Der Reichszuschuß beträgt jährlich fünfzig Mark für jede Invaliden-, Alters-, Witwen- und Witwerrente und fünfundzwanzig Mark für jede Waisenrente, einmal fünfzig Mark für jedes Witwengeld und sechzehnzweidrittel Mark für jede Waisenaussteuer (§ 1285). Die Berechnung der Beiträge, die zur Hälfte von dem Arbeitgeber und zur Hälfte von dem Versicherten, allein jedoch von dem freiwillig Versicherten aufzubringen sind, erfolgt nach dem Prämiendurchschnittsverfahren. Danach ist zu jeder Zeit der Gesamtwert aller künftigen Beiträge unter Hinzurechnung des vorhandenen Vermögens dem Gesamtwert aller Verpflichtungen gleich. Aus den anfangs die Jahresausgaben übersteigenden Beitragseinnahmen wird ein der Prämienreserve der Lebensversicherungen ähnlicher Fonds angesammelt, aus dessen Zinsen später die alsdann die Jahreseinnahmen aus Beiträgen übersteigenden Jahresausgaben bestritten werden. Der Beitrag ist ein Einheitsbeitrag, der auf Lebensalter, Geschlecht und Zivilstand keine Rücksicht nimmt (über die Gründe siehe Entwurf der RVO. S. 372ff.). Dagegen erfolgt eine Abstufung nach Lohnklassen. Für jede Lohnklasse wird die Beitragshöhe auskalkuliert und alle 10 Jahre vom Bundesrat festgesetzt. Vorläufig betragen die Wochenbeiträge bis zum 31. Dezember 1920:

in Lohnklasse	I	(bis zu 350 M.)	16 Pf.
„ „	II	(350 bis zu 550 M.)	24 „
„ „	III	(550 bis zu 850 M.)	32 „
„ „	IV	(850 bis zu 1150 M.)	40 „
„ „	V	(mehr als 1150 M.)	48 „

(§§ 1388—1392). Zur Erhebung der Beiträge gibt jede Versicherungsanstalt Marken mit der Bezeichnung der Lohnklasse und des Geldwerts aus. Die Marken werden von den Postanstalten des Bezirks und besonderen Verkaufsstellen der Versicherungsstellen verkauft (§§ 1411, 1412). Die Beiträge werden durch Einkleben von Marken in Quittungskarten entrichtet, die jeder Versicherte haben muß. Versicherungspflichtige erhalten Karten auf gelbem Karton, Selbstversicherer solche auf grauem Karton. Die Marken müssen ent-

wertet werden. Als Tag der Entwertung soll der letzte Tag desjenigen Zeitraums angegeben werden, für welchen die Marke gilt (§ 1431). Jede Karte enthält Jahr und Tag der Ausstellung und bietet Raum für mindestens 52 Wochenmarken. Die Karten werden für jeden Versicherten fortlaufend beziffert. Die erste Karte wird am Kopfe mit dem Namen der Versicherungsanstalt versehen, in deren Bezirk der Versicherte zur Zeit der Ausstellung beschäftigt ist, jede folgende mit dem Namen der vorhergehenden (Ursprungsanstalt). Da sämtliche Quittungskarten eines Versicherten den Namen der Ursprungsanstalt tragen, ist es leicht, sie dort zu sammeln (§ 1418). Jede neue Karte wird von der Ausgabestelle mit einer Abrechnung versehen, aus der die Zahl und Lohnklasse der früher geklebten Marken und die Dauer der nachgewiesenen Militärdienste und der bescheinigten Krankheiten, die ebenfalls als Beitragszeit gerechnet werden, zu ersehen ist (§§ 1419, 1281). Die Karte soll binnen zwei Jahren nach dem Tage der Ausstellung zum Umtausch eingereicht werden. Die eingereichten Karten werden bei der Ursprungsanstalt gesammelt, oder der Inhalt in Sammelkarten übertragen (§§ 1420, 1423). Die Entrichtung der Beiträge erfolgt in zwei verschiedenen Modifikationen. Als Regel gilt, daß der Arbeitgeber den Beitrag entrichtet, die Marken besorgt und einklebt. Er ist dafür verantwortlich und kann dem Angestellten bei der Lohnzahlung die Hälfte der Beiträge vom Lohn abziehen. Selbstversicherer müssen natürlich das selber besorgen (§§ 1426 bis 1440). Völlig abweichend davon ist das Einzugsverfahren. Hier ist die Arbeit des Markenklebens dem Arbeitgeber abgenommen und an besondere Einzugsstellen übertragen Die Einzugsstellen sind entweder örtliche Hebestellen oder die Krankenkassen, denen dann dieses Geschäft für ihre Versicherten übertragen ist. Die Einzugsstelle besorgt die Karten, klebt rechtzeitig die Marken ein und erhebt die Beiträge vom Arbeitgeber. Das Einzugsverfahren ist im Königreich Sachsen, Württemberg, in Baden, Hessen, Thüringen, Braunschweig und in den Hansestädten eingeführt (§§ 1447—1457). Dieses Verfahren, das natürlich mit gewissen Kosten für die Versicherungsanstalt verbunden ist, wenn sie selber die Einrichtung getroffen hat, ist nicht nur für die Arbeitgeber sehr viel angenehmer, sondern erleichtert auch der Anstalt die Kontrolle, die sie gesetzmäßig auszuüben hat und meist durch besondere Kontrollbeamte ausübt (§ 1465). Der Erlös aus dem Markenverkauf wird von der Post an die Versicherungsanstalt abgeführt, die so zu ihren Beiträgen kommt.

Da nun die Versicherungsanstalten verschiedenartig sind, ergeben sich zwischen ihnen Unterschiede in den Einnahmen, die recht beträchtlich sind. Im Jahre 1909 hatte, wenn die Sonderanstalten unberücksichtigt bleiben, z. B. die Versicherungsanstalt Oldenburg einen Gesamterlös von 800 000 Mark, die des Königreichs Sachsen dagegen einen solchen von 17 und die der Rheinprovinz einen solchen von 20 Millionen Mark. Daraus resultiert eine Verschiedenheit der Leistungsfähigkeit, die dadurch noch bedenklicher ist, daß nicht nur etwa die Zahl der Versicherten differiert und daher der Unterschied rührt, sondern daß in den einzelnen Landesteilen die Beitragsleistungen an sich so außerordentlich verschieden sind. Auf dem Lande sind die Löhne niedriger als in der Stadt, im Osten niedriger als im Westen. Da die Beiträge nach Lohnklassen abgestuft sind, müssen aus dieser Quelle große Unterschiede herrühren. Die vier Versicherungsanstalten Ostpreußen, Westpreußen, Pommern, Posen, die eine gewisse Gleichartigkeit in der Beschäftigung und ganzen Art der Bevölkerung zeigen,

hatten zusammen 1909 in allen Lohnklassen 67,6 Millionen Beitragszahlungen zu verzeichnen. Die Rheinprovinz hatte etwas mehr, nämlich 70 Millionen Beitragszahlungen. Aus diesen Zahlen hatten die 4 erstgenannten Anstalten einen Gesamterlös von 13,5 Millionen Mark, die Rheinprovinz dagegen einen solchen von 20,3 Millionen Mark. Die 4 Anstalten hatten Verwaltungsausgaben in Höhe von 1 562 000 Mark, die der Rheinprovinz in Höhe von 895 000 Mark. Wenn man die Versicherungsanstalt Schlesien mit der der Rheinprovinz vergleicht, so stehen sich 60 und 70 Millionen Beitragszahlungen gegenüber, aber ein Erlös von 14 und 20 Millionen Mark. Das Invalidenversicherungsgesetz hatte ursprünglich vorgesehen, daß jeder Versicherungsanstalt sämtliche Einnahmen zuflossen, daß andererseits die durch Rentenzahlungen entstandenen Lasten so gedeckt wurden, daß jede Rente abzüglich des Reichszuschusses auf diejenigen Anstalten verteilt wurde, der Beiträge durch den Rentenempfänger zugeflossen waren. Die oben angeführten Beispiele zeigen, daß durch dieses Verfahren eine außerordentliche Verschärfung der verschiedenen Besitzverteilung herbeigeführt werden mußte.

Es läßt sich nicht vermeiden, daß reiche und arme Anstalten nebeneinander bestehen. Aber dieses ältere System der Lastenverteilung führte dazu, daß bei manchen Anstalten, nämlich Ostpreußen und Niederbayern, ein gesetzwidriger Zustand der Vermögenshöhe bedingt wurde. Das Gesetz von 1899 brachte eine andere Art der Lastenverteilung, die auch von der RVO. beibehalten worden ist. Ein Teil der Rentenlasten ist nämlich von allen Versicherungsanstalten und Sonderanstalten gemeinsam zu tragen, er bildet die Gemeinlast. Die Gemeinlast wird gebildet aus:

1. den Grundbeträgen der Invalidenrenten und den Zuschüssen für Kinderrenten,
2. den Anteilen der Versicherungsanstalten an den Altersrenten, Witwen-, Witwer-, Waisenrenten, Witwengeld und Waisenaussteuer,
3. der Steigerung der Renten infolge von Militärdienst- und Krankheitswochen,
4. den Rentenaufrundungen.

Alle übrigen Verpflichtungen (Steigerungssätze, Kosten des Heilverfahrens, der Invalidenhauspflege, Verwaltungskosten) bilden die Sonderlast der Versicherungsanstalt (§ 1396). Zur Deckung der Gemeinlast scheidet jede Versicherungsanstalt vom 1. Januar 1912 an $^5/_{10}$ der Beiträge (früher $^4/_{10}$) buchmäßig als Gemeinvermögen aus (§ 1397). Das Sondervermögen setzt sich aus dem Vermögensbestande von 1900 und aus dem Zugang von jährlich $^6/_{10}$, von 1912 ab von $^5/_{10}$ zusammen. Die Verteilung der durch Renten und Witwen- und Waisengeld entstehenden Lasten auf das Reich, das Gemeinvermögen und das Sondervermögen sämtlicher Versicherungsanstalten und Sonderanstalten erfolgt durch die Rechnungsstelle des Reichsversicherungsamts (§ 1403, 103). Welcher Vorteil sich aus der neuen Verteilungsart für die Versicherungsanstalt Ostpreußen ergab, mag aus den Ziffern für 1910 entnommen werden. Die ausgezahlten Renten betrugen 6 697 000 Mark. Nach dem alten Verfahren hätte die Anstalt 4 259 000 Mark nach Abzug des Reichszuschusses decken müssen. Tatsächlich betrug ihr Anteil nunmehr 2 645 000 Mark, so daß also die neue Verteilungsart für Ostpreußen mit einem Vorteile von rund 1 600 000 Mark verbunden war. In der folgenden Tabelle ist dargestellt, wie hoch der Vorteil und Nachteil des neuen Verteilungsverfahrens sich für die einzelnen Versicherungsanstalten beläuft.

Nr.	Der Versicherungsanstalt: Name	Von der Gemeinlast stammen aus den Anweisungen der nebenstehenden Versicherungsanstalt M.	Die nebenstehende Versicherungsanstalt hat von der Gemeinlast zu tragen M.	Vorteil +, Nachteil — des neuen Verteilungsverfahrens im Jahre 1910 M.	1909 M.
1	Ostpreußen	3 185 814,82	1 571 774,00	+ 1 614 040,82	+ 1 642 791,54
2	Westpreußen	2 009 302,59	1 129 629,65	+ 879 672,94	+ 831 081,46
3	Berlin	2 722 765,51	4 147 214,53	— 1 424 449,02	— 1 345 648,53
4	Brandenburg	4 549 039,76	4 436 112,54	+ 112 919,22	+ 150 812,95
5	Pommern	2 262 278,56	1 451 283,21	+ 810 995,35	+ 786 510,49
6	Posen	1 989 154,28	1 357 141,95	+ 632 012,33	+ 731 074,14
7	Schlesien	6 105 366,23	5 679 369,65	+ 425 996,58	+ 717 336,46
8	Sachsen-Anhalt	3 953 624,08	3 361 169,81	+ 592 454,27	+ 564 870,09
9	Schleswig-Holstein	2 248 318,29	1 750 549,39	+ 497 768,90	+ 510 812,69
10	Hannover	3 501 699,19	3 136 807,46	+ 364 891,73	+ 500,010,20
11	Westfalen	2 755 947,04	3 805 423,71	— 1 049 476,67	— 1 050 797,22
12	Hessen-Nassau	1 973 664,25	2 446 496,53	— 472 832,28	— 509 039,16
13	Rheinprovinz	6 912 923,56	8 315 914,66	— 1 402 991,10	— 1 313 000,60
14	Oberbayern	1 855 200,29	1 712 988,75	+ 142 211,54	+ 127 986,46
15	Niederbayern	976 441,73	496 156,70	+ 480 285,03	+ 459 586,57
16	Pfalz	933 417,54	787 387,22	+ 146 030,32	+ 88 101,87
17	Oberpfalz u. Regensburg	491 917,83	397 099,77	+ 94 818,06	+ 104 310,18
18	Oberfranken	800 672,19	521 000,96	+ 279 671,23	+ 280 305,35
19	Mittelfranken	884 973,48	1 029 471,45	— 144 497,97	— 155 167,42
20	Unterfranken und Aschaffenburg	789 554,18	470 956,16	+ 318 589,02	+ 306 052,05
21	Schwaben u. Neuburg	875 831,15	696 141,57	+ 179 689,58	+ 168 533,91
22	Königreich Sachsen	5 749 727,67	6 948 092,09	— 1 198 364,42	— 1 307 611,52
23	Württemberg	2 953 390,71	2 666 868,77	+ 286 521,94	+ 259 081,92
24	Baden	2 372 523,53	2 483 854,62	— 111 331,09	— 164 077,87
25	Großherzogtum Hessen	1 513 911,74	1 315 842,56	+ 198 069,18	+ 137 872,86
26	Mecklenburg	1 053 871,83	805 273,38	+ 248 598,45	+ 243 275,72
27	Thüringen	1 692 730,93	1 772 153,96	— 79 423,03	— 74 643,80
28	Oldenburg	275 759,48	330 622,94	— 54 863,46	— 52 518,25
29	Braunschweig	605 637,44	578 569,21	+ 27 068,23	+ 15 989,96
30	Hansestädte	1 333 924,74	2 384 972,12	— 1 051 047,38	— 1 042 183,12
31	Elsaß-Lothringen	1 901 175,49	1 895 590,12	+ 5 585,37	— 38 965,75
32	Pensionskasse für die Arbeiter der Preuß.-HessischenEisenbahngemeinschaft	1 562 257,53	1 817 542,17	— 255 284,64	— 329 495,30
33	Norddeutsche Knappschafts-Pensionskasse	800 658,00	745 998,20	+ 54 659,80	— 5 398,03
34	Saarbrücker Knappschaftsverein	485 836,55	335 871,23	+ 149 965,32	+ 159 249,68
35	Arbeiter-Pensionskasse der Kgl. Bayrischen Staatseisenbahnverwaltung	173 846,15	259 405,13	— 85 558,98	— 102 969,04
36	Arbeiter-Pensionskasse der Kgl. Sächs. Staatseisenbahnen	159 025,72	186 036,41	— 27 010,69	— 37 737,16
37	Allg. Knappschafts-Pensionskasse f. d. Königreich Sachsen	413 964,96	199 027,88	+ 214 937,08	+ 197 628,10
38	Arbeiter-Pensionskasse für die Badischen Staatseisenbahnen u. Salinen	62 312,40	127 484,74	— 65 171,34	— 75 084,10

Der Versicherungsanstalt		Von der Gemeinlast stammen aus den Anweisungen der nebenstehenden Versicherungsanstalt	Die nebenstehende Versicherungsanstalt hat von der Gemeinlast zu tragen	Vorteil +, Nachteil — des neuen Verteilungsverfahrens im Jahre	
Nr.	Name	M.	M.	1910 M.	1909 M.
39	Pensionskasse für die Arbeiter der Reichs-Eisenbahnverwaltung in Elsaß-Lothringen.	76 442,65	103 793,79	— 27 351,14	— 36 556,67
40	Allgemeiner Knappschaftsverein zu Bochum	1 458 231,46	2 445 321,68	— 987 090,22	— 1 023 530,53
41	Invaliden-, Witwen- u. Waisenversicherungskasse der See-Berufsgenossenschaft . . .	21 500,87	342 218,73	— 320 717,86	— 318 850,58

Zum Schluß sei noch eine Übersicht über die Versicherungsträger der Invalidenversicherung gegeben (1909).

Es waren vorhanden:

	bei den Versicherungsanstalten	bei den Sonderanstalten
Mitglieder der Vorstände	210 (beamtete 114)	108 (8)
Hilfsarbeiter der Vorstände	42	7
Bureaubeamte	2 797	283
Unterbeamte	320	15
Kontrollbeamte	444	—
Mitglieder der Ausschüsse.	626	—
Beisitzer der Rentenstellen . . . . . (fallen nach der RVO. fort)	156	—
Beisitzer bei den untern Verwaltungsbehörden (nunmehr Versicherungsämtern) . . .	13 542	—
In Heilstätten beschäftigte Personen . . .	1 472	173
Markenverkaufstellen	2 265	107

Der Geschäftsbetrieb der Versicherungsanstalten verlangt einerseits verwaltungstechnische Betätigung, wie sie durch die Markenkontrolle, die Nachprüfung der Aufrechnungen auf den Karten, die Prüfung der Wartezeit, die Berechnung der Renten, die Aufstellung der Jahresrechnung, den Verkehr mit den Behörden, die Beaufsichtigung der eigenen Heilanstalten, ihre Verwaltung usw. bedingt wird. Sodann aber ist die Prüfung der Invalidität von besonderer Bedeutung, weil nur hierdurch die in Betracht kommenden Arbeiterkreise vor Unrecht geschützt werden. Diese Prüfung ist mit besonderen Schwierigkeiten verknüpft, da die Krankheiten, um die es sich handelt, meist chronische, innere Leiden sind, die nicht leicht zu diagnostizieren und noch weniger leicht auf die Schädigung der Erwerbsfähigkeit zu taxieren sind; und ferner setzt die Beurteilung, wieweit der Rest der verbliebenen Erwerbsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu verwenden ist, eine genaue Kenntnis des Arbeitsmarkts und besonders seiner Aufnahmefähigkeit für Leute mit schon stark verminderter Arbeitsfähigkeit voraus. Ich möchte ein praktisches Beispiel hierzu geben und lasse zu diesem Zweck die Aus-

führungen der Monatsblätter für Arbeiterversicherung (1910) folgen, die einen Bericht über den mustergültigen Geschäftsbetrieb der Landesversicherungsanstalt Schlesien bringen.

„Der Vorstand geht darauf aus, sich selbst die erforderliche Kenntnis der wirtschaftlichen, sozialen, hygienischen und persönlichen Verhältnisse zu verschaffen, diese Kenntnis und die für die Beurteilung maßgebenden Gesichtspunkte den beteiligten Stellen im Lande, Kreis-, Amts-. Gemeindebehörden und Ärzten zu vermitteln und alle diese Stellen zu planmäßigem Hand-in-Hand-Arbeiten miteinander zu verbinden.

Dazu dient in erster Reihe die Teilnahme der Mitglieder des Vorstandes und seiner Vertrauensärzte an den örtlichen Verhandlungen vor den unteren Verwaltungsbehörden. Diese Gelegenheiten werden verständnisvoll und zweckmäßig verwertet. um die Landräte, Assessoren, Bürgermeister, Kreisärzte der Provinz zunächst kennen zu lernen und dann mit den einschlägigen Verhältnissen und Gesichtspunkten vertraut zu machen, soweit das nötig ist. Es wird erörtert, ob zuviel oder zu wenig Termine, zu viel oder zu wenig Sachen bei den einzelnen Terminen angesetzt werden, ob die Terminstunde den Interessen der Bevölkerung hinsichtlich der Verkehrsverhältnisse entspricht, ob sie den Ärzten Zeit genug läßt zu den vor der Verhandlung vorzunehmenden Untersuchungen, überhaupt ob die Vorbereitung der Termine den Anforderungen entspricht, oder ob und in welcher Weise sie zu verbessern ist. Es wird auf etwa beobachtete Eigentümlichkeiten des Kreisarztes oder der anderen Ärzte hingewiesen, die im Kreise ansässigen Industrien und sonstigen Arbeitsgelegenheiten werden aufgesucht, größere Betriebe besichtigt, auf ihre Verwertbarkeit für Halbinvaliden geprüft und alle diese Fragen mit den beteiligten Beamten und Ärzten durchgesprochen. Über die Möglichkeit, land- und forstwirtschaftliche Arbeiten bei beschränkter Arbeitsfähigkeit zu verrichten, sind umfangreiche Ermittelungen bei land- und forstwirtschaftlichen Sachverständigen sowohl der Arbeitgeber wie der Arbeitnehmer aus 8 verschiedenen Kreisen der Provinz, bei einem Gärtner und einem dem Ausschusse der VA. angehörenden Chausseeaufseher vorgenommen worden.

In der gleichen Weise wie die vorbereitenden Termine vor den unteren Verwaltungsbehörden werden die Schiedsgerichtstermine und die großen Rentenrevisionen verwertet. Die letzteren werden an verschiedenen Orten im Kreise. unter Umständen an 6 bis 8 verschiedenen abgehalten, um möglichst an alle örtlichen Stellen und die Ärzteschaft des Bezirkes heranzukommen. Begreiflicherweise bringt die Ärzteschaft diesen Verhandlungen großes Interesse entgegen. Zum Beispiel haben an der letzten Revision der Rentenempfänger in der Stadt G. 11 Ärzte teilgenommen. So werden diese Termine — deren Ergebnis übrigens grundsätzlich nie zu einer Rentenentziehung unmittelbar, sondern nur, wo angebracht, zu einer späteren eingehenden ärztlichen Untersuchung führt — gewissermaßen zu sozial-medizinischen Kursen im kleinen. Mit den Terminen verbindet sich die Besichtigung von Krankenhäusern, die für Beobachtung oder Heilbehandlung benutzt werden, vorgefundene Mängel werden bemerkt, mindergeeignete Häuser von der Liste der von der VA. zu belegenden Anstalten gestrichen. Ferner wird auf die hygienischen Verhältnisse des Bezirkes, häufig hervortretende Invaliditätsursachen, auf die Eisenbahnverbindungen und sonstigen Verkehrsverhältnisse und ihren Einfluß auf die Erwerbsmöglichkeit geachtet.

Über jede Reise wird ein ausführlicher Bericht vom Dezernenten, ein etwas knapperer von dem beteiligten Vertrauensarzt erstattet. Die sämtlichen Berichte laufen im Vorstand um, damit alle Vorstandsmitglieder von allen wichtigeren Wahrnehmungen aus der ganzen Provinz unterrichtet werden.

Der allgemeinen Belehrung der örtlichen Stellen über ärztliche und der Ärzte über juristische Fragen dient ein von einem Vorstandsmitglied und dem ersten Vertrauensarzte der Anstalt verfaßtes Buch über „Arzt und Invalidenversicherung", welches an alle unteren Verwaltungsbehörden, Schiedsgerichtsvorsitzenden, sonst beteiligten amtlichen Stellen und an sämtliche 1500 Ärzte der Provinz verteilt worden ist.

Den unteren Verwaltungsbehörden teilt die VA. regelmäßig eine Übersicht über die Erledigung der Rentenanträge des abgelaufenen Jahres mit, kreisweise geordnet und nach der Art der vorangegangenen Begutachtung, der Stellung der VA. zu dem Gutachten, der Begründung der Ablehnung, der Notwendigkeit von weiteren Erhebungen usw. gekennzeichnet, so daß jede untere Verwaltungsbehörde wenigstens in gewisser Weise darin ein Spiegelbild ihrer Arbeitsweise findet, ihre Arbeit mit den Leistungen der anderen unteren Verwaltungsbehörden vergleichen kann und von den anderen kontrolliert wird.

Es ist begreiflich, daß durch eine derartige eingehende Bearbeitung der Rentensachen sich sowohl bei dem Vorstand eine genaue Kenntnis der einschlägigen Verhält-

nisse der Provinz bildet, wie daß in der Provinz selbst das Verständnis und der Wert der den örtlichen Stellen übertragenen Arbeit wachsen müssen, zumal da die Verständigung mit diesen Stellen seitens des Vorstandes planmäßig durchgeführt wird. Es ist zwar keine bestimmte Reihenfolge für die Teilnahme an den verschiedenen Arten von Terminen aufgestellt — alle wahrzunehmen ist natürlich unmöglich —, aber die Termine werden nicht nach äußerlichen Rücksichten, sondern nach den jeweils in Betracht kommenden sachlichen Gesichtspunkten ausgewählt; dabei wird darauf gesehen, daß innerhalb dreier Jahre an allen Stellen ein Vorstandsmitglied gewesen ist, und daß nach Möglichkeit unausgesetzt Fühlung mit den Verwaltungsbehörden gehalten wird.

Alles in allem darf gesagt werden, daß eine solche, nicht vom grünen Tisch aus betriebene, sondern aus dem Leben für das Leben schöpfende Tätigkeit dem Grundgedanken des Gesetzes so weit gerecht wird, wie es nur möglich ist."

Literatur.

Mentzel, Die Invaliden- und Hinterbliebenen-Versicherung. Leipzig 1912.

Sechstes Kapitel.

Der Kreis der versicherten Personen.

In allen drei Versicherungszweigen unterliegen eine Anzahl von Personen der Versicherungspflicht, während andere Personen sich freiwillig versichern können. Jedoch decken sich die Personenkreise der drei Versicherungen nicht ohne weiteres, ebenso sind die Bedingungen, unter denen die Versicherung eintritt, durchaus verschieden, und der Versicherungsfall, der durch Krankheit, Unfall oder Invalidität bedingt wird, wird mit verschiedenem Maß gemessen, je nachdem ein höherer oder geringerer Grad von Erwerbsunfähigkeit im weiteren Sinne vorliegt. Gemeinsam ist den drei Versicherungszweigen, daß nur im Erwerbsleben stehende Personen bis zu einer gewissen Einkommensgrenze, die allerdings verschieden festgesetzt ist, versicherungspflichtig werden, und daß im Versicherungsfalle ein gesetzlicher Anspruch auf die jeweiligen Leistungen besteht. Auch kann eine Versicherungspflicht nicht bei Beschäftigung eines Ehegatten durch den andern begründet werden (§ 159).

Die Unfallversicherung hebt sich zunächst von den beiden andern Versicherungszweigen dadurch ab, daß sie streng genommen keine Versicherung der Arbeiter ist, sondern daß die Haftpflicht des Unternehmers erweitert und auf korporative Verbände übertragen ist, die gewissermaßen einen Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit bilden. Eine Versicherung setzt voraus, daß der eine Teil gewisse Einlagen macht, für die er unter bestimmten Umständen einen Ersatz erhält, daß der andere Teil die Einlagen bekommt und im bestimmten Falle die ausgemachte Leistung gewährt. So ist es auch bei der Kranken- und Invalidenversicherung. Bei der Unfallversicherung hat der Arbeiter keine Einlagen zu machen, er erhält kraft Gesetzes in dem bestimmten Falle die Versicherungsleistungen, alle komplizierten Bedingungen, wie Anwartschaft, Ruhen der Versicherungspflicht, Versicherungsberechtigung, Altersgrenze usw., die bei den beiden andern Versicherungszweigen bestehen, kommen hier nicht in Frage. Wenn die in den Rahmen der Unfallversicherung hineingezogenen Personen eine Beschäftigung in einem versicherungspflichtigen Betrieb aufnehmen, sind sie nicht versicherungspflichtig, sondern ohne weiteres versichert.

Bei der Kranken- und der Invalidenversicherung ersteht im entsprechenden Falle zunächst die Versicherungspflicht, und auch wenn dieser Pflicht genügt wird, so sind an den Bezug der Leistungen gewisse Bedingungen geknüpft, die bei der Unfallversicherung überhaupt nicht in Frage kommen. Bei ihr ist es gleichgültig, wielange der Verletzte in seiner Beschäftigung ist, ob er unter 16 Jahren ist, ob er vorübergehend beschäftigt ist, wieweit er in seiner Erwerbsfähigkeit beschränkt ist. Der Ausdruck „Wartezeit", der auch bei der Unfallversicherung vorkommt, hat eine

andere Bedeutung wie bei der Invalidenversicherung. Hier ist sie eine der Bedingungen, an die überhaupt die Gewährung der Versicherungsleistungen geknüpft ist. Wenn jemand nicht genug Marken geklebt hat, d. h. nicht lange Zeit genug versichert war, erhält er auch bei Invalidität keine Rente; er hat die Wartezeit nicht erfüllt. Die Verpflichtung der Unfallversicherung zu der Gewährung der Versicherungsleistungen ist an solche Versicherungszeit nicht gebunden, ihre Leistungen beginnen aber in allen Fällen erst 13 Wochen nach dem Unfall, und diese ersten 13 Wochen bezeichnet man auch als „Wartezeit", obwohl das Wort hier eine andere Bedeutung hat als bei der Invalidenversicherung. Bei der Kranken- und bei der Invalidenversicherung tritt durch Aufnahme der Beschäftigung unabhängig von dem Willen der Beteiligten die Versicherungspflicht ein, bei der Unfallversicherung dagegen die Versicherung selbst.

Dieser grundlegende Unterschied gestattet es nicht, die Versicherungspflicht in den drei Versicherungszweigen nebeneinander zu betrachten. Nur Kranken- und Invalidenversicherung können hierin miteinander verglichen werden.

Der Versicherungspflicht gegen Krankheit **und** gegen Invalidität unterliegen:

1. Arbeiter, Gehilfen, Gesellen, Lehrlinge, Dienstboten,
2. Betriebsbeamte, Werkmeister und andere Angestellte in ähnlich gehobener Stellung, sämtlich, wenn diese Beschäftigung ihren Hauptberuf bildet,
3. Handlungsgehilfen und -lehrlinge, Gehilfen und Lehrlinge in Apotheken,
4. Bühnen- und Orchestermitglieder ohne Rücksicht auf den Kunstwert der Leistungen,
5. Lehrer und Erzieher,
6. die Schiffsbesatzung deutscher Seefahrzeuge und die Besatzung von Fahrzeugen der Binnenschiffahrt

(§§ 165, 1226). Außerdem unterliegen der Krankenversicherungspflicht alle Hausgewerbetreibenden, der Invalidenversicherungspflicht aber nach Beschlüssen des Bundesrats nur Hausgewerbetreibende der Tabak- und Textilfabrikation, während andere Hausgewerbetreibende durch Bundesratsbeschluß hineinbezogen werden können (§ 1229). Keinen Unterschied machen grundsätzlich Geschlecht oder Familienstand. Das Gesetz gilt ebensowohl für Arbeiter wie für Arbeiterinnen, für Verheiratete wie für Ledige. Voraussetzung der Versicherung für die oben bezeichneten Personen ist, daß sie „beschäftigt werden". Außerdem muß in der Invalidenversicherung schlechthin, in der Krankenversicherung im allgemeinen — ausgenommen die Hausgewerbetreibenden und die Lehrlinge — für die Tätigkeit ein Entgelt gewährt werden. Zum Entgelt im Sinne des Gesetzes gehören neben Gehalt und Lohn auch Gewinnanteile, Sach- und andere Bezüge, die der Versicherte, wenn auch nur gewohnheitsmäßig, statt des Gehaltes oder Lohnes oder neben ihm von dem Arbeitgeber oder einem Dritten erhält (§ 160, Anleitung Ziffern 18—22). Abgesehen von Lehrern und Erziehern erstreckt das Gesetz die Versicherungspflicht nur auf Beschäftigte in abhängiger Stellung, nicht dagegen auf selbständige Erwerbstätige. (Der Bundesrat kann kleine Gewerbetreibende und Hausgewerbetreibende im Gegensatz dazu in die Versicherungspflicht hineinbeziehen, § 1229.) Eine Begriffsbestimmung hat das Gesetz weder für die Lohnarbeit noch für die selbständige Erwerbstätigkeit gegeben. Für die

Feststellung kommt eine große Anzahl von Einzelumständen in Betracht, so daß die Entscheidung oft nur durch sorgfältiges Abwägen der verschiedenen Tatbestandsmerkmale gewonnen werden kann (Anleitung Ziffer 10—16.) Gegenüber diesen übereinstimmenden Vorschriften besteht eine Verschiedenheit der Abgrenzung, die zur Folge hat, daß sich die Kreise der Versicherten in der Krankenversicherung und Invalidenversicherung nicht vollständig decken, und daß unter Umständen die versicherungsrechtliche Beurteilung derselben Person auf beiden Gebieten verschieden ist.

In der Krankenversicherung hat der Eintritt in eine versicherungspflichtige Beschäftigung ohne weiteres die Mitgliedschaft zur Folge (§ 306); nur für die unständig Beschäftigten und die hausgewerblichen Versicherungspflichtigen beginnt die Mitgliedschaft erst mit der Eintragung in das Mitgliederverzeichnis (§§ 442, 468). Dagegen ist in der Invalidenversicherung nur der versichert, für den auch die vorgeschriebenen Beiträge geleistet werden. Hieraus ergeben sich bedeutungsvolle Differenzen. Zunächst möge darauf eingegangen werden, wie ein krankhafter Zustand hinsichtlich der Versicherungspflicht beurteilt wird. Krankheit beim Eintritt in die versicherungspflichtige Beschäftigung schließt die Krankenversicherung nur aus, wenn völlige Arbeitsunfähigkeit besteht, also die Arbeit nur zum Scheine aufgenommen ist. Nach einer grundlegenden Entscheidung des preußischen Oberverwaltungsgerichts vom 1. Dezember 1904 (XLVI, 363) knüpft das Gesetz die Versicherung der Arbeiter gegen Krankheit an die Leistung von Lohnarbeit, ohne zu unterscheiden, ob die Arbeiter bei Übernahme der Arbeit gesund oder krank sind, ob sie bei noch vorhandener Arbeitsfähigkeit wegen der Krankheit, von der sie betroffen sind, einer Heilbehandlung bedürfen, oder ob sie die Arbeit nur unter Gefährdung der Gesundheit oder einer Verschlimmerung der Krankheit zu leisten vermögen. Das Ermessen der Arbeitgeber, ob sie kranke Arbeiter beschäftigen, und das Ermessen der Arbeiter, ob sie trotz Erkrankung Lohnarbeit leisten mögen, unterliegt nach dem Gesetz keiner Beschränkung. Die Kassenorgane haben durch den § 188 der RVO. die Möglichkeit, sich gegen Ausbeutung durch kranke Arbeiter zu schützen. Danach kann die Satzung die Regelleistungen und die Krankenhilfe auf die Dauer von 13 Wochen beschränken, wenn der Versicherte wegen derselben Krankheit bei irgendeiner Kasse binnen 12 Monaten bereits 26 Wochen die Krankenleistungen erhalten hat. Diese Schutzfrist für die Kassen erstreckt sich ebenfalls auf 12 Monate. Im allgemeinen schließt also Krankheit die Aufnahme in die Krankenversicherung nicht aus. — Die Aufnahme der Arbeit allein begründet die Versicherungspflicht, die Anmeldung, Zahlung der Beiträge usw. ist ohne Belang. Die Mitgliedschaft beginnt bei derjenigen Kasse, die als zuständige Zwangskasse anzusehen ist. Ist die Anmeldung irrtümlich bei einer andern als der zuständigen Kasse erfolgt, so muß diese Kasse, wenn ihr Prüfungsrecht von 3 Monaten verstrichen ist, selber im Falle einer Krankheit eintreten (§ 315). Dieses gilt sogar für Personen, die weder versicherungspflichtig noch versicherungsberechtigt sind (§ 213).

Bei der Invalidenversicherung ist derjenige nicht versicherungspflichtig, der invalide ist, d. h. der nicht mehr imstande ist, durch eine Tätigkeit, die seinen Kräften und Fähigkeiten entspricht, ein Drittel dessen zu erwerben, was körperlich und geistig gesunde Personen derselben Art mit ähnlicher Ausbildung in derselben Gegend durch Arbeit zu verdienen pflegen (§ 1236). Wenn eine Person invalide ist, so berechtigt der Eintritt in eine versicher-

ungspflichtige Beschäftigung sie nicht zur Beitragsleistung. Leistet sie trotzdem Beiträge, so sind diese Beiträge ungültig. Dieser prinzipielle Standpunkt hat allerdings praktisch nicht so erhebliche Bedeutung, weil das Reichsversicherungsamt geneigt ist, Erwerbsfähigkeit auch bei schweren Gebrechen anzuerkennen, wenn der Arbeitsnachweis erbracht wird. Mehrfach ist die Erwerbsfähigkeit von Blinden bejaht worden (Amtl. Nachr. d. R.V.A. 1897, S. 408, 1902 S. 388).Ebenso ist in einer andern Entscheidung ausgesprochen (A. N. d. R.V.A. 1906 S. 277), daß völlige Taubheit einen sonst gesunden, vollkräftigen Arbeiter noch nicht vom allgemeinen Arbeitsmarkt ausschließt, selbst wenn der betreffende Arbeiter infolge dieses Leidens an seinem Wohnort und seiner nächsten Umgebung keine Arbeit findet. Ferner ist die Erwerbsfähigkeit einer an beiden Füßen gelähmten Frau erörtert und anerkannt worden (A. N. d. R.V.A. 1906 S. 637). Auch ein Arbeiter ist trotz Verlustes beider Hände für erwerbsfähig und versicherungspflichtig erklärt worden (A. N. d. R.V.A. 1901 S. 634), da er vermöge geschickter Benutzung der Stümpfe und daran befestigter Werkzeuge als Waldhüter tätig sein kann, schreibt, rechnet, mißt usw. — Die angeführten Beispiele zeigen, daß Personen, die durch den Verlust wichtiger Organe und Gliedmaßen geschädigt sind, nicht ohne weiteres als invalide angesehen werden können und darum häufig auch versicherungspflichtig sind. Andererseits pflegen vielfach Personen, die nicht versichert waren und bei ihren Kindern leben, denen sie dafür etwas in der Wirtschaft mithelfen, bei nahendem Alter oder bei Kränklichkeit das Bedürfnis zu spüren, sich noch schnell den Genuß einer Invalidenrente zu verschaffen. Da aber hierzu mindestens 200 Beitragsmarken geklebt sein müssen, hiervon 100 während einer versicherungspflichtigen Zeit, so gehen die Leute mit ihren Kindern einen Scheinvertrag ein, nach dem sie als Dienstboten oder Arbeiter bei ihnen tätig sind. Natürlich liegt dann eine versicherungspflichtige Beschäftigung nicht vor. Das sind jedoch Fälle, deren gelegentliches Vorkommen es nicht rechtfertigen kann, stets einen Nachweis dafür zu verlangen, daß die verwendeten Beitragsmarken auf Grund versicherungspflichtiger Beschäftigung verwendet worden seien. (§ 1445). Indessen hat das Versicherungsamt bei Rentenanträgen, falls Bedenken über die Versicherungspflicht bestehen, besondere Ermittlungen darüber anzustellen, ob und gegebenenfalls welche Familienbeziehungen zwischen dem Arbeitgeber und dem Versicherten bestehen, ob der Versicherte erst im vorgeschrittenen Alter in die Versicherung eingetreten ist oder nur verhältnismäßig wenig Beiträge geleistet sind, aus welchen Gründen dies geschehen ist, und wie seine wirtschaftlichen Verhältnisse früher gewesen sind. (Verordn. betr. die Versicherungsämter § 83).

Diese Ausführungen über die Beitragspflicht bei der Invalidenversicherung waren deshalb unerläßlich, weil das Vorhandensein von 100 Pflichtbeiträgen die Wartezeit für die Invalidenrente von 500 auf 200 Wochen abkürzt, somit ein erheblicher Unterschied zwischen der Zwangsversicherung und der freiwilligen Invalidenversicherung besteht (§ 1278). Eine derartige differenzierte Behandlung gibt es bei der Krankenversicherung nicht. Aber besonders darin ist der prinzipielle Unterschied der beiden Versicherungszweige zu erblicken, daß bei der Krankenversicherung der Versicherungsfall lediglich an die Mitgliedschaft bei der Krankenkasse gebunden ist, bei der Invalidenversicherung aber von der regelmäßigen Beitragsleistung und von der Erfüllung einer Wartezeit abhängt. Andererseits hört die Versicherungsleistung bei der Krankenversicherung nach dem Gesetz nach

26 Wochen auf, bei der Invalidenversicherung ist sie meist dauernd. Dieser Unterschied beruht darauf, daß die eine Versicherung für die akuten Krankheiten von kürzerer Dauer berechnet ist, die andere für die chronischen, oft jahrelangen oder gar lebenslänglichen Leiden und Gebrechen. Die Invalidenversicherung löst daher auch die Krankenversicherung ab, deren Leistungen ja nach 26 Wochen aufhören, indem sie demjenigen Invalidenrente zusichert, der während 26 Wochen ununterbrochen invalide gewesen ist, solange die Invalidität dauert (Krankenrente) (§ 1255).

Diese Ablösung der einen Versicherung durch die andere hat allerdings nur einen bedingten Wert. Denn die Versicherungsleistungen sind zu verschieden, als daß sie einander gleichgesetzt werden könnten; beträgt doch allein das Krankengeld ein Vielfaches der Krankenrente. Ferner ist der Personenkreis nicht ganz derselbe, und schließlich haben noch zwei Faktoren eine Bedeutung. Die Krankenversicherung kennt nämlich kein Mindestalter, aber die Invalidenversicherung beginnt erst beim vollendeten 16. Lebensjahr. Das bedingt natürlich einen weiteren Unterschied in dem Versichertenkreis, der noch durch folgende Bestimmung verschärft wird. Für Arbeiter, Gehilfen, Gesellen, Lehrlinge und für die Schiffsbesatzung ist eine Einkommensgrenze bei beiden Versicherungen nicht vorgesehen, bei der Krankenversicherung außerdem für Hausgewerbetreibende nicht. Dagegen liegt für alle andern versicherungspflichtigen Personen (Betriebsbeamte, Werkmeister und sonstige Angestellte, Handlungsgehilfen und -lehrlinge, Gehilfen und Lehrlinge in Apotheken, Bühnen- und Orchestermitglieder, Lehrer, Erzieher und Schiffer) bei der Invalidenversicherung keine Versicherungspflicht vor, wenn das Einkommen aus der Arbeit 2000 M. übersteigt, bei der Krankenversicherung dagegen ist die Einkommensgrenze auf 2500 M. festgesetzt. Diese Verschiedenheit rührt daher, daß für die abhängigen Personen in gehobener Stellung die Angestelltenversicherung eintreten soll, so daß eine Erhöhung der Einkommensgrenze in der Invalidenversicherung nur viele Personen zu einer Doppelversicherung in der Invaliden- und in der Angestelltenversicherung gezwungen hätte. Für die Erhöhung der Einkommensgrenze in der Krankenversicherung war der Standpunkt maßgebend, daß seit dem Beginn der Krankenversicherung der Geldwert erheblich gesunken ist. Besonders kaufmännische Kreise machten geltend, daß sie schlechter gestellt seien als die Arbeiter, die ein höheres Einkommen als 2000 M. hätten. In der Begründung des Gesetzes der Angestelltenversicherung ist angenommen, daß über eine Million Arbeiter vorhanden sei, die jährlich mehr als 2000 M. Verdienst haben. Dagegen leistete die Ärzteschaft gegen jede Erhöhung der Einkommensgrenze lebhaften Widerstand, da hierdurch eine Einschränkung der Privatpraxis bedingt werde, die durch die dauernde Erweiterung des Versichertenkreises ohnehin erheblich eingeengt sei. Die Zahl der Versicherten wird durch die neuen Bestimmungen von 13 Millionen auf etwa 22 Millionen erhöht. Gegen diese Erweiterung des Versichertenkreises ist seitens der Ärzteschaft kein Einwand erhoben worden, da es sich hier um die weitere Einbeziehung von wirtschaftlich schwachen Personen handelt, denen der Schutz der Versicherung gebührt. Auch diese Erweiterung ist für die Ärzte nicht belanglos, da die ärztliche Hilfe für Personen, die außerhalb der Versicherung stehen, selbst in der Armenpraxis nach der Mindesttaxe bezahlt wird. Die Krankenkassen bezahlen dagegen bisher Pauschale, bei denen für die ärztliche Leistung etwa nur ein Drittel der Mindesttaxe bezahlt wird, obwohl natürlich Abweichungen im einzelnen bestehen. Wenn

dagegen die Einkommensgrenze erhöht wird, so begibt man sich damit auf eine bedenkliche Bahn, deren Ende nicht abzusehen ist. Schon der Entwurf hatte eine Erhöhung der Einkommensgrenze auf 3000 M. vorgesehen, von anderer Seite wurde sogar eine solche von 5000 M. vorgeschlagen. Damit wird eine weitere Entwicklung der sozialen Versicherung angedeutet, die recht gefährlich ist, da nun nicht mehr die wirtschaftlich Schwachen geschützt werden sollen, sondern allmählich die ganze Bevölkerung in den Rahmen der Versicherung hineinbezogen wird, wir uns dem allgemeinen Rentenstaate immer mehr nähern, und durch die Gesetzgebung selber die Schwächung des Selbstverantwortlichkeitsgefühls in der Nation befördert wird. Der Widerstand der Ärzte war in erster Linie durch wirtschaftliche Motive bedingt, denn diese Hineinbeziehung immer weiterer Bevölkerungsschichten, die ganz leistungsfähig sind, in die Versicherung macht allmählich jede Behandlung in der Privatpraxis unmöglich, die freie Arzttätigkeit wird unterbunden, und schließlich bleiben nur noch Kassenärzte übrig. Man hat seinerzeit die Ärzte im Reichstag mit dem Hinweis beruhigen wollen, daß sie für die ärztliche Behandlung von Kassenmitgliedern mit einem Einkommen über 2000 M. eine höhere Taxe einführen sollten. Ich möchte feststellen, daß dieser Hinweis unwidersprochen geblieben ist und der Gesetzgeber ein solches Vorgehen für anwendbar hält. Da nach dem Gesetz nun aber die Mitglieder mit einem höhern Einkommen nicht etwa zu höheren Beiträgen herangezogen werden können, so müssen die ärmeren Mitglieder für die besser gestellten Mitglieder die höheren Arztkosten mitaufbringen. Eine solche Wirkung der sozialen Versicherung ist natürlich höchst unerwünscht. Hoffentlich wird sie aber den Erfolg haben, daß man in Zukunft von einer weitern Erhöhung der Versicherungsgrenze Abstand nimmt und die soziale Versicherung auf die Kreise beschränkt, für die sie wirklich bestimmt und eine unerläßliche Notwendigkeit ist.

Von der allgemeinen Versicherungspflicht bei den Versicherungsträgern kann sowohl bei der Krankenversicherung als auch bei der Invalidenversicherung eine Befreiung eintreten, die aber bei beiden verschieden gehandhabt wird. In beiden sind ohne weiteres versicherungsfrei Beamte, Militärpersonen und Personen während ihrer wissenschaftlichen Ausbildung (§§ 172, 1235). Krankenschwestern und ähnliche Personen sind auch von der Krankenversicherung frei. Von der Mitgliedschaft bei der Invalidenversicherung ist frei, wer eine reichsgesetzliche Invaliden- oder Hinterbliebenenrente bezieht oder invalide ist (§ 1236). Auf eigenen Antrag wird in der Krankenversicherung von der Versicherungspflicht befreit, wer invalide oder dauernd erheblich erwerbsbeschränkt ist, falls der Armenverband zustimmt (§ 173); in der Invalidenversicherung werden öffentlich angestellte Personen, die einen Anspruch auf Ruhegeld und Hinterbliebenenfürsorge haben, Personen mit Hochschulbildung und vorübergehend beschäftigte Personen unter bestimmten Voraussetzungen (§§ 1237—1239) befreit. Auf Antrag des Arbeitgebers werden befreit in der Krankenversicherung: Lehrlinge aller Art, solange sie im Betrieb ihrer Eltern beschäftigt sind, Erwerbslose, die in Arbeiterkolonien vorübergehend beschäftigt werden, ferner Angestellte in öffentlichen Stellungen, landwirtschaftliche Arbeiter und Dienstboten, wenn der Arbeitgeber selber die Krankenfürsorge übernimmt (§§ 170, 171, 418, 435). Die öffentlich Angestellten können auch bei der Invalidenversicherung auf Antrag des Arbeitgebers durch den Bundesrat von der Versicherungspflicht befreit werden (§ 1242). Der Bundesrat

bestimmt in beiden Versicherungszweigen, wieweit vorübergehende Dienstleistungen versicherungsfrei bleiben (§§ 168, 1232). Der Bundesrat kann ferner bestimmen, unter welchen Voraussetzungen Hausgewerbetreibende auf ihren Antrag für ihre eigene Person von der Krankenversicherungspflicht frei bleiben (§ 467); in der Invalidenversicherung hat er von einer ähnlichen Befugnis (§ 1233) Gebrauch gemacht, die sich auf ausländische Arbeiter erstreckt. Polnische Arbeiter russischer und österreichischer Staatsangehörigkeit sind von der Versicherungspflicht befreit, jedoch muß der Arbeitgeber seine Beitragshälfte an die Versicherungsanstalt abführen, da sonst deutsche Arbeiter weniger bevorzugt werden würden. Soweit eine Befreiung auf Antrag vorgesehen ist, entscheidet als erste Instanz in der Krankenversicherung der Kassenvorstand, in der Invalidenversicherung das Versicherungsamt (§§ 175, 418, 1240 — aber 170).

Außer den Personen, die der Versicherungspflicht unterliegen, gibt es solche, in deren Belieben es gestellt ist, ob sie die Versicherung eingehen wollen. In der Krankenversicherung können erstens Personen, die einer versicherungspflichtigen Beschäftigung nachgehen, aber aus irgendeinem Grund versicherungsfrei sind, zweitens Familienangehörige des Arbeitgebers, die ohne eigentliches Arbeitsverhältnis und ohne Entgelt in seinem Betriebe tätig sind, drittens Gewerbetreibende und andere Betriebsunternehmer, die in ihren Betrieben regelmäßig keine oder höchstens zwei Versicherungspflichtige beschäftigen, der Versicherung freiwillig beitreten, wenn nicht ihr jährliches Gesamteinkommen 2500 M. übersteigt (§ 176). Für die obligatorisch Versicherten ist dagegen die Einkommensgrenze nach dem Jahresarbeitsverdienst berechnet (§ 165). Der Bundesrat erläßt Bestimmungen über die freiwillige Versicherung der unständigen Arbeiter. Die Satzung der Krankenkasse kann das Recht zum Beitritt von einer bestimmten Altersgrenze und von der Vorlegung eines ärztlichen Gesundheitszeugnisses abhängig machen. Die Festsetzung der Altersgrenze bedarf der Zustimmung des Oberversicherungsamts (§ 176). Die Versicherungsberechtigung erlischt in allen Fällen, wenn das regelmäßige jährliche Gesamteinkommen 4000 M. übersteigt (§ 178). Die Mitgliedschaft Berechtigter beginnt mit dem Tage ihres Beitritts zur Kasse. Der Beitritt geschieht durch schriftliche oder mündliche Anmeldung beim Vorstand oder bei der Meldestelle, die vom Versicherungsamt gemeinsam für mehrere verschiedenartige Kassen errichtet ist (§ 319). Eine Erkrankung, die beim Beitritt bereits besteht, begründet für diese Krankheit keinen Anspruch auf Kassenleistung (§ 310). Ich komme später noch ausführlich auf die Erkrankungshäufigkeit der freiwilligen Krankenkassenmitglieder zurück und werde zeigen, wie sehr die Kassen gerade durch diese Mitglieder ausgenutzt und finanziell geschädigt werden. Umsomehr ist es zu bedauern, daß die freiwillige Mitgliedschaft an ein Einkommen gebunden ist, dessen obere Grenze weit über die Verhältnisse der Bevölkerungskreise hinausgeht, für die eine gesetzliche Fürsorge nötig ist.

Die Invalidenversicherung unterscheidet bei der freiwilligen Versicherung die Selbstversicherung und die Weiterversicherung. Zum freiwilligen Eintritt in die Versicherung (Selbstversicherung) sind bis zum vollendeten vierzigsten Lebensjahre die vorher bei der freiwilligen Krankenversicherung unter erstens und drittens genannten Personen berechtigt, dabei ist bei einigen die Berechtigung an die obere Einkommensgrenze von 3000 M. gebunden (§ 1243). Wer aus einem versicherungspflichtigen Ver-

hältnis ausscheidet, kann die Versicherung freiwillig fortsetzen (Weiterversicherung) (§ 1244). Die Selbstversicherung und die Weiterversicherung haben eine besondere Bedeutung für die Wartezeit und die Erhaltung der Anwartschaft, worauf später einzugehen ist. Eine völlige Neuerung bringt die RVO. mit der Einführung der freiwilligen Zusatzversicherung. Alle Versicherungspflichtigen und alle Versicherungsberechtigten können zu jeder Zeit und in beliebiger Zahl Zusatzmarken einer beliebigen Versicherungsanstalt in die Quittungskarte einkleben. Sie erwerben dadurch Anspruch auf Zusatzrente für den Fall, daß sie invalide werden. Der Wert der Zusatzmarke beträgt eine Mark. Die durch Zusatzmarken erworbene Anwartschaft erlischt nicht (§ 1472). Eine Wartezeit oder eine Kürzung der Zusatzrente beim Zusammentreffen mit einer Unfallrente oder mit andern Ansprüchen findet nicht statt (§ 1475). Die Einnahmen aus den Zusatzmarken fließen in das Gemeinvermögen, die Ausgaben für Zusatzrenten bilden einen Teil der Gemeinlast (§ 1478).

Die Bestimmungen über die Aufrechterhaltung der Anwartschaft, über die Wartezeit, über die Versicherungsleistungen sind für die Invalidenversicherung so charakteristisch, daß sie mit der Beitragsbemessung bei den Krankenkassen und den Versicherungsleistungen nicht verglichen werden können, und bei diesen bestehen auch wieder Unterschiede je nach der Kassenart. Die Beiträge und Leistungen und die Bedingungen für den Bezug der Leistungen werden daher in dem nächsten Kapitel gesondert für die drei Versicherungszweige besprochen werden. Es soll jetzt zunächst der Versichertenkreis in der Unfallversicherung behandelt werden.

Der Personenkreis ist in der Unfallversicherung durch den Betrieb bedingt. Erst in zweiter Linie sind die Personen, die für die Versicherung in Frage kommen, näher spezifiziert. Es sind, um dies vorwegzunehmen,

1. Arbeiter, Gesellen, Gehilfen, Lehrlinge,
2. Betriebsbeamte.

Beide Personengruppen müssen in versicherungspflichtigen Betrieben oder Tätigkeiten beschäftigt sein. Bei der ersten Personengruppe ist eine Einkommensgrenze nicht vorgesehen, bei der zweiten darf der Jahresarbeitsverdienst 5000 M. nicht übersteigen (§ 544, 923). Die Einkommensgrenze ist also hier wie in der Invalidenversicherung durch den Jahresverdienst bei der Beschäftigung gegeben, während bei der Krankenversicherung unter Umständen das Gesamteinkommen, also Nebeneinnahmen, Renten, Zinsen neben dem Jahresverdienst aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung, berücksichtigt wird. Die genannten beiden Personengruppen werden durch keinerlei Bestimmungen über Alter, Geschlecht, Familienstand und Verwandtschaftsverhältnis enger begrenzt, nur wird auch hier wie überall der eine Ehegatte nie als der Angestellte des andern angesehen (§ 159). Bei der Unfallversicherung ist es fernerhin nicht erforderlich, daß die betreffenden Personen gegen Entgelt beschäftigt sind. Die Personen sind nicht versicherungspflichtig sondern sie sind auf Grund ihrer Beschäftigung versichert, ohne daß sie selber etwas dazuzutun brauchen. Versicherungs-. pflichtig sind die Betriebe, und zwar:

1. Bergwerke, Salinen, Aufbereitungsanstalten, Steinbrüche, Gräbereien,
2. Fabriken, Werften, Hüttenwerke, Apotheken, gewerbliche Brauereien und Gerbereibetriebe,

3. Bauhöfe, Gewerbebetriebe, in denen Bau-, Dekorateur-, Steinhauer-, Schlosser-, Schmiede- oder Brunnenarbeiten ausgeführt werden, ferner Steinzerkleinerungsbetriebe sowie Bauarbeiten außerhalb eines gewerbsmäßigen Baubetriebes,
4. das Schornsteinfeger-, das Fensterputzer-, das Fleischergewerbe und der Betrieb von Badeanstalten,
5. der gesamte Betrieb der Eisenbahnen und der Post- und Telegraphenverwaltungen sowie die Betriebe der Marine und Heeresverwaltungen,
6. der Binnenschiffahrts-, der Flößerei-, der Prahm- und der Fährbetrieb, das Schiffziehen (Treidelei), die Binnenfischerei, die Fischzucht, die Teichwirtschaft und die Eisgewinnung, der Baggereibetrieb sowie das Halten von Fahrzeugen auf Binnengewässern,
7. der Fuhrwerksbetrieb, der Speditionsbetrieb, der Fahrbetrieb, der Reittier- und der Stallhaltungsbetrieb, das Halten von anderen Fahrzeugen als Wasserfahrzeugen, wenn sie durch elementare oder tierische Kraft bewegt werden, sowie das Halten von Reittieren,
8. der Speicher-, der Lagerei- und der Kellereibetrieb,
9. der Gewerbebetrieb der Güterpacker, Güterlader, Schaffer, Bracker, Wäger, Messer, Schauer, Stauer,
10. Betriebe zur Beförderung von Personen oder Gütern und Holzfällungsbetriebe, wenn sie mit einem kaufmännischen Unternehmen verbunden sind, das über den Umfang des Kleinbetriebes hinausgeht,
11. unter der gleichen Voraussetzung (Nr. 10) Betriebe zur Behandlung der Ware.

Diese 11 verschiedenen Betriebsgruppen gehören der gewerblichen Unfallversicherung an. Bei einigen besteht die Bestimmung, daß sie gewerbsmäßig betrieben werden (§ 537). Der landwirtschaftlichen Unfallversicherung unterliegen

12. die landwirtschaftlichen Betriebe (§ 915).

Dazu gehören Acker-, Wiesen-, Wein-, Obst- und Gartenbau, die weitere Pflege, Behandlung und Lagerung selbstgewonnener Rohprodukte, Viehhaltung, wenn sie mit einem landwirtschaftlichen Betrieb in Zusammenhang steht, Gärtnerei und Forstwirtschaft. Die landwirtschaftlichen Betriebe werden bei den landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften versichert, über die ich ebenso wie über die gewerblichen Berufsgenossenschaften und die Zuteilung der Nebenbetriebe bereits in dem Abschnitt über Versicherungsträger gesprochen habe. Schließlich ist gegen Unfall versichert

13. das Personal auf deutschen Seefahrzeugen und im weiteren Seeverkehr (§ 1046).

Sowohl jetzt als bei den späteren Ausführungen bleibt stets die Seeunfallversicherung unberücksichtigt und wird später mit der Invalidenversicherung und Krankenfürsorge der Seeleute im Zusammenhang im Kapitel über die soziale Versicherung der Seeleute abgehandelt.

Alle Personen, die in einem der genannten Betriebe beschäftigt sind und zu den Arbeitern usw. oder den Betriebsbeamten gehören, sind ohne weiteres gegen Unfall versichert. Ob der Betrieb in das Kataster der betreffenden Berufsgenossenschaft eingeschrieben ist, ist für den Versicherungsfall belanglos. Die Versicherten haben keinerlei Beiträge zu zahlen, sie sind allein verpflichtet, die Unfallverhütungsvorschriften zu befolgen. Dagegen ist die Versicherungspflicht für den Unternehmer und die Berufsgenossenschaft von Bedeutung, da sich die Beitragshöhe nach der Zahl der Versicherungspflichtigen richtet.

In vielen Fällen ist es nicht über jeden Zweifel erhaben, ob ein Unfall versicherungspflichtig ist, ob eine versicherungspflichtige Beschäftigung vorgelegen hat. Das Reichsversicherungsamt hat mehrfach darüber zu entscheiden gehabt, und aus diesen Entscheidungen sollen einige Beispiele angeführt werden. Wie schon erwähnt wurde, erstreckt sich die Versicherung auch auf die Familienangehörigen des Unternehmers. Es muß sich dabei um eine ernstliche Arbeitsleistung und nicht lediglich um Beschäftigung aus Liebhaberei handeln. Es ist nicht erforderlich, daß der Verletzte einen ständigen Arbeitsposten ausfüllt, noch daß ihm ein Lohn gezahlt wird (A. N. 1903 S. 509). Demgemäß ist der Vater eines Unternehmers, der zusammen etwa 8 Arbeitstage während des Jahres, wenn auch ohne Lohn

und Gehalt, im Betriebe seines Sohnes tätig war, als versicherungspflichtig angesehen worden, dagegen nicht der Schwager eines Unternehmers, der diesem in seinen Freistunden nur ganz gelegentlich Hilfe leistete. Insbesondere können unter der gedachten Voraussetzung Auszügler (Altsitzer, Altenteilsinhaber) nach Überlassung ihrer Wirtschaft oder ihres Gewerbes an eines ihrer Kinder dessen Arbeiter werden (Handb. der UV. I. S. 52). Alle diese Verhältnisse können nur von Fall zu Fall beurteilt werden. Da ein bestimmtes Alter nicht vorgesehen ist, fragt es sich, mit welchem Lebensjahre eine versicherungspflichtige Beschäftigung beginnen kann. Grundsätzlich verlangt das Reichsversicherungsamt auch hier, daß eine ernste Tätigkeit und nicht eine spielende, tändelnde Beschäftigung vorliegt. Es gibt in manchen Gewerben und vorzüglich in der Landwirtschaft eine Reihe von Dienstleistungen, welche sehr einfacher Natur sind, keine technische Vorbildung voraussetzen und deshalb tatsächlich vielfach von Kindern verrichtet werden. Erleidet ein Kind bei einer solchen Tätigkeit einen Unfall, so steht ihm ein Anspruch auf eine gesetzliche Entschädigung zu (A. N. 1891 S. 232). Auch schulpflichtige Kinder können Arbeiter im Sinne des Gesetzes sein. „Indessen erscheint es grundsätzlich nicht angängig, einem Kinde von kaum 4 oder 4½ Jahren die Eigenschaft eines Arbeiters beizulegen. Wenn auch ein so kleines Kind imstande sein mag, gelegentlich einzelne leichte Verrichtungen nach besonderer Anleitung Erwachsener auszuführen, so fehlt ihm doch zur persönlichen Leistung einer „Arbeit" im fremden Auftrage die Reife nicht nur des Körpers und des Verstandes, sondern auch des Bewußtseins und des Willens, es hat keine genügend klare Vorstellung von seinem Tun, und es fehlt ihm die Fähigkeit, seinen Willen auf Durchführung einer bestimmten Tätigkeit ernstlich und dauernd zu richten.... Andererseits ist ein Knabe von 6 Jahren und 29 Tagen bei einer verhältnismäßig einfachen Tätigkeit — er hatte ein vor ein Göpelwerk gespanntes Pferd hin und wieder durch einen Schlag anzutreiben — als Arbeiter angesehen worden" (Handb. d. UV. I. S. 53). Geistige oder körperliche Schwäche schließt an sich die Arbeitereigenschaft einer Person nicht aus. Jedoch sind die in einer Anstalt für Epileptische aufgenommenen und innerhalb der Anstalt wegen des Heilzwecks mit Tischler-, Schlosser-, Buchbinderarbeiten beschäftigten Kranken nicht als Arbeiter angesehen worden, da ein Arbeitsverhältnis nicht bestand. Andererseits ist ein im Auftrag einer Irrenanstalt bei einem Gewerbetreibenden beschäftigter Geistesschwacher als versichert erachtet worden. Die in Blindenschulen und Blindenbeschäftigungsanstalten untergebrachten Blinden werden in der Regel nicht als versicherungspflichtig angesehen (Handb. d. UV. I. S. 54). Auch eine ganz vorübergehende Hilfsleistung, z. B. beim Löschen eines Brandes, kann den diese Leistenden während ihrer Dauer zu einem Arbeiter im Betriebe machen, sei es, daß er vom Unternehmer selbst oder, z. B. in dessen Abwesenheit, von dessen Arbeitern oder Betriebsbeamten dazu herangezogen wird. Allerdings muß die Person ihrer sonstigen Lebensstellung nach als Arbeiter gelten können, ein Unternehmer, der dem andern Hilfe leistet, wird damit noch nicht dessen Arbeiter.

Eine freiwillige Versicherung der Arbeiter gibt es in der Unfallversicherung nicht. Dagegen können die Arbeitgeber sich freiwillig versichern, sie können auch durch die Satzung zwangsweise versichert werden. Allerdings gilt dies immer nur für kleinere Unternehmer, deren soziale Lage sich häufig nicht von der besser gelohnter Arbeiter unterscheidet,

vielmehr durch das geschäftliche Risiko noch belastet wird. Unternehmer sowie selbständige Binnenlotsen können sich gegen die Folgen von Betriebsunfällen selbst versichern, wenn sie nicht mehr als 3000 M. Jahresarbeitsverdienst haben, oder wenn sie regelmäßig keine oder höchstens 2 Versicherungspflichtige gegen Entgelt beschäftigen (§ 550, 927).

Die Erweiterung des Versichertenkreises in der Unfallversicherung durch die Satzung der einzelnen Berufsgenossenschaft bezieht sich auf kleinere Unternehmer, Hausgewerbetreibende und Betriebsbeamte. Die Satzung kann die Versicherungspflicht erstrecken:

1. auf Betriebsunternehmer, deren Jahresarbeitsverdienst nicht 3000 M. übersteigt, oder die regelmäßig keine oder höchstens 2 Versicherungspflichtige gegen Entgelt beschäftigen,
2. ohne Rücksicht auf die Zahl der beschäftigten Versicherungspflichtigen auf Hausgewerbetreibende, die Unternehmer eines versicherungspflichtigen Betriebs sind,
3. auf Betriebsbeamte, deren Jahresarbeitsverdienst 5000 M. an Entgelt übersteigt (§§ 548, 925).

Die Satzung kann die Grenze für die freiwillige Versicherung der Unternehmer auch erweitern und diese dann zur Selbstversicherung noch zulassen, wenn sie mehr als 3000 M. Jahresarbeitsverdienst haben oder regelmäßig wenigstens 3 Versicherungspflichtige gegen Entgelt beschäftigen (§§ 550, 927). Schließlich kann die Satzung bestimmen, daß noch andere Personen als die nach dem Gesetz Versicherten in die Unfallversicherung einbezogen werden. Sie müssen dann aber in versicherungspflichtigen Betrieben zu tun haben. Es handelt sich dabei hauptsächlich um kaufmännische Angestellte und Bureaubeamte, ferner Hausgesinde, Hauskinder und sonstige Angehörige des Unternehmers, seiner Arbeiter und Betriebsbeamten, Handwerker, Fuhrleute, Zollbeamte und Postboten (Handb. d. UV. I. S. 238), sowie die Organe und Beamten der Berufsgenossenschaft (§§ 552, 929). Es gibt nur wenige gewerbliche Berufsgenossenschaften, in denen nicht von der freiwilligen Versicherung der Unternehmer oder der statutarischen Versicherung Gebrauch gemacht worden ist. Im Jahre 1909 waren über 9 Millionen Personen bei den gewerblichen Berufsgenossenschaften gegen Betriebsunfall versichert. Die überwältigende Mehrzahl bestand aus Arbeitern und Betriebsbeamten, nämlich 8 827 000 Personen. Daneben waren aber versichert:

Betriebsunternehmer zwangsweise . . .	130 000
„ freiwillig	23 000
Andere Personen	23 000.

Die freiwillige Versicherung der Unternehmer hat eine besondere Bedeutung für Handwerker und kleinere Bauunternehmer. Die statutarische Zwangsversicherung kommt für dieselben Kreise in Betracht. Am stärksten ist das Unternehmertum in der Schmiedeberufsgenossenschaft vertreten, während es bei der Fleischereiberufsgenossenschaft und der Genossenschaft der Schornsteinfegermeister nur sehr schwach vertreten ist. Bei der Schmiedeberufsgenossenschaft kamen im Jahre 1910 mehr als 50 % der Entschädigungen auf solche der Meister.

In der Landwirtschaft wird die Versicherung der Unternehmer recht verschieden gehandhabt, da hier mannigfache landesgesetzliche Vorschriften

bestehen, die durch die RVO. nicht berührt werden (§ 1034). In Bayern, Sachsen, Württemberg, Baden, Hessen, Sachsen-Meiningen sind alle Unternehmer ohne Einkommensgrenze zwangsversichert. Eine bestimmte Einkommensgrenze besteht in Reuß ä. L., Schaumburg-Lippe und Hamburg. Von der Zwangsversicherung ausgeschlossen sind die Angehörigen der Unternehmer in Bremen überhaupt, Kinder unter 8 Jahren in Sachsen, Kinder unter 12 Jahren in Württemberg, Baden, Reuß ä. L., Hamburg. Die anderen Angehörigen fallen in die Zwangsversicherung oder können, wie in Bremen, freiwillig versichert werden. In den übrigen Staaten sind die Unternehmer und ihre Angehörigen zum Teil statutarisch zwangsversichert, zum Teil freiwillig versichert. Genaue Zahlen existieren nicht. Jedenfalls ist aber die Versicherung der Unternehmer und ihrer Angehörigen in der Landwirtschaft weit verbreitet.

Ein kleiner Ausschnitt möge das zeigen. Im Jahre 1906 betrug die Zahl der Unfälle bei den 8 landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften Bayerns 11 419, davon trafen Unternehmer und Angehörige 8571, Arbeiter und Dienstboten 2848, so daß 75 % der Unfälle auf Unternehmer kamen.

Für die landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften lassen sich überhaupt die Zahlen der Versicherten nicht ermitteln, sie lassen sich nur schätzen. Diese Schätzung erfolgte früher auf Grund der Feststellungen, die bei der Berufszählung gemacht wurden. Seit 1907 sind die Zahlen auffallend viel höher; sie stützen sich nunmehr auf die Ergebnisse der Betriebszählung, die der Wahrheit etwas näher kommen, da viele Personen in der Landwirtschaft längere oder kürzere Zeit beschäftigt und damit auch versichert sind, die aber in einem andern Beruf, der ihre Hauptbeschäftigung ausmacht, aufgeführt werden. Ein Teil dieser Personen ist sogar wegen des Wechsels der Beschäftigung oder der gleichzeitigen Ausübung mehrerer Berufe sowohl in der gewerblichen als auch in der landwirtschaftlichen Unfallversicherung versichert. Im Jahre 1907 wurden bei der Betriebszählung fast 3 Millionen Personen ermittelt, welche neben ihrem Hauptberufe in der Industrie einen Nebenerwerb in der Landwirtschaft hatten, und fast 350 000 Fälle, in denen hauptberuflich in der Landwirtschaft Erwerbstätige nebenher in der Industrie arbeiteten. Man muß sich dieser Tatsachen erinnern, wenn man die Zahlen in der Unfallversicherung beurteilt und vergleicht. Ähnlich beruhen auch die Angaben über die Zahl der Versicherten in der Invalidenversicherung auf den Ergebnissen der Berufszählung. Statt der Zahl der Versicherten wird häufig die Zahl der Vollarbeiter zum bessern Vergleich angegeben; sie wurde früher auch zur Aufstellung des Unfallverzeichnisses und zur Berechnung der Gefahrklassen benutzt. Man geht hierbei von der Zahl der Arbeitstage aus und rechnet auf einen Vollarbeiter 300 Arbeitstage. Wenn man also die Zahl der durchschnittlich Versicherten mit der Zahl der Arbeitstage multipliziert und durch 300 dividiert, so erhält man die Zahl der Vollarbeiter. Für einige Industriezweige und für die Landwirtschaft läßt sich das nicht ermitteln. Einige Differenzen sind ganz interessant. So kamen in der Knappschaftsberufsgenossenschaft auf 818 989 durchschnittlich versicherte Personen 818 989 Vollarbeiter, in der Steinbruchsberufsgenossenschaft auf 416 732 nur 161 749, in der Papiermacherberufsgenossenschaft auf 86 260 dagegen 87 335. Im letzten Falle muß entweder an mehr als 300 Tagen im Jahre gearbeitet worden sein, oder es war auf kürzere Zeit eine Anzahl Hilfsarbeiter eingestellt, die in der Zahl der durchschnittlich Versicherten nicht enthalten ist.

Zum Schlusse mögen einige Zahlen gegeben werden, die die Verteilung der Versicherten auf die drei Versicherungszweige und den Anteil der Männer und Frauen zeigen. Im Jahre 1910 betrug die Gesamtbevölkerung des Deutschen Reichs 64 568 126 Personen. Davon waren 31 859 969 männlich, 32 708 157 weiblich.

Die meisten Versicherten fanden sich in der Unfallversicherung, die Invalidenversicherung hatte ein Drittel weniger, die Krankenversicherung gab auch dieser etwas nach, was sich aber durch die RVO. ändern wird. Auf 10 Männer kamen rund 6 Frauen in der Unfallversicherung, 4 in der Invaliden- und 3 in der Krankenversicherung, so daß auch hier die Reihenfolge dieselbe bleibt. Es waren versichert:

	Insgesamt	Männer	Frauen
Unfallversicherung (nach Abzug der Doppelzählungen)	24 153 600	15 095 100	9 058 500
Invalidenversicherung	15 659 700	10 856 400	4 803 300
Krankenversicherung (einschl. Knappschaftskassen nach dem Ergebnis von 1909)	13 953 900	10 290 300	3 663 600

Literatur.

Anleitung über den Kreis der nach der Reichsversicherungsordnung gegen Invalidität und Krankheit versicherten Personen. Vom 26. April 1912. Erschienen in den Amtl. Nachrichten des RVA. und separat. Berlin 1912.

Handbuch der Unfallversicherung, Bd. I und II. Berlin.

Kommentar zur Reichsversicherungsordnung. Herausgegeben von Hanow, Hoffmann, Lehmann, Moesle, Rabeling. Berlin 1912.

Die Reichsversicherungsordnung. Handausgabe mit gemeinverständlichen Erläuterungen von Manes, Mentzel, Schulz. Leipzig 1912.

Siebentes Kapitel.

Rechte und Pflichten der versicherten Personen.

Die Rechte und Pflichten der versicherten Personen und die Art, wie sie zu den Leistungen der Versicherung kommen, ist bei den drei Versicherungszweigen so verschieden, daß jede Versicherungsart für sich besprochen werden muß. Nur wenige Worte genügen, um das hervorzuheben, was allen gemeinsam ist. Sämtliche Leistungen der Reichsversicherung sind keine öffentlichen Armenunterstützungen, sondern stehen den Berechtigten von Rechts wegen zu (§ 118). Sie können nur unter bestimmten Umständen übertragen, verpfändet und gepfändet werden (§ 119).

Trunksüchtigen, die nicht entmündigt sind, können ganz oder teilweise Sachleistungen gewährt werden. Auf Antrag eines beteiligten Armenverbandes oder der Gemeindebehörde des Wohnorts des Trunksüchtigen muß dies geschehen. Bei Trunksüchtigen, die entmündigt sind, ist die Gewährung der Sachleistungen nur mit Zustimmung des Vormundes zulässig. Auf seinen Antrag muß sie geschehen. Die Sachleistungen gewährt die Gemeinde des Wohnorts. Der Anspruch auf Barleistungen geht im Werte der Sachleistungen auf die Gemeinde über. Die Sachleistung kann auch durch Aufnahme in eine Trinkerheilanstalt oder mit Zustimmung der Gemeinde durch Vermittlung einer Trinkerfürsorgestelle gewährt werden. Ein Rest der Barleistungen ist dem Ehegatten des Bezugsberechtigten, seinen Kindern oder seinen Eltern und, falls solche nicht vorhanden sind, der Gemeinde zur Verwendung für ihn zu überweisen (§ 120). Nur bei der Invalidenversicherung können unter Umständen auch sonst Sachbezüge für landwirtschaftliche Arbeiter eingeführt werden (§ 1275).

Krankenversicherung.

Wenn jemand eine versicherungspflichtige Beschäftigung beginnt, so hat er Beiträge zu zahlen. Um die Zahlung selber braucht er sich nicht zu kümmern, weil das Sache des Arbeitgebers ist. Die Beiträge werden ihm vom Bahrlohn bei der Lohnzahlung abgezogen (§ 394). Ebenso hat der Versicherungspflichtige nichts mit der Anmeldung bei der Kasse zu tun. Vielmehr hat ebenfalls der Arbeitgeber die Pflicht, jeden bei ihm Beschäftigten binnen drei Tagen bei der zuständigen Kasse oder der gemeinsamen Meldestelle anzumelden und beim Ausscheiden aus dem Arbeitsverhältnis wieder abzumelden (§ 317). Personen, die sich freiwillig versichern, haben natürlich sich selbst anzumelden und auch selber für die Zahlung ihrer Beiträge zu sorgen.

Ausnahmen bestehen jedoch für die besonderen Berufszweige. So müssen die unständigen Arbeiter sich selbst zur Eintragung anmelden und bleiben Kassenmitglieder auch während der Zeit, in der sie vorübergehend

nicht gegen Entgelt beschäftigt werden (§ 445, 446). Die Satzung kann weiter bestimmen, daß für unständig Beschäftigte der Anspruch auf die Kassenleistungen erst nach einer Wartezeit von höchstens sechs Wochen entsteht (§ 451). Auch Hausgewerbetreibende, die wenigstens zwei fremde hausgewerbliche Versicherungspflichtige beschäftigen, haben sich und alle Beschäftigten an- und abzumelden (§ 468). Die Beiträge der Hausgewerbetreibenden werden besonders berechnet (§ 478).

Die Beiträge werden in Hundertsteln des Grundlohns bemessen (§ 385). Man hat von einheitlichen bestimmten Lohnklassen mit einheitlichen Beiträgen und einheitlichem Krankengeld, wie es der Invalidenversicherung entsprechen würde, abgesehen. Da die Lebensbedürfnisse in den einzelnen Teilen Deutschlands einen ganz verschiedenen Aufwand erfordern, so würde ein einheitliches Krankengeld dem nicht entsprechen und die Selbstverwaltung der Krankenkassen einengen. Die Versicherungsbeiträge stufen sich darum nach dem Arbeitsentgelt des Versicherten ab. Den Betrag, der hierbei als Maßstab zugrunde zu legen ist, bezeichnet die RVO. der Kürze halber als Grundlohn. Sie kennt drei verschiedene Arten dieses Grundlohns. Als regelmäßiger Grundlohn gilt erstens der durchschnittliche Tagelohn derjenigen Klassen von Versicherten, für welche die Kasse errichtet ist, soweit er 5 M. für den Arbeitstag nicht übersteigt, oder der durchschnittliche Tageslohn nach Lohnklassen oder Altersklassen (Erl. d. H. M. vom 8. I. 98), wobei der Beitrag stufenweise bis 6 M. festgesetzt wird (§ 180). Überall kann statt des durchschnittlichen Tagelohns zweitens die Satzung den wirklichen Arbeitsverdienst des einzelnen Versicherten bis zum Höchstbetrage von 6 M. für den Arbeitstag als Grundlohn festsetzen (§ 180). Den dritten zulässigen Grundlohn bildet der Ortslohn. Er kommt jedoch nur für die besonderen Berufszweige (Personen, die in der Landwirtschaft beschäftigt werden, Dienstboten, Personen im Wandergewerbe, Lehrlinge, § 416) in Betracht, und auch hier nur dann, wenn es die Satzung ausdrücklich vorschreibt (§ 181). Der Ortslohn kommt demnach nur für Landkrankenkassen in Betracht. Die Satzung muß aber dann gewisse Gruppen ausnehmen, für die sich der Ortslohn als Grundlohn weniger eignet, wie Betriebsbeamte, Werkmeister und andere Angestellte in ähnlich gehobener Stellung sowie Facharbeiter. Befinden sich in ihnen da, wo keine allgemeine Ortskrankenkasse errichtet ist, solche Mitglieder, so müssen sie ausgenommen werden, um vor Schlechterstellung geschützt zu sein. Umgekehrt wird der Ortslohn auch bei allgemeinen Ortskrankenkassen in dem Ausnahmefalle zugelassen, daß für den betreffenden Bezirk keine Landkrankenkasse errichtet ist. Dagegen muß bei den unständig Beschäftigten und den Hausgewerbetreibenden stets der Ortslohn als Grundlohn bestimmt werden (§§ 450, 480). Als Ortslohn gilt der ortsübliche Tagesentgelt gewöhnlicher Tagarbeiter; er wird durch das Oberversicherungsamt festgesetzt (§ 149). Die Beiträge werden, wie früher schon erwähnt, zu zwei Dritteln vom Arbeitgeber, zu einem Drittel von dem Versicherten aufgebracht.

Für die Versicherungspflichtigen entsteht der Anspruch auf die Regelleistungen mit ihrer Mitgliedschaft (§ 206). Diese beginnt mit dem Eintritt in eine versicherungspflichtige Beschäftigung; nur bei den Unständigen und Hausgewerbetreibenden und den Versicherungsberechtigten beginnt die Mitgliedschaft mit der Eintragung in das Mitgliederverzeichnis (§ 442, 468, 310). Eine Wartezeit besteht für Versicherungspflichtige nicht. Jedoch können auch hier für die Unständigen und Haus-

gewerbetreibenden Ausnahmen durch die Satzung getroffen werden. Für diese Personen ist eine Wartezeit bis zu sechs Wochen zulässig (§§ 451, 487). Der Anspruch auf Kassenleistungen, die über die Regelleistungen hinausgehen, kann allerdings allgemein von einer Wartezeit abhängig gemacht werden (§ 208). Dagegen kann eine Wartezeit für alle Leistungen der Krankenversicherung durch die Satzung den freiwillig Versicherten auferlegt werden. Diese Wartezeit darf höchstens sechs Wochen betragen (§ 207). Die Mitgliedschaft erlischt im allgemeinen mit der Aufgabe der versicherungspflichtigen Beschäftigung. Scheiden aber Versicherte wegen Erwerbslosigkeit aus, und waren sie in den vorangegangenen 12 Monaten mindestens 26 Wochen oder unmittelbar vorher mindestens sechs Wochen versichert, so verbleibt ihnen der Anspruch auf die Regelleistungen der Kasse, wenn der Versicherungsfall während der Erwerbslosigkeit und binnen drei Wochen nach dem Ausscheiden eintritt. Die Kasse hat dem Berechtigten auf Antrag seinen Anspruch auf diese Leistungen zu bescheinigen (§ 214).

Die Versicherung gilt für den Fall einer Krankheit (§ 165). Gegenstand der Versicherung sind die im Gesetze vorgeschriebenen Leistungen der Krankenkassen an

Krankenhilfe,
Wochengeld und
Sterbegeld.

Diese Leistungen gelten als Regelleistungen der Kassen (§ 179). Die Kasse kann aber statutengemäß noch weitere Leistungen, Mehrleistungen, gewähren. Als solche kommen in Betracht:

Hilfe und Wartung durch Krankenpfleger;
Verlängerung der Unterstützungsdauer, Rekonvaleszentenfürsorge, Gewährung von Hilfsmitteln;
Erhöhung des Krankengeldes, Zahlung des Krankengeldes an Sonn- und Feiertagen, Beseitigung der Wartezeit;
Gewährung größerer Heilmittel;
Erhöhung des Hausgeldes, Taschengeld bei Krankenhauspflege;
Kur und Verpflegung in einem Wöchnerinnenheim, Hauspflege;
Hebammendienste und ärztliche Geburtshilfe;
Schwangerschaftsfürsorge;
Stillgeld;
Erhöhung des Sterbegeldes;
Familienhilfe.

Andere Mehrleistungen sind nicht zulässig (§ 180).

Als Krankenhilfe wird gewährt:

1. Krankenpflege von Beginn der Krankheit an; sie umfaßt ärztliche Behandlung und Versorgung mit Arznei, sowie Brillen, Bruchbändern und anderen kleineren Heilmitteln, und
2. Krankengeld in Höhe des halben Grundlohns für jeden Arbeitstag, wenn die Krankheit den Versicherten arbeitsunfähig macht; es wird vom 4. Krankheitstage an, wenn aber die Arbeitsunfähigkeit erst später eintritt, vom Tage ihres Eintritts an gewährt (§ 182).

Voraussetzung der gesamten Krankenhilfe ist also das Vorhandensein einer Krankheit. Ich werde später in einem besonderen Kapitel den Begriff der Krankheit und die Krankheitshäufigkeit sowie ihre Beziehungen zur Kranken-

versicherung und Krankenpflege nach der medizinischen und wirtschaftlichen Seite ausführlich behandeln und will jetzt nur auf die rechtlichen Grundlagen eingehen. Die Krankenpflege muß in jedem Krankheitsfalle gewährt werden, das Krankengeld nur bei Arbeitsunfähigkeit. Auch die Arbeitsunfähigkeit wird in dem Kapitel über Minderung der Erwerbsfähigkeit zusammen mit der Erwerbsunfähigkeit und Invalidität ausführlich behandelt, so daß es sich erübrigt, jetzt schon näher darauf einzugehen. In jedem Krankheitsfall werden ohne weiteres 1. ärztliche Behandlung, 2. Arzneimittel, 3. kleinere Heilmittel gewährt.

Die ärztliche Behandlung muß durch approbierte Ärzte erfolgen. Bei Zahnkrankheiten sind außer ihnen auch noch approbierte Zahnärzte zur Ausübung der ärztlichen Behandlung befugt (§ 122). Bei Zahnkrankheiten mit Ausschluß von Mund- und Kieferkrankheiten kann die Behandlung außer durch Zahnärzte mit Zustimmung des Versicherten auch durch Zahntechniker gewährt werden (§ 123). Als Regel gilt also bei Zahnkrankheiten die Behandlung durch Zahnärzte. Wo nun nicht genügend Zahnärzte niedergelassen sind, könnte die Kasse in Schwierigkeiten kommen, wenn der Versicherte einer Behandlung durch Zahntechniker nicht zustimmt. Infolgedessen ist vorgesehen, daß in solchen Fällen, oder wenn mit den Zahnärzten zu angemessenen Bedingungen kein Vertrag zustande kommt, die Behandlung allgemein durch Zahntechniker erfolgen kann. Die oberste Verwaltungsbehörde bestimmt, wieweit alsdann Zahntechniker selbständige Hilfe leisten können (§ 123). Es muß eine besondere Verfügung ergehen. Bei der Bestimmung soll nicht allein die Zahl der vorhandenen Zahnärzte berücksichtigt, sondern auch geprüft werden, ob sie bereit sind, zu angemessenen Bedingungen die Behandlung zu übernehmen (Hanow). Hinsichtlich der ziemlich schwierigen Frage, wer als Zahntechniker anzusehen sei, und wieweit die Behandlung durch einen solchen als vollgültiger Ersatz der zahnärztlichen Behandlung oder gar als ein Nachteil angesehen werden muß, wurde bei der Beratung der RVO. seitens der Regierung ausgeführt, daß der Stand der Zahntechniker die verschiedenartigsten Elemente in sich vereinige. Es gebe zweifellos eine große Anzahl sehr gut vorgebildeter und geschickter Zahntechniker, daneben seien aber auch die Fälle nicht selten, in denen neben einem beliebigen Hauptberufe — z. B. als Schirmmacher — die Zahnbehandlung in wenig wünschenswerter Weise ausgeübt werde. Vor allem müsse man hierbei bedenken, daß aus der Zahnbehandlung eine erhebliche Gefahr erwachsen könne, wenn nicht durch eine sachgemäße Behandlung der benutzten Instrumente gegen eine Übertragung ansteckender Krankheiten — z. B. der Syphilis — Gewähr geboten werde. Auch in dieser Hinsicht biete der Zahnarzt vermöge seiner Ausbildung eine größere Garantie. Ein Redner habe darauf hingewiesen, daß ein Fachverein der Zahntechniker bestehe, der sich mit Erfolg bemühe, seine Mitglieder angemessen auszubilden und durch Abhaltung von Prüfungen ungeeignete Personen fernzuhalten. Dieser Fachverein umfasse aber keineswegs alle Nicht-Zahnärzte, die die Zahnbehandlung ausübten, so daß auch keinerlei Gewähr geboten sei, daß ein Zahntechniker dem Fachverein angehöre und die dort gebotene Ausbildung genossen habe. Man müsse befürchten, daß eine grundsätzliche Zulassung der Zahntechniker die Kassen in die Lage bringen könne, jede Behandlung, auch durch einen ganz ungeeigneten Zahntechniker, bezahlen zu müssen (nach Hanow). Diese Ausführungen lassen erkennen, mit welchen Bedenken die Zulassung von Zahntechnikern verknüpft ist. Sie ist nunmehr der vorherigen Prüfung durch die oberste Verwaltungsbehörde unterworfen, die dabei die örtlichen

Verhältnisse berücksichtigen wird. Es ist überaus mißlich, daß der Staat nunmehr genötigt ist, Zahntechnikern gewissermaßen eine Approbation zu geben. Die Grenzen zwischen den zugelassenen Zahntechnikern und den auf Grund ihres Studiums approbierten Zahnärzten werden sich in den Augen des Publikums verwischen, und die Zulassung der Techniker zur Kassenpraxis setzt den Wert der zahnärztlichen Approbation erheblich herab, wenn nicht von vornherein der Grundsatz durchgeführt wird, daß nur bei Mangel an Zahnärzten die Zulassung von Technikern stattfindet, und daß diese Zulassung nur auf Zeit geht, solange nicht genügend Zahnärzte in der betreffenden Gegend niedergelassen sind. In Elsaß-Lothringen darf z. B. die Behandlung von Versicherten ohne deren Zustimmung durch Zahntechniker nur erfolgen, wenn ein Bedürfnis vorliegt. Dieses wird nur anerkannt, wenn in dem Bezirke des Versicherungsamts keine genügende Zahl von Zahnärzten vorhanden ist. Als Zahntechniker im Sinne der RVO. wird derjenige angesehen, der

1. mindestens 25 Jahre alt ist,
2. eine dreijährige Lehrzeit nachweist,
3. eine mindestens 3jährige Gehilfenzeit bei einem Zahnarzt oder Zahntechniker zurückgelegt hat,
4. eine besonders vorgeschriebene Prüfung bestanden hat,
5. sich im Besitz der bürgerlichen Ehrenrechte befindet.

Die Behandlung aller anderen Krankheiten ist ausschließlich den approbierten Ärzten überlassen. Die von den Ärzten geforderte gesetzliche Festlegung der freien Arztwahl ist aber nicht erfolgt, vielmehr bleibt es den Kassen nach wie vor überlassen, sich durch Vertrag die nötige ärztliche Hilfe zu sichern. Über das Arztsystem bestehen keine gesetzlichen Vorschriften, so daß die ärztliche Versorgung durch angestellte Kassenärzte oder auf dem Wege der freien Arztwahl erfolgen kann. Bei der freien Arztwahl, die alle Ärzte der betreffenden Gegend zur Kassenbehandung zuläßt, können Bedenken darüber, ob die ärztliche Behandlung ausreichend ist, nicht entstehen, da es jedermann überlassen bleibt, sich den Arzt seines Vertrauens zu wählen.

Bei dem System der fixierten Ärzte kann die ärztliche Versorgung dann nicht ausreichend erscheinen, wenn ihre Zahl zu klein ist, oder wenn ihre ärztlichen Qualitäten die Versicherten nicht befriedigen. Soweit es die Kasse nicht erheblich mehr belastet, soll sie ihren Mitgliedern die Auswahl zwischen mindestens 2 Ärzten freilassen (§ 369). Das wird natürlich nur in den kleinen Städten oder auf dem Lande in Frage kommen. In größeren Städten hat es nur dann eine Bedeutung, wenn beim System der fixierten Kassenärzte das Distriktsystem herrscht. Hier behandelt ein jeder Arzt nur diejenigen Kranken, die in seinem Bezirk wohnen. In solchem Falle ist es wünschenswert, daß der Versicherte wenigstens zwischen 2 Ärzten die Wahl hat. Er kann aber auch nach der RVO. (§ 369) einen Arzt aus einem andern Sprengel wählen, wenn er die Mehrkosten selbst übernimmt. Um eine einheitliche Behandlung zu ermöglichen, kann die Satzung den Arztwechsel während desselben Versicherungsfalles oder des Geschäftsjahres von der Zustimmung des Vorstandes abhängig machen (§ 369). Nimmt der Versicherte andere als die von der Kasse bestimmten Ärzte in Anspruch, so kann sie die Behandlung ablehnen, falls kein dringender Fall vorlag (§ 368). Genügt bei einer Krankenkasse die ärztliche Behandlung den berechtigten Anforderungen der Erkrankten aus einem der oben angeführten Gründe nicht, so kann das Oberversicherungsamt

nach Anhören der Kasse jederzeit anordnen, daß noch andere Ärzte heranzuziehen sind.

Allen solchen Schwierigkeiten wäre begegnet, wenn man überall die freie Arztwahl einführte. Eine ganze Anzahl von Kassen sträuben sich dagegen, weil sie die pekuniäre Mehrbelastung, die angeblich daraus entstehen soll, nicht glauben tragen zu können. Ich werde später die Arztfrage im Zusammenhang behandeln und dabei auch auf die pekuniären Bedenken eingehen. Hier mag nur soviel gesagt sein, daß in manchen Gegenden mehr als die Hälfte aller Kassen die freie Arztwahl haben, in Württemberg sogar fast das ganze Land, ohne daß dadurch die Wirksamkeit der Kassen in Frage gestellt wäre. Natürlich haben die meisten Kassen die freie Arztwahl ursprünglich nicht aus Vorliebe für dieses Arztsystem eingeführt, sondern deswegen, weil sich die Ärzte unter anderen Bedingungen auf einen Vertrag mit der Kasse nicht einließen. Da die ärztliche Behandlung eine Pflichtleistung der Kassen war, so mußten sie sich den Bedingungen der Ärzte fügen. Dieser Zustand war dem Gesetzgeber unbehaglich und machte ihn auch der gesetzlichen Einführung der freien Arztwahl abgeneigt.

„Der Gesetzgeber darf den Krankenkassen nur Pflichten auferlegen, die sie imstande sind zu leisten. Dies gilt auch davon, daß sie die Krankenhilfe in Natur leisten sollen. Machen die Ärzte der Kasse ohne deren Schuld diese Art der Leistung unmöglich, oder stellen sie Bedingungen, deren Annahme der Kasse billigerweise nicht zugemutet werden darf, so bleibt nichts übrig, als die Kasse von dieser Pflicht zu entbinden. Die Gewährung einer baren Beihilfe, mit der sich der Versicherte die erforderliche Krankenpflege selbst zu beschaffen hat, ist zweifellos eine Versicherungsleistung von minderem Werte. Sie wird deshalb auf den Notfall beschränkt, und zwar einen Notfall, der nur durch ein der Billigkeit nicht entsprechendes Verhalten der Ärzte hervorgerufen werden kann" (Begr. z. Entw.). Die jetzige Bestimmung lautet: Wird bei einer Krankenkasse die ärztliche Versorgung dadurch ernstlich gefährdet, daß die Kasse keinen Vertrag zu angemessenen Bedingungen mit einer ausreichenden Zahl von Ärzten schließen kann, oder daß die Ärzte den Vertrag nicht einhalten, so ermächtigt das Oberversicherungsamt die Kasse auf ihren Antrag widerruflich, statt der Krankenpflege oder sonst erforderlichen ärztlichen Behandlung eine bare Leistung bis zu zwei Dritteln des Durchschnittsbetrages ihres gesetzlichen Krankengeldes zu gewähren. Das Oberversicherungsamt kann zugleich bestimmen:

1. wie der Zustand dessen, der die Leistungen erhalten soll, anders als durch ärztliche Bescheinigung nachgewiesen werden darf,
2. daß die Kasse ihre Leistungen solange einstellen oder zurückbehalten darf, bis ein ausreichender Nachweis erbracht ist,
3. daß die Leistungspflicht der Kasse erlischt, wenn binnen einem Jahre nach Fälligkeit des Anspruchs kein ausreichender Nachweis erbracht ist,
4. daß die Kasse diejenigen, denen sie ärztliche Behandlung zu gewähren hat, auch ohne weiteres in ein Krankenhaus verweisen darf (§ 370).

Es ist zu hoffen, daß dieser Paragraph niemals zur Anwendung kommen wird, da er die Krankenversicherung illusorisch machen würde. Er würde die Versicherten in die Zeit zurückversetzen, als es überhaupt noch keine Krankenversicherung gab. Denn deren Rückgrat ist nicht das Krankengeld oder eine andere pekuniäre Abfindung, sondern die Krankenpflege, die richt ge und rechtzeitige ärztliche Behandlung und die notwendigen Heilmittel. Jede soziale

Versicherung soll wohl den Versicherten vor wirtschaftlichen Unbilden schützen, die Hauptsache ist aber doch, daß er nach Möglichkeit wiederhergestellt wird. Krankheiten verhüten ist besser, als Krankheiten heilen. Aber Krankheiten heilen ist noch viel besser, als sie mit einer Geldsumme abfinden. Ferner würde ein solcher Zustand für die Kassen geradezu ruinös sein und sich viel kostspieliger gestalten als die kostspieligste ärztliche Versorgung. Denn der Ausnutzung durch Simulantentum würde nicht die geringste Schranke gesetzt, und die ambulante Behandlung oder die Hauspflege durch die Krankenhausbehandlung auch nur in etwas weiterem Umfange zu ersetzen, würde ebenfalls sehr bald infolge der hohen Kosten sich als unmöglich erweisen. Vorläufig drohen Kassen und der Wirtschaftliche Verband der Ärzte in gleicher Weise mit diesem Paragraphen, um den Gegner einzuschüchtern. Aber gerade dieser Paragraph, der nicht nur die Versicherten und die Krankenkassen, sondern auch die Ärzte schädigen würde, da dann ihre Honorarforderungen zwar von der Kasse nicht bezahlt würden, von den Kranken in vielen Fällen aber wohl erst recht nicht, wird vielleicht am ersten die Gegner miteinander versöhnen. Dieser Paragraph tritt dann in Kraft, wenn sich Ärzte und Kassen über den Vertrag nicht einigen können, weil die Kassen keinen Vertrag ‚zu angemessenen Bedingungen" erhalten können. Hoffmann sagt dazu: „Darüber, ob die Bedingungen für die ärztliche Behandlung angemessen sind, gehen in der Regel die Anschauungen der Ärzte und Krankenkassen weit auseinander. Hauptsächlich handelt es sich um die Frage, ob die freie Ärztewahl wegen der dadurch entstehenden Kosten für die Kassen durchführbar ist. Die von den Ärzten verlangte Einführung der freien Ärztewahl wird, da sie sich bei gehöriger Kontrolle als durchaus durchführbar und nicht zu kostspielig erwiesen hat, als unangemessene Bedingung ebensowenig bezeichnet werden können wie das Verlangen nach einer den Leistungen der Ärzte entsprechenden Festsetzung des Honorars." Hahn vertritt den entgegengesetzten Standpunkt und sagt: „Das Oberversicherungsamt wird die im § 370 vorgesehene Ermächtigung nicht versagen können, wenn der Vertragsabschluß mit einer ausreichenden Zahl von Ärzten nur daran scheitert, daß die Ärzte auf Einführung freier Arztwahl bestehen." Wenn zwei so kompetente Beurteiler in ihren Ansichten sich derartig diametral gegenüberstehen, so könnte der Gegenstand wohl als strittig bezeichnet werden. Ich persönlich neige indessen zu der Ansicht, daß die Auffassung von Hoffmann den Intentionen des Gesetzgebers entspricht, und zitiere zum Beleg dafür folgende Ausführung der Begründung (S. 219): „Namentlich aber darf sie (die im § 370 vorgesehene Ermächtigung) nicht schon dann getroffen werden, wenn die Kasse nur keinen Vertrag der von ihr gewünschten Vertragsart abschließen kann, wohl aber unter angemessenen Bedingungen zu einem Vertrage der anderen Vertragsart gelangen könnte. Der Entwurf schützt zwar das freie Vertragsrecht der Kassen, er kann es aber nicht höher bewerten, als deren grundsätzliche gesetzliche Pflicht, die Krankenpflege in Natur zu gewähren." Wenn auch die sonstigen Kautelen, die der Entwurf vorsah, gefallen sind, ist doch die an dieser Stelle ausgedrückte Meinung unwidergesprochen geblieben, so daß man sie für die Meinung des Gesetzgebers ansehen kann. Damit scheidet also die Frage der freien Arztwahl vollkommen für die Anwendbarkeit des § 370 aus, es sei denn, daß sie sich in dem betreffenden Fall nicht bewährt hätte.

Zur ärztlichen Behandlung gehören außerdem noch Hilfeleistungen anderer Personen, wenn der Arzt sie anordnet. Als derartige Personen

werden Bader, Hebammen, Heildiener, Heilgehilfen, Krankenwärter und Masseure genannt. Ebenso kann der Zahnarzt sich der Hilfe von Zahntechnikern bedienen. Alle diese Personen werden gewöhnlich als niederes Heilpersonal bezeichnet. Die Tätigkeiten, die ihnen übertragen werden können, sind solche, die eine gewisse Kenntnis der Krankenpflege voraussetzen, die aber dem Arzt nicht selber zugemutet werden können, wie Bereitung von Bädern, Packungen, Einwickelungen, Verabfolgung von Einläufen, Ausspülungen, das Setzen von Schröpfköpfen, die Anlegung von Blutegeln, ferner Massagen. Unter Umständen wird auch die Bestrahlung mit Röntgenstrahlen oder andern Strahlen von besonders vorgebildeten Pflegepersonen unter Aufsicht des Arztes vorgenommen. Die Zahntechniker werden gewöhnlich von den Zahnärzten bei technischen Arbeiten, vor allem bei der Anfertigung von Gebissen beschäftigt. Das niedere Heilpersonal kann in dringenden Fällen auch zur selbständigen Hilfeleistung herangezogen werden, wenn also Gefahr im Verzuge ist (§ 122). Es kommen hier lebenbedrohende Zustände und plötzliche Unglücksfälle in Betracht, wo die Zuziehung eines Arztes nicht möglich ist oder sich verzögert. Dazu gehören gefährliche Blutungen nach Verletzungen, die Herrichtung eines Verletzten zum Transport, Wiederbelebungsversuche bei Ertrunkenen oder Erstickten, die Anwendung entsprechender Maßnahmen bei Vergiftungen, bei Krampfanfällen und plötzlicher Bewußtlosigkeit. — Ausnahmsweise kann das niedere Heilpersonal auch über diesen Rahmen hinaus selbständige Hilfe leisten, wenn besondere Bestimmungen der obersten Verwaltungsbehörde darüber bestehen (§ 122, Abs. 2).

Im Gegensatz zu den sachlichen Mitteln, wie sie in der Arznei und den andern Heilmitteln bestehen, gehören einige Leistungen doch zur ärztlichen Behandlung, sofern sie die persönliche Tätigkeit des Arztes erfordern oder sie erst ermöglichen. Die Anfertigung einer Röntgenphotographie (Bad. VGH. 29. I. 01) und die Bestrahlung mit ultraviolettem Licht (Old. OVG. 11. I. 12) sind beispielsweise nicht als Heilmittel, sondern als Teil der ärztlichen Behandlung angesehen worden. Auch die Verwendung eines Dolmetschers zur Verständigung zwischen Arzt und Patient (Arb. Vers. 2, S. 454), die Kosten eines Wagens, eines telephonischen Gespräches, eines Telegrammes behufs Herbeiholung des Arztes gehören zu den notwendigen Kosten der ärztlichen Behandlung (Hahn).

Für die Frage, wieweit der Kranke sich die ärztliche Behandlung gefallen lassen muß, ist der Standpunkt, den das RVA. in der Unfallversicherung einnimmt, entsprechend anzuwenden. Danach (Handbuch der Unfallversicherung I, S. 313) sind die Kranken gehalten, sich die erforderlichen Verbände anlegen zu lassen, die verordnete Medizin einzunehmen, sich einer gebotenen Massage zu unterwerfen, unter Umständen Apparate zu tragen, deren Gebrauch die Heilung fördern soll. Verletzte sind zur Duldung solcher Maßnahmen verpflichtet, die eine ordnungsgemäße Wundbehandlung überhaupt erst ermöglichen, wie Freilegung der verletzten Stelle, Reinigung. Auch Einschnitte in Geschwüre sind in der Regel zu ertragen. Eine Weigerung des Kranken ist der vorsätzlichen Zuziehung einer Krankheit gleich zu erachten und kann die Versagung des Krankengeldes nach sich ziehen (§ 192). Dagegen sind die Kranken nicht verbunden, sich Operationen zu unterziehen, die in den Bestand oder die Unversehrtheit des Körpers eingreifen, oder die, wie jede die Chloroformierung erheischende Operation, nicht ohne Lebensgefahr vorgenommen werden können.

Die Versorgung mit Arznei erstreckt sich auf chemische Präparate

die vom Arzt verordnet werden. Soweit sie nur in Apotheken feilgehalten werden, müssen sie aus diesen bezogen werden. Soweit es sich um Handverkaufsmittel handelt, kann der Bezug auch aus Drogengeschäften erfolgen, die Krankenkassen können aber die Lieferung an die Kassenmitglieder auch selbst bewirken. Stärkungsmittel, Krankenkost, Mineralwasser, Milch, Bäder, Brunnenkuren usw. gehören nicht zu den Arzneimitteln. Im einzelnen Falle kann wohl einmal Wein als Arzneimittel verordnet werden, ebenso Milch, Kognak, Bäder, wenn sie zur Beseitigung vorübergehender Schwächezustände dienen. Im allgemeinen gehören aber die hygienischen und diätetischen Mittel nicht zu den Arzneimitteln, ihre Lieferung somit auch nicht zu den Regelleistungen der Krankenkassen, sie gehören aber auch ebensowenig zu den sogleich zu besprechenden kleineren Heilmitteln. (Vgl. E. d. Bundesamts f. d. Heimatsw. v. 6. VI. 91.)

Schließlich werden kleinere Heilmittel gewährt, von denen Brillen und Bruchbänder, als besonders häufig, erwähnt werden. Die kleineren Heilmittel repräsentieren sich somit als physikalische Apparate, deren Erstehung nicht mit erheblichen Kosten verknüpft ist. Bisher hat die herrschende Meinung Heilmittel bis zum Betrage von 20 M. zugebilligt. Man hat hierher Suspensorien, Plattfußeinlagen, Krampfaderbinden, Leibbinden, Irrigatoren, Gummistrümpfe, Injektionsspritzen, Nasenduschen, Inhalierapparate, Eisbeutel, Luftkissen u. a. zu rechnen, sofern krankhafte Beschwerden vorliegen und diese Mittel nicht lediglich der Erhaltung der Gesundheit, also prophylaktischen Zwecken dienen sollen. Die Gewährung von größeren Heilmitteln muß als Mehrleistung gelten und dient meistens der Rekonvaleszentenfürsorge. Gewöhnlich macht dann die Satzung diese Mehrleistungen einzeln namhaft. Die Satzung kann mit Zustimmung des Oberversicherungsamts für kleinere Heilmittel einen Höchstbetrag festsetzen, auch bestimmen, daß die Kasse bis zu dieser Höhe einen Zuschuß für größere Heilmittel gewähren darf. Sie kann bei der Krankenpflege noch andere als kleinere Heilmittel, insbesondere Krankenkost zubilligen (§ 193). — Hilfsmittel gegen Verunstaltung und Verkrüppelung, die nicht dem eigentlichen Heilzweck dienen, aber nach beendetem Heilverfahren nötig sind, um die Arbeitsfähigkeit herzustellen oder zu erhalten, z. B. Krücken, Stützapparate, fallen nicht unter den Begriff der Heilmittel, sondern gelten als Hilfsmittel.

Es ist noch zu erörtern, inwieweit die Behandlung der Zähne und der Zahnersatz zu den Regelleistungen der Kassen gehört. Es ist selbstverständlich, daß bei Zahnschmerzen ein krankhafter Zustand vorliegt, der der Behandlung bedarf. Da aber das Vorhandensein von Schmerzen nicht die notwendige Voraussetzung einer Krankheit ist, so ist auch die Zahnkaries (hohle Zähne) ohne Schmerzen eine Krankheit im Sinne des Gesetzes (Hahn). Die zahnkranke Person hat also auch in diesem Falle Anspruch auf zahnärztliche Behandlung. Ob nun der Zahn gezogen oder mit einer Plombe gefüllt werden muß, hat der Zahnarzt zu entscheiden. Wenn die Extraktion des Zahns genügt, so ist die Kasse zum Mehraufwand, der durch eine Plombierung bedingt wird, nicht verbunden (Hahn). Diese Entscheidung wird also von den Verhältnissen des einzelnen Falles abhängen. Die Kosten der Plombe gehören zur ärztlichen Behandlung, weil das Wesentliche die persönliche Tätigkeit des Arztes ist, gegen die das sachliche Mittel (die Plombe) zurücktritt. Der Zahnersatz dagegen gehört zu den kleineren oder größeren Heilmitteln, es wird also von dem Kostenpunkt abhängen, ob er als kleineres Heilmittel anzusehen ist und unter die Regelleistungen fällt. Jedoch muß

der Zahnersatz dann zur Beseitigung einer Krankheit und nicht zur Verhütung von Arbeitsunfähigkeit dienen. Die Beschaffung kostspieliger Gebisse wird meist dadurch ermöglicht, daß die Versicherungsanstalten die Kosten ganz oder zu einem Teil übernehmen (§ 1269) und in letzterem Falle die Krankenkassen einen Teil der Kosten als Mehrleistung tragen. (Vgl. Heilverfahren in der Invalidenversicherung.)

Das Krankengeld soll den entgehenden Arbeitsverdienst ersetzen und wird deshalb nur gewährt, wenn die Krankheit den Versicherten arbeitsunfähig macht. Auf Umfang und Wert der ärztlichen Behandlung, der Arznei und der gewährten Heilmittel sowie der etwa an deren Stelle tretenden Kur und Verpflegung in einem Krankenhaus ist der Arbeitsverdienst des Versicherten ohne Einfluß. Diese Leistungen kommen allen Versicherten je nach dem Bedarfe gleichmäßig zugute. Dagegen stufen sich die baren Leistungen, welche die Krankenkassen gewähren, nach dem Arbeitsentgelt und der danach bestimmten Höhe der Beiträge ab. Das Krankengeld beträgt 50 % des Grundlohns. Es soll dadurch dem Versicherten nur die Möglichkeit gewährt werden, während seiner unfreiwilligen Arbeitslosigkeit vor Sorgen geschützt zu sein. Bei Personen mit niederem Einkommen bedeutet dieses aber selbst das Existenzminimum, so daß die Kürzung ihres Einkommens um die Hälfte sie in Not bringt. Ich werde später noch darauf zurückkommen, da diese Tatsache einen erheblichen Einfluß auf die Krankheitshäufigkeit der schlechter gelohnten Versicherten hat. An sich ist eine Kürzung des Einkommens durchaus berechtigt und von sittlichem und praktischem Wert. Denn durch die Versicherung darf nun dem Versicherten nicht überhaupt jede Verantwortung abgenommen werden, sondern es ist billig, daß er einen Teil der Unbilden selbst zu tragen hat. Die Vorsorge, die in gesunden Tagen auch an Krankheit und anderes Ungemach denkt, darf nicht unterdrückt werden. Der praktische Wert der Kürzung des Einkommens liegt darin, daß so ein erhebliches Interesse an möglichst schneller Wiederherstellung und Aufnahme der Arbeit bei dem Versicherten besteht und damit einer verweichlichenden Wirkung der Versicherung vorgebeugt wird. Die Bemessung des Krankengeldes ist im Gesetz deshalb so niedrig, weil die Regelleistung zugleich Minimalleistung ist und daher auf die allgemeine Durchführbarkeit und finanzielle Leistungsfähigkeit aller Kassen zugeschnitten werden muß. Jeder Krankenkasse bleibt es unbenommen, bei günstiger Finanzlage diese Leistung durch die Satzung zu erhöhen, und das höhere Krankengeld wird denn auch von allen Mehrleistungen am ersten gewährt. Bisher haben 80—90 % der Kassen (abgesehen von der Gemeindekrankenversicherung) ein erhöhtes Krankengeld gewährt. Auch die Wartezeit von drei Tagen, während deren das Krankengeld nicht gezahlt zu werden braucht, soll der Simulation und der leichtsinnigen Krankmeldung begegnen, ebenso braucht aus denselben Gründen an Sonn- und Festtagen das Krankengeld nicht gezahlt zu werden. Man kann die Schaffung solcher Normen wohl begreifen, sie werden aber von der versicherten Bevölkerung als sehr drückend empfunden und führen sogar dazu, daß an die Stelle der Krankheitssimulation die Gesundheitssimulation tritt. Auch hierauf werde ich in dem entsprechenden Kapitel näher eingehen, hier will ich nur erwähnen, daß viele Kassen keine Wartezeit oder nur eine solche von einem Tage haben, und daß auch eine gewisse Anzahl das Krankengeld für Sonntage gewährt. Das Krankengeld darf 75 % des Grundlohns nicht übersteigen (§ 191), bei Doppelversicherung wird es gekürzt (§ 189). Eine Kürzung des

Krankengeldes ist ferner unter bestimmten Umständen für landwirtschaftliche Arbeiter, Dienstboten und Hausgewerbetreibende zugelassen (§§ 421, 424, 436, 482, 483).

Die Krankenhilfe endet mit dem Wegfall der Krankheit, spätestens aber mit dem Ende der 26. Woche nach Beginn der Krankheit, wird jedoch Krankengeld erst von einem spätern Tage bezogen, nach diesem. Fällt in den Krankengeldbezug eine Zeit, in der nur Krankenpflege gewährt wird, so wird diese Zeit auf die Dauer des Krankengeldbezugs bis zu 13 Wochen nicht angerechnet. Ist Krankengeld über die 26. Woche nach Beginn der Krankheit hinaus zu zahlen, so endet mit seinem Bezug auch der Anspruch auf Krankenpflege (§ 183). Die Satzung kann die Dauer der Krankenhilfe bis auf ein Jahr verlängern (§ 187).

An Stelle der Krankenpflege und des Krankengeldes kann die Kasse Kur und Verpflegung in einem Krankenhause (Krankenhauspflege) gewähren. Auf die Krankenhauspflege wird im 17. Kapitel eingegangen. Hat der Kranke einen eigenen Haushalt oder ist er Mitglied des Haushalts seiner Familie, so bedarf es seiner Zustimmung. Der Zustimmung bedarf es nicht, wenn

1. die Art der Krankheit eine Behandlung oder Pflege verlangt, die in der Familie des Erkrankten nicht möglich ist,
2. die Krankheit ansteckend ist,
3. der Erkrankte wiederholt der Krankenordnung oder den Anordnungen des behandelnden Arztes zuwidergehandelt hat,
4. sein Zustand oder Verhalten seine fortgesetzte Beobachtung erfordert.

In den Fällen 1, 2, 4 soll die Kasse möglichst Krankenhauspflege gewähren, in den übrigen Fällen ist die Gewährung ihrem pflichtgemäßen Ermessen überlassen (§ 184). Eine Ausnahme besteht lediglich für die besonderen Berufszweige. Hier kann die erweiterte Krankenpflege eingeführt werden (§§ 426, 435, 487). Die Einführung der „erweiterten Krankenpflege", bei der im allgemeinen das Krankengeld wegfällt und dafür Krankenhauspflege in einem über den sonstigen gesetzlichen Rahmen hinausgehenden Umfang eintritt, ist von gewichtigen Kautelen abhängig gemacht. Zunächst findet sie überhaupt nur in den Bundesstaaten oder Teilen von solchen statt, für welche die oberste Verwaltungsbehörde allgemein die Zulässigkeit anordnet. Aber auch innerhalb der von einer solchen Anordnung umfaßten Gebiete tritt sie nur bei denjenigen Landkrankenkassen ein, welche sie in der Satzung beschließen. Ein solcher Beschluß bedarf nicht nur der Genehmigung des OVA., sondern auch wieder meist derjenigen der obersten Verwaltungsbehörde. Der arbeitsunfähig Erkrankte hat dann im Regelfalle den Anspruch auf die Krankenhauspflege. Diese Bestimmung wird wohl keine große praktische Bedeutung erhalten. Dagegen ist die Gewährung der erweiterten Krankenpflege bei bestimmten Erkrankungen der Dienstboten auf Antrag für alle Kassen obligatorisch. Auch wo die erweiterte Krankenpflege durch die Satzung nicht eingeführt ist, hat die Krankenkasse sie auf Antrag des Dienstberechtigten oder des Dienstboten zu gewähren, wenn die Krankheit ansteckend ist, oder die häusliche Behandlung überhaupt nicht oder nur sehr schwer möglich ist (§ 437). Die Auswahl des Krankenhauses erfolgt durch die Kasse. Wo mehrere geeignete Krankenhäuser zur Verfügung stehen, die bereit sind die Krankenhauspflege unter den gleichen Bedingungen zu übernehmen, soll die Krankenkasse dem Berechtigten die Auswahl unter ihnen überlassen (§ 184).

Wird Krankenhauspflege einem Versicherten gewährt, der bisher von seinem Arbeitsverdienst Angehörige ganz oder überwiegend unterhalten hat, so ist daneben ein Hausgeld für die Angehörigen im Betrage des halben Krankengeldes zu zahlen (§ 186). Die Höhe des Hausgeldes richtet sich also nur nach der Höhe des Krankengeldes. Auch bei einem Heilverfahren durch eine Versicherungsanstalt hat das Hausgeld dieselbe Höhe, wenn der Kranke bis dahin der Krankenversicherung unterlag, sonst beträgt es ein Viertel des Ortslohnes für erwachsene Tagearbeiter (§ 1271). In der Unfallversicherung wird ein Hausgeld gewährt, das dem halben Krankengeld entspricht, wenn der Verletzte nicht der Krankenversicherung unterliegt und der Unternehmer oder die Gemeinde einzutreten hat (§§ 577, 600, 942, 1087). Wenn dagegen die Berufsgenossenschaft nach den ersten 13 Wochen oder wegen Wegfalls des Krankengeldes schon vorher Heilanstaltspflege gewährt, so haben die Angehörigen des Verletzten nicht Anspruch auf Hausgeld, sondern auf Angehörigenrente, die 20 % des Jahresarbeitsverdienstes für die Ehefrau und 20 % für jedes Kind bis zum vollendeten 15. Lebensjahre beträgt (§§ 598, 588).

Auf die übrigen Regelleistungen, das Wochengeld und das Sterbegeld, werde ich erst eingehen, nachdem ich noch mit einigen Worten auf die wichtigeren Mehrleistungen eingegangen bin. Einige Punkte, die Verlängerung der Unterstützungsdauer bis zu einem Jahre, die Erhöhung des Krankengeldes, die Zahlung des Krankengeldes an Sonn- und Feiertagen, die Beseitigung der Wartezeit, die Gewährung größerer Heilmittel, habe ich schon erwähnt. Eine neue Art der Krankenfürsorge ist die Hauspflege. Nicht selten kommt es vor, daß die Krankenkasse selbst die Krankenhauspflege für angezeigt erachtet, sie aber nicht durchführen kann, weil der Zustand des Erkrankten die Überführung nicht gestattet, oder weil die zur Verfügung stehenden Krankenhäuser überfüllt oder zu weit entfernt sind. In solchen Fällen kann es für den Verlauf des Heilprozesses von erheblichem Vorteil sein, wenn dem Erkrankten wenigstens in der eigenen Behausung angemessene Hilfe und Wartung durch geeignete Pflegepersonen auf Kosten der Krankenkasse verschafft werden kann. Da die Kasse in diesem Falle die Kosten für den Unterhalt der Pflegepersonen ihrerseits zu tragen hat, so erwächst dem Versicherten aus einer solchen Anordnung nur eine Erleichterung; es wird daher der Satzung für Fälle dieser Art das Recht zugestanden, eine angemessene Kürzung des Krankengeldes zuzulassen. Die Satzung kann gestatten, dafür bis zu einem Viertel des Krankengeldes abzuziehen (§ 185). Ein Anspruch des Versicherten auf Hauspflege besteht nicht. Die Kasse hat das freie Wahlrecht, das sie wie bei der Krankenhauspflege durch den Vorstand ausübt; eine Aufnahme dieser Befugnis in die Satzung ist nicht erforderlich.

Es kann weiterhin eine Rekonvaleszentenfürsorge als Mehrleistung durch die Satzung gewährt werden. Zu diesem Zwecke können Badekuren, Luftkuren und vor allem die Unterbringung in Genesungsheimen und Walderholungsstätten zugebilligt werden. Sofern es sich um Rekonvaleszenten und nicht um Kranke handelt, kann alsdann Krankengeld nicht gegeben werden; jedoch kann die Satzung die Leistung von Geldunterstützung vorsehen. Die Satzung kann auch als Mehrleistung gegen Verunstaltung und Verkrüppelung Hilfsmittel zubilligen, die nach beendigtem Heilverfahren nötig sind, um die Arbeitsfähigkeit herzustellen oder zu erhalten (§ 187).

Die Satzung kann bei der Krankenpflege noch andere als kleinere

Heilmittel zubilligen. Sie kann Versicherten, die freiwillig Mitglieder der Kasse bleiben, statt der Krankenpflege den Betrag mindestens des halben Krankengeldes dann zubilligen, wenn sie sich nicht im Bezirk der Kasse oder des Versicherungsamts aufhalten (§ 193). Sie kann das Hausgeld bis zum Betrage des gesetzlichen Hausgeldes erhöhen und Versicherten, für die kein Hausgeld zu zahlen ist, neben der Krankenhauspflege ein Krankengeld (Taschengeld) bis zur Hälfte des gesetzlichen Betrags zubilligen (§ 194).

Eine überaus wichtige Mehrleistung ist die Familienhilfe. Sie kann in größerem oder kleinerem Umfange von der Kasse eingeführt werden, die auch in der Lage ist, dafür Zusatzbeiträge zu erheben (§ 384 Abs. 2). Die Satzung kann versicherungsfreien Familienmitgliedern der Versicherten alle Regelleistungen und den Ehefrauen auch die Mehrleistungen der Wochenhilfe zubilligen (§ 205).

Das Sterbegeld gehört zu den Regelleistungen und wird beim Tode eines Versicherten gezahlt. Anspruch besteht auch, wenn ein Kranker nach Ablauf der Versicherung innerhalb eines Jahres an derselben Krankheit stirbt. Das Sterbegeld beträgt das Zwanzigfache des Grundlohnes, kann aber auch durch die Satzung erhöht werden. Der Mindestbetrag kann auf 50 M., bei erweiterter Krankenflege und für Hausgewerbetreibende und Unständige kann unter Umständen der Höchstbetrag auf 30 M. festgesetzt werden (§§ 202—204, 432, 435, 487, 452, 489, 490).

Besonders kompliziert sind die Bestimmungen über die Wochenhilfe. Unter Wochenhilfe versteht man alle Leistungen, die Schwangeren und Wöchnerinnen gewährt werden können, sowohl Regelleistungen als auch Mehrleistungen. Zu den Regelleistungen gehört allein das Wochengeld. Hierfür und für die Dauer dieser Leistung ist die Tatsache maßgebend, daß die Reichsgewerbeordnung die Beschäftigung von Arbeiterinnen während eines Zeitraums von 8 Wochen während der Schwangerschaft und des Wochenbetts verbietet. Die Arbeiterversicherung muß demgemäß die Frauen gegen die wirtschaftlichen Folgen der Arbeiterschutzgesetzgebung sicherstellen. Obwohl die Schwangerschaft und das Wochenbett als physiologische Zustände anzusehen sind und zu einer Versicherung gegen Krankheit eigentlich nicht passen, ist man mit Recht über den engen Rahmen hinausgegangen und hat auch diese physiologischen Zustände in die Versicherung hineinbezogen. Es liegt hier meistens keine Arbeitsunfähigkeit vor, und der Bezug des Wochengeldes ist deshalb auch nicht an den Nachweis der Arbeitsunfähigkeit gebunden, die tatsächliche Verrichtung von Arbeit ändert sogar nichts an dem Bezug der Wochenhilfe. Aber wenn die Gesetzgebung den gewerblichen Arbeiterinnen den Erwerb raubt, so muß sie sie auf der andern Seite auch entschädigen, und das tut sie, indem sie die Wochenhilfe in der sozialen Versicherung vorsieht. Da es dem Gesetzgeber ungerecht erschien, nur denjenigen Frauen diese Leistungen zuzuerkennen, die unter die Gewerbeordnung fallen, so ist das Wochengeld als gesetzliche Regelleistung überhaupt eingeführt worden. Lediglich für die Frauen, die Mitglieder der Landkrankenkassen sind und nicht der Gewerbeordnung unterstehen, ist auf Veranlassung der rechtsstehenden Parteien im Reichstage eine Ausnahmebestimmung geschaffen (§ 195, Abs. 2). Die Satzung kann für die landwirtschaftlichen Arbeiterinnen den Wochengeldbezug auf 4—8 Wochen festsetzen, sonst gilt ebenfalls der Bezug von 8 Wochen als Regel. Die Mehrleistungen, die an die Wochenhilfe anknüpfen, betreffen teils Zustände von Arbeitsunfähigkeit, teils Hilfe von Ärzten und Hebammen.

Hinsichtlich der Schwangerschaft gelten folgende Bestimmungen. Die Satzung kann Schwangeren, die der Kasse mindestens 6 Monate angehören,

1. wenn sie infolge der Schwangerschaft arbeitsunfähig werden, ein Schwangerengeld in Höhe des Krankengeldes bis zur Gesamtdauer von 6 Wochen zubilligen,
2. auf die Dauer dieser Leistung die Zeit der Gewährung des Wochengeldes vor der Niederkunft anrechnen,
3. Hebammendienste und ärztliche Behandlung, die bei Schwangerschaftsbeschwerden erforderlich werden, zubilligen (§ 199).

Da die Geburt ein physiologischer Zustand ist, so liegt hier kein Versicherungsfall vor. Die Krankenkasse hat daher für Geburtshilfe durch Hebammen und Ärzte nicht aufzukommen. Falls ein krankhafter Zustand bei der Geburt die Zuziehung eines Arztes zu der Entbindung erforderlich macht, muß die Krankenkasse eintreten. Dagegen bedingt die normale Geburt keinen Versicherungsfall. Die Satzung kann nun versicherungspflichtigen Ehefrauen oder allen weiblichen Versicherten, die im letzten Jahre vor der Niederkunft mindestens 6 Monate versichert waren, Hebammendienste und ärztliche Hilfe, die bei der Niederkunft erforderlich werden, zubilligen (§ 198).

Während des Wochenbetts muß das Wochengeld als Regelleistung gezahlt werden, wie ich eben schon erwähnte. Wöchnerinnen, die im letzten Jahre vor der Niederkunft mindestens 5 Monate versichert waren, erhalten ein Wochengeld in Höhe des Krankengeldes für 8 Wochen, von denen mindestens 6 in die Zeit nach der Niederkunft fallen müssen (§ 195). Für Mitglieder der Landkrankenkassen gilt das oben Gesagte. Durch die obligatorische Zahlung des Wochengeldes wird ein Anspruch auf Krankenpflege (Behandlung, Arznei und Heilmittel) nicht bedingt. Das Wochengeld gilt auch nicht als Krankengeld, sondern wird nur nach dessen Höhe berechnet. Verläuft das Wochenbett anomal, so liegt Krankheit vor; alsdann entsteht ein Anspruch auf Krankenhilfe. Jedoch schließen Krankengeld und Wochengeld einander aus. Die Regelleistung kann aber durch eine Mehrleistung ersetzt werden. Mit Zustimmung der Wöchnerin kann die Kasse erstens an Stelle des Wochengeldes Kur und Verpflegung in einem Wöchnerinnenheim, zweitens Hilfe und Wartung durch Hauspflegerinnen gewähren und dafür bis zur Hälfte des Wochengeldes abziehen (§ 196).

Während des Wochenbetts und darüber hinaus kann ein Stillgeld gewährt werden. Die Satzung kann Wöchnerinnen, solange sie ihr Neugeborenes stillen, ein Stillgeld bis zur Höhe des halben Krankengeldes und bis zum Ablauf der 12. Woche nach der Niederkunft zubilligen (§ 200).

Ein jeder Versicherte erhält unentgeltlich einen Abdruck der Satzung seiner Kasse (§ 325). Er kann daraus ersehen, welche Versicherungsleistungen ihm zustehen. Bei einem Anspruch auf irgendwelche Leistungen hat er sich nach den Vorschriften der Satzung zu richten, die darüber besondere Anweisungen gibt. Im allgemeinen werden die Versicherungsleistungen durch den Vorstand auf Grund der Satzung angewiesen. Kranke, die außerhalb des Bezirks ihrer Kasse wohnen, erhalten auf Erfordern ihrer Kasse die ihnen bei ihr zustehenden Leistungen durch die zuständige Kasse des Wohnorts (§ 219).

Bei Streit über die Leistungen der Krankenversicherung entscheidet das Versicherungsamt.

Gegen die Entscheidung des Versicherungsamts ist Berufung an das Oberversicherungsamt zulässig, das in zweiter und letzter Instanz entscheidet (§§ 1675, 1676). Die Berufung wird bei dem Versicherungsamt eingelegt, das sie weiterzugeben hat (§ 1680). Es gibt dann nur noch das Rechtsmittel der Revision an das Reichsversicherungsamt; Revision kann nur darauf gestützt werden, daß eine Gesetzesverletzung vorliegt, oder daß das Verfahren an wesentlichen Mängeln gelitten hat (§§ 1694—1697).

Unfallversicherung.

In der Unfallversicherung liegen die Verhältnisse viel schwieriger als in der Krankenversicherung. In der Krankenversicherung weiß jedermann, ob er versichert ist. Er weiß, daß er gegen Krankheit versichert ist, und ein Blick in das Statutenbuch seiner Krankenkasse belehrt ihn, welche Rechte ihm im Krankheitsfalle zustehen. In der Unfallversicherung ist der Personenkreis viel unbestimmter, aber auch diejenigen Personen, die gemäß ihrer Beschäftigung unzweifelhaft von der Versicherung erfaßt werden, sind sich über ihre eventuellen Rechte völlig unklar. Der Arbeiter versteht unter einem Unfall im allgemeinen eine äußere Verletzung, wie Wunden, Quetschungen, Knochenbrüche usw., und innere Verletzungen, wie Quetschung der Baucheingeweide, Zerreißung der Leber, Schädelbruch, Gehirnerschütterung usw. Für ihn muß es entweder gar nicht oder sehr schwer verständlich sein, daß eine Lungenentzündung, ein Gelenkrheumatismus oder eine Lungentuberkulose die Folge eines Unfalls sein soll. Auf der andern Seite ist es ihm natürlich nicht möglich, in die Feinheiten der juristischen Interpretation des Betriebsunfalls einzudringen. Wenn eine Person auf dem Wege zur Arbeit vor der Schwelle des Fabrikgebäudes ausrutscht und ein Bein bricht, dann liegt unzweifelhaft ein Unfall vor. Ob dies aber ein Betriebsunfall ist, hängt davon ab, ob das Stückchen Erde, auf dem sich das Ereignis abspielte, bereits der Fabrik gehört oder nicht. Der Arbeiter sieht nur, daß dieselbe Tatsache zweimal verschieden behandelt wird, und zieht daraus Schlüsse, die nicht der Sachlage entsprechen. Ein Unfall auf dem Wege von und zur Arbeit ist im allgemeinen nicht entschädigungspflichtig. Er ist aber dann zu entschädigen, wenn er durch Arbeitsgerät bedingt ist, das wesentlich im Interesse des Betriebs mitgeführt ist (Kompaß Entsch. Samml. 03, S. 113). Das ist der Fall, wenn ein Arbeiter in der Landwirtschaft seine Sense mitbringt und sich unterwegs daran verletzt (Samml. 06, S. 33). In einem andern Fall hatte ein junger Mann ein Fahrrad im Auftrage des Arbeitgebers beim Heimweg zur Reparatur abzugeben. Er benutzte sein eigenes Fahrrad dabei und stürzte. In diesem Falle wurde kein Betriebsunfall angenommen, weil er seinen Auftrag bereits erledigt hatte und die Betriebstätigkeit damit erledigt war (Samml. 1910, S. 152). Wäre der Unfall passiert, solange das beschädigte Rad noch nicht abgegeben war, so hätte Betriebsunfall vorgelegen. — In einem Falle ist das Ertrinken eines Brauereiarbeiters als Betriebsunfall angesehen worden, der sich fahrlässigerweise auf einem Betriebsgange auf eine Flußböschungsmauer gesetzt hatte, um den Abgang des zu benutzenden Bootes abzuwarten. (Samml. 04, S. 121.) Ein Arbeiter hatte eine Bierflasche zum Anwärmen auf eine Lokomobile gestellt. Die Bierflasche zerplatzte und verletzte den Arbeiter. Hier wurde angenommen, daß der Arbeiter einer selbstgeschaffenen Gefahr erlegen ist (Samml. 05, S. 226). In diesen beiden Fällen ist die Grenze zwischen Fahrlässigkeit und selbstgeschaffener Gefahr so wenig scharf, daß der Laie sich

nicht über die entgegengesetzte Auslegung gewundert hätte. Derartige Beispiele ließen sich beliebig vermehren. Man wird jedoch daraus entnehmen können, daß für den Arbeiter, soweit nicht ganz einfache Verhältnisse vorliegen, eine vollständige Unsicherheit darüber besteht, ob sein Unfall ein Betriebsunfall ist. Und diese Unsicherheit bleibt bestehen, bis erst die höchste Instanz gesprochen hat. In andern, entgegengesetzten Fällen hat gerade das Gesetz und die sich daraus ergebende Rechtsprechung bewirkt, daß Krankheiten, die nach dem Volksempfinden keine Unfälle sind, entschädigt werden, und daß daher heutzutage alle möglichen Krankheiten auf Unfälle zurückgeführt werden. Man muß darin nicht eine Rentensucht der arbeitenden Bevölkerung erblicken. Auch in weiteren Volkskreisen hat sich diese Ansicht verbreitet. Mir passiert es fast regelmäßig, daß ich vor Gericht den Vorsitzenden bei zweifelhaften Geisteszuständen an den Angeklagten die Frage richten höre, ob er nicht früher einen Unfall gehabt habe. In der Bevölkerung wird heutzutage der Unfall als allgemeine Krankheitsursache überschätzt, und diese Überschätzung wird wachgehalten, wenn in Fällen, wo kein Mensch vorher daran gedacht hätte, der Zusammenhang zwischen Krankheit und Betriebsunfall anerkannt wird. Man kann es daher der arbeitenden Bevölkerung nicht übelnehmen, wenn sie den Versuch macht, auch in andern Fällen eine solche Anerkennung herbeizuführen. Da das meistens nicht gelingt, bleibt eine Verbitterung zurück, welche die ganze Unfallversicherung in Mißkredit bringt und sich hauptsächlich in Vorwürfen gegen die Berufsgenossenschaften ergeht, die in Wahrung berechtigter Interessen handeln, aber in den Verdacht kommen, die Rechte der Arbeiterschaft zu schmälern. Die ganze Sachlage ist darum auch dazu angetan, daß der Instanzenweg in der Unfallversicherung eine besondere Bedeutung hat und auch ausgiebig benutzt wird.

Der Unfallverletzte ist bei dem ganzen Verfahren passives Objekt und hat erst aktiv etwas zu tun, wenn er sich benachteiligt fühlt. Infolgedessen hat er auch keine Unfallanzeige zu erstatten, obwohl er daran großes Interesse hat, weil deren Unterlassung den Nachweis zwischen Unfall und Krankheit erschweren oder vereiteln kann. Eine Unfallanzeige ist von dem Arbeitgeber zu erstatten, wenn durch den Unfall ein im Betriebe Beschäftigter getötet oder so verletzt ist, daß er stirbt oder für mehr als 3 Tage völlig oder teilweise arbeitsunfähig wird. Die Unfallanzeige ist schriftlich oder mündlich erstens der Ortspolizeibehörde des Unfallorts, zweitens der durch die Satzung bestimmten Stelle des Versicherungsträgers zu erstatten (§§ 1552, 1553). Die Polizeibehörde stellt dann eine Untersuchung an, in der namentlich folgende Feststellungen gemacht werden:

Veranlassung, Zeit, Ort, Hergang und Art des Unfalls,
Name der getöteten oder verletzten Person sowie Tag und Ort ihrer Geburt,
die Art der Verletzung,
der Verbleib des Verletzten,
die Hinterbliebenen des Getöteten und die Angehörigen des Verletzten, die eine Entschädigung beanspruchen können,
die Höhe von Renten und Unterstützungen, die der Verletzte aus der Reichsversicherung bezieht.

(§ 1565.) An der Untersuchung können teilnehmen oder sich vertreten lassen: der Verletzte oder seine Hinterbliebenen, der Träger der Unfall- und

der Krankenversicherung, der Unternehmer, das Versicherungsamt und zutreffendenfalls der Gewerbeinspektor (§ 1562). Auf Antrag der Versicherungsträger oder des Berechtigten sollen Sachverständige zugezogen werden. Die Kosten trägt der Antragsteller (§ 1564). Sobald die Untersuchung abgeschlossen ist, sendet die Polizeibehörde die Verhandlungen dem Versicherungsträger, den sie angehen, und zwar der Berufsgenossenschaft, wenn deren Ersatzpflicht in Frage kommt, sonst der Krankenkasse. Die Beteiligten können Einsicht in die Verhandlungen und Abschrift gegen Erstattung der Schreibgebühren verlangen (§ 1567).

Gegenstand der Versicherung ist der Ersatz des Schadens, der durch Körperverletzung entsteht, wenn ein Betriebsunfall vorliegt (§§ 555, 544). Auf den Begriff des Betriebsunfalls komme ich später in einem besonderen Kapitel ausführlich zurück. Ein Anspruch besteht dann nicht, wenn der Unfall von dem Verletzten vorsätzlich herbeigeführt ist, oder wird in Frage gestellt, wenn der Unfall bei einer strafbaren Handlung zustande gekommen ist (§§ 556, 557).

Bei Verletzung sind vom Beginne der 14. Woche nach dem Unfall zu gewähren:

1. Krankenbehandlung; sie umfaßt ärztliche Behandlung und Versorgung mit Arznei, andern Heilmitteln sowie mit den Hilfsmitteln, die erforderlich sind, um den Erfolg des Heilverfahrens zu sichern oder die Folgen der Verletzung zu erleichtern (Krücken, Stützvorrichtungen u. dgl.);
2. eine Rente für die Dauer der Erwerbsunfähigkeit (§ 558).

Während bei der Krankenversicherung die Versicherungsleistung in Krankenhilfe und Krankengeld besteht, treten dafür bei der Unfallversicherung Krankenbehandlung und Rente ein. Die Krankenhilfe entspricht der Krankenbehandlung, das Krankengeld der Unfallrente. Aber die Leistungen der Unfallversicherung gehen weit über die Regelleistungen der Krankenversicherung hinaus. Diese Erscheinung erklärt sich daraus, daß wir es bei der Unfallversicherung mit einem Schadenersatz zu tun haben, daß man also auch über die Minimalleistungen hinausgehen muß. Der Verletzte hat Anspruch auf dieselben Leistungen, die vorher als Regelleistungen der Krankenversicherung behandelt sind, aber darüber hinaus hat er einen Anspruch auch auf größere Heilmittel, auf Hilfsmittel und auf eine erhöhte Geldleistung, solange er arbeitsunfähig ist. Die Verpflichtung der Berufsgenossenschaften zur Gewährung freier ärztlicher Behandlung besteht solange, als noch Unfallfolgen bestehen, die der Behandlung bedürfen, auch wenn durch diese Folgen die Erwerbsfähigkeit des Verletzten nicht nennenswert beeinträchtigt wird (z. B. bei nicht belästigenden offenen Wunden); eine solche Behandlung kann sich also nach Jahren oder Jahrzehnten als nötig erweisen und muß dann gewährt werden. Der Unfallverletzte hat aber nicht nur ein Recht auf freie ärztliche Behandlung, er hat auch die Pflicht, sich einem von der Berufsgenossenschaft angeordneten Heilverfahren zu unterwerfen. Nach Abschluß des eigentlichen Heilverfahrens kann die Berufsgenossenschaft jederzeit ein neues Heilverfahren eintreten lassen, auch die Krankenkasse oder der Verletzte ist zur Stellung eines Antrags auf Heilverfahren befugt (§§ 603, 604). Hat der Verletzte eine Anordnung, die das Heilverfahren betrifft, ohne gesetzlichen oder sonst triftigen Grund nicht befolgt und wird dadurch seine Erwerbsfähigkeit ungünstig beeinflußt,

so kann ihm der Schadenersatz auf Zeit ganz oder teilweise versagt werden, wenn er auf diese Folge hingewiesen worden ist. Bei der Wahl des Arztes muß sich der Verletzte den Anordnungen der Berufsgenossenschaft fügen; solange diese nicht getroffen sind, kann er Ersatz für entstandene Kurkosten verlangen, soweit die aufgewendeten Beträge angemessen sind (A. N. 1896, S. 493).

Die Berufsgenossenschaft kann die Heilbehandlung in einer Heilanstalt gewähren. Der Zustimmung des Verletzten bedarf es nicht, wenn die Art der Verletzung eine Krankenhausbehandlung verlangt, der Verletzte wiederholt den Anordnungen des behandelnden Arztes zuwidergehandelt hat oder der Zustand oder das Verhalten des Verletzten eine fortgesetzte Beobachtung erfordert (§ 597). Sonst ist die Einweisung an dieselben Bedingungen gebunden wie in der Krankenversicherung. Die Angehörigen erhalten ein Hausgeld oder Angehörigenrente, wie bei der Krankenversicherung bereits ausgeführt wurde. Es kann auch Hauspflege gewährt werden (§ 599).

Zu den Leistungen gehört auch eine etwaige besondere Krankenpflege. Auch Reisekosten, die einem Verletzten dadurch erwachsen, daß er sich auf Anordnung der Berufsgenossenschaft zum Zwecke der Behandlung an einen andern Ort zu einem Arzte begeben muß, sind ihm von der Berufsgenossenschaft zu ersetzen (Handb. d. UV. I. S. 259). Die Pflicht zur Gewährung der Hilfsmittel schließt die Verpflichtung ihrer Instandhaltung und Erneuerung in sich, vorausgesetzt, daß der Verletzte sie nicht schuldhaft zerstört oder beschädigt (A. N. 1903. S. 476). Ein allgemeiner Grundsatz, was als Hilfsmittel anzusehen ist, kann nicht aufgestellt werden. Nach dem Handbuch sind im einzelnen als derartige Hilfsmittel angesehen worden: Stiefel, Stelzfüße, künstliche Gliedmaßen, Bruchbänder, Korsette, Fahrstühle, auch Perrücken und Glasaugen, letztere namentlich dann, wenn sie dazu dienen, entweder die Augenhöhlen gegen das Eindringen von Fremdkörpern zu sichern oder Entstellungen des Gesichts zu verhüten.

Die Krankenbehandlung ist daran gebunden, daß der Verletzte der Krankenhilfe bedarf, die Rente bemißt sich nach der Erwerbsunfähigkeit. Die Rente beträgt, solange der Verletzte infolge des Unfalls erstens völlig erwerbsunfähig ist, $\frac{2}{3}$ des Jahresverdienstes (Vollrente), zweitens teilweise erwerbsunfähig ist, den Teil der Vollrente, der dem Maße der Einbuße an Erwerbsfähigkeit entspricht (Teilrente) (§ 559). Solange der Verletzte infolge des Unfalls so hilflos ist, daß er nicht ohne fremde Wartung und Hilfe bestehen kann, ist die Rente entsprechend, jedoch höchstens bis zum vollen Jahresarbeitsverdienste zu erhöhen (§ 560).

Auf die Berechnung des Jahresarbeitsverdienstes gehe ich nicht weiter ein. Soweit der Jahresarbeitsverdienst 1800 M. übersteigt, wird er nur mit einem Drittel angerechnet (§ 563).

Die Leistungen der Unfallversicherung beginnen erst mit Beginn der 14. Woche nach dem Unfall. Diese Bestimmung rechnet mit der Krankenversicherung. Deren Regelleistungen erstrecken sich auf einen Zeitraum von 26 Wochen. Durch diese Teilung wird also bewirkt, daß die Krankenversicherung nur für die erste Hälfte des Zeitraums in Anspruch genommen wird, während die Unfallversicherung für die zweite Hälfte und darüber hinaus sorgt. In der gesamten Unfallversicherung waren 1910 672 961 Unfälle angemeldet, für die also die Krankenversicherung einzutreten hatte, soweit die Verletzten auch gegen Krankheit versichert waren. Von diesen 672 961 Unfällen haben nur 132 064 Folgen gehabt, die sich über die 13. Krank-

heitswoche erstreckt haben und damit von den Berufsgenossenschaften entschädigt worden sind. Die Krankenversicherung wird also erheblich durch Betriebsunfälle belastet und die Unfallversicherung ebenso wesentlich entlastet. Nun wird der Verletzte aber noch in den ersten 13 Wochen besonders behandelt gegenüber andern Kranken. Das Krankengeld beträgt nämlich von Beginn der 5. Woche nach dem Unfall mindestens $^2/_3$ des maßgebenden Grundlohns. Das entsprechende gilt für das Hausgeld (§ 573). Die Differenz, die dadurch entsteht, hat die Berufsgenossenschaft der Krankenkasse zu ersetzen, falls der Unfall entschädigungspflichtig wird; sonst ist der Unternehmer ersatzpflichtig (§ 576). Diese Mehrleistung wird gewöhnlich als Unfallzuschuß bezeichnet. Für landwirtschaftliche und forstwirtschaftliche Arbeiter ist ein Unfallzuschuß nicht vorgesehen. Falls diese nicht gegen Krankheit versichert sein sollten, was nur selten der Fall sein wird, so muß die Gemeinde in den ersten 13 Wochen die Krankenhilfe gewähren (§ 942). Bei der gewerblichen Unfallversicherung muß der Unternehmer solchen Verletzten, die nicht gegen Krankheit versichert sind, in den ersten 13 Wochen die Krankenhilfe und von der 5. Woche ab auch den Unfallzuschuß gewähren (§ 577). Bei Betriebsbeamten besteht diese Verpflichtung für den Unternehmer nur, wenn deren Gehalt 2500 M. nicht übersteigt. In allen diesen Fällen kann nun aber die Berufsgenossenschaft selber die Fürsorge übernehmen und erhält den Ersatz für ihre Ausgaben durch den Unternehmer oder die Krankenkasse, je nachdem der eine oder die andere zur Leistung verpflichtet war (§ 579, 1551).

Die Fürsorge der Berufsgenossenschaft während der gesetzlichen Wartezeit innerhalb der ersten 13 Wochen ist in neuerer Zeit sehr bedeutungsvoll geworden und hat sich bewährt, wenn nicht genügend für die Heilung des Verletzten gesorgt war. Dazu muß aber die Berufsgenossenschaft in der Lage sein, sich selber ein Bild vom Zustand des Verletzten zu machen. Das Protokoll der Unfalluntersuchung setzt sie von der Schwere des Unfalls und der Art der Verletzung in Kenntnis. Hält sie die Sache nicht für genügend aufgeklärt, so kann sie selbst weitere Ermittlungen anstellen; zur eidlichen Vernehmung von Zeugen und Sachverständigen bedarf sie der Mitwirkung des Versicherungsamts. Sie kann aber überhaupt die Sache an das Versicherungsamt abgeben. Alsdann hat der Vorsitzende des Versicherungsamtes den gesamten Sachverhalt aufzuklären und sich gutachtlich zu äußern. Bei Vernehmung von Zeugen oder Sachverständigen ist den Beteiligten Gelegenheit zur Teilnahme zu gewähren (§§ 1571—1573). Wenn sie sich über den weitern Verlauf orientieren will, so muß sie selber dazu die Initiative ergreifen. Sie kann deshalb innerhalb der Wartezeit den Verletzten, auch ohne ihm ein Heilverfahren zu gewähren, ärztlich untersuchen und begutachten lassen. Sie kann aber auch von der Kasse oder dem ersatzpflichtigen Unternehmer oder dem behandelnden Arzt Auskunft über die Behandlung und den Zustand des Verletzten verlangen (§ 581). Auf das Heilverfahren bin ich in einem besonderen Kapitel näher eingegangen.

Wenn das Heilverfahren abgeschlossen ist und noch Unfallfolgen zurückgeblieben sind, so hat der Verletzte Anspruch auf eine Teil- oder Vollrente je nach dem Grade der Störung seiner Erwerbsfähigkeit. Auch nach erheblichen Verletzungen pflegen die anfänglichen Störungen der Erwerbsfähigkeit sehr bald zurückzugehen, so daß fast von Woche zu Woche eine Besserung zu bemerken ist. Später bildet sich ein Dauerzustand heraus, der sich nur wenig ändert. Wenn dieser Dauerzustand sich herausgebildet hat, muß

die Dauerrente bewilligt werden. Es ist wünschenswert, wenn dies möglichst bald geschehen kann. Kann die Rente eines Verletzten ihrer Höhe nach noch nicht als Dauerrente festgestellt werden, so ist der Versicherungsträger berechtigt, während der ersten 2 Jahre nach dem Unfall vorläufig eine Entschädigung festzustellen und nach Änderung der Verhältnisse zu ändern. In dem Bescheid, den der Verletzte erhält, ist zu bemerken, daß es sich um eine vorläufige Rente handelt. Die Dauerrente ist möglichst bald zu gewähren, sie ist spätestens mit Ablauf von 2 Jahren nach dem Unfall festzustellen (§ 1585). Ist innerhalb dieser Frist eine Dauerrente rechtskräftig festgestellt worden, oder ist die Frist abgelaufen, so darf eine neue Feststellung nur in Zeiträumen von mindestens einem Jahre (Schutzjahr) vorgenommen oder beantragt werden. Diese Fristen werden auch durch Einleitung eines neuen Heilverfahrens nicht berührt (§ 609).

Die Feststellung der Leistungen erfolgt durch den Sektionsvorstand oder den Genossenschaftsvorstand der Berufsgenossenschaft (§ 1568). In allen Fällen ergeht an den Verletzten oder die Hinterbliebenen ein schriftlicher Bescheid. Der Bescheid muß die Höhe der Entschädigung und die Art ihrer Berechnung sowie bei Gewährung einer Rente an Verletzte den angenommenen Grad der Erwerbsunfähigkeit enthalten (§ 1588). Der Bescheid ist zu begründen und zu unterschreiben (§ 1589). Der Bescheid muß den Vermerk enthalten, daß er rechtskräftig wird, wenn der Berechtigte nicht rechtzeitig innerhalb eines Monats bei dem Versicherungsträger Einspruch erhebt (§§ 1590, 1591). Soll auf Grund eines ärztlichen Gutachtens die Entschädigung abgelehnt oder nur eine Teilrente gewährt werden, so ist vorher der behandelnde Arzt zu hören, wenn er nicht schon ein ausreichendes Gutachten erstattet hat (§ 1582). Steht der behandelnde Arzt zu dem Versicherungsträger in einem nicht nur vorübergehenden Verhältnis, so ist auf Antrag ein anderer Arzt zu hören. Über die ärztliche Mitwirkung bei der Rentenfestsetzung und das „Hören" des behandelnden Arztes macht Lehmann folgende Ausführungen: „Die Vorschrift beruht auf der Erwägung, daß gerade von dem erstbehandelnden Arzte für den Regelfall erwartet werden darf, daß er Gelegenheit zur Feststellung wesentlicher Tatumstände hat, die sich leicht der Kenntnis des erst später in Anspruch genommenen Arztes entziehen (A. N. 06, S. 206). Danach wird die Anhörung im allgemeinen immer dann notwendig sein, wenn eine ärztliche Begutachtung der Entscheidung zugrunde gelegt werden soll. Dies gilt dann nicht, wenn die Ablehnung des Anspruchs aus anderen Gründen erfolgt; ein solcher Fall liegt vor, wenn aus den gesamten tatsächlichen Umständen die Entstehung eines Bruchleidens durch die dafür vom Versicherten verantwortlich gemachte Arbeit als ausgeschlossen erachtet wird (A. N. 01, S. 557), oder wenn die Beurteilung des Falles (glatter Verlust von Fingergliedern) ohne ärztliche Begutachtung auf Grund des Augenscheins möglich und die tatsächlich erfolgte Zuziehung eines Arztes unnötig war (A. N. 08, S. 549). Andererseits muß der behandelnde Arzt gehört werden, wenn die Entschädigung nach § 561 abgelehnt werden soll, sofern die Entscheidung darüber, ob schon vor dem Unfall dauernde Erwerbsunfähigkeit bestand, auf einem im Feststellungsverfahren eingeholten ärztlichen Gutachten beruht (A. N. 10, S. 425). Der behandelnde Arzt ist im allgemeinen derjenige, welcher das nach dem Unfall erforderliche Heilverfahren durchgeführt hat. Er wird über den Verlauf der Erkrankung Aufschluß zu geben in der Lage sein. Unter Umständen ist jedoch ein Arzt als behandelnder anzusehen, der den Verletzten nur einmal untersucht und verbunden hat

(A. N. 01, S. 180, 11, S. 449). Waren nacheinander mehrere Ärzte an der Behandlung beteiligt, kann es erforderlich sein, daß mehrere Ärzte gehört werden. Es kommt darauf an, daß kein Arzt übergangen wird, der vermöge der Behandlung, in der er den Verletzten gehabt hat, für die Sachbeurteilung wesentliche Aufklärungen zu geben in der Lage ist (A. N. 04, S. 619). In welcher Form und in welchem Umfang das „Hören" zu geschehen hat, richtet sich nach den Umständen des Einzelfalls (A. N. 04, S. 412). Der Vorschrift kann dadurch genügt sein, daß der Verletzte ein Gutachten des behandelnden Arztes vorlegt (A. N. 04, S. 619). Ein ausführlich eingehend begründetes Gutachten des behandelnden Arztes ist nicht unter allen Umständen erforderlich. Nach dem Zwecke der Vorschrift genügt es, wenn er das bekundet, was er von der Behandlung her weiß (A. N. 07, S. 488). Er ist also, wenn er gerichtlich vernommen wird, und zwar neben dem Gutachten eines anderen Arztes, als sachverständiger Zeuge zu hören (A. N. 08, S. 496). Andererseits muß er tatsächlich gehört werden. Es genügt also nicht, daß ihm eine Äußerung anheimgestellt oder er zu einer solchen aufgefordert worden ist (A. N. 05, S. 574). Der Versicherungsträger selbst hat keine Zwangs- oder Strafbefugnis gegen den behandelnden Arzt. Gibt dieser die verlangte Äußerung nicht ab, so ist er durch das Gericht oder das Versicherungsamt als Sachverständiger oder als Zeuge zu hören." Eine Bescheinigung, welche nichts weiter enthält als die Bezeichnung der Verletzung — ohne objektiven Befund — und den Vermerk, daß diese voraussichtlich eine Beschränkung des Verletzten von mehr als 13 Wochen zur Folge haben werde, kann als ein ausreichendes „Hören des behandelnden Arztes" nicht angesehen werden.

Über die Begründung des Bescheides äußert sich das Handbuch der Unfallversicherung folgendermaßen. Die Rentensucher haben in der Regel Anspruch darauf, den wesentlichen Inhalt der ihren Anspruch betreffenden Akten des Versicherungsträgers (ärztliche Gutachten, amtliche Bescheinigungen und sonstige Urkunden) soweit kennen zu lernen, als diese Unterlagen für eine förmliche Entscheidung des Feststellungsorgans bestimmend oder doch mitbestimmend gewesen oder für die weitere Verfolgung des Anspruchs von wesentlicher Bedeutung sind. Bei der Mitteilung der ärztlichen Gutachten wird es sich empfehlen, solche Bemerkungen, die einen für den Verletzten beunruhigenden Inhalt haben, sachlich aber entbehrlich sind (z. B. wenn gesagt wird, der Verletzte habe nur noch kurze Zeit zu leben), oder Wendungen, welche den Rentenbewerber verletzen können (z. B. wenn Simulation oder Übertreibung in besonders starken Ausdrücken geschildert wird), in den für ihn bestimmten Abschriften fortzulassen.

Kann der Versicherungsträger nach Ablauf von 3 Monaten, seitdem er amtlich von dem Unfall Kenntnis erhalten hat, noch keinen Bescheid erteilen, so hat er dem Berechtigten durch einfaches Schreiben die Gründe mitzuteilen (§ 1586). Kann bei Beginn der Entschädigungspflicht die Höhe der Entschädigung noch nicht durch Bescheid festgestellt werden, so hat der Versicherungsträger einen Vorschuß auf die Entschädigung zu gewähren und es dem Berechtigten durch einfaches Schreiben mitzuteilen. Für Verletzte, die nach Ablauf von 13 Wochen nach dem Unfall zur Heilung der Verletzungen noch ärztlich behandelt werden müssen, ist zunächst mindestens die Entschädigung festzusetzen, die bis zum Abschluß des Heilverfahrens zu leisten ist (§ 1587).

Beansprucht der Verletzte wegen Änderung der Verhältnisse die Erhöhung oder Wiedergewährung einer Rente, so hat er seinen An-

spruch bei dem Versicherungsträger oder bei dem Versicherungsamt anzumelden. Das Versicherungsamt gibt den Antrag unverzüglich an den Versicherungsträger ab (§ 1584).

Ist der Verletzte mit dem Bescheide zufrieden, so ist die Angelegenheit damit erledigt. Andernfalls hat er binnen einem Monat nach Zustellung des Bescheids bei dem Versicherungsträger Einspruch zu erheben (§ 1591). Darauf muß der Verletzte persönlich entweder vor dem Versicherungsträger oder dem Versicherungsamt vernommen werden. Er hat dabei seine Einwendungen zu Protokoll zu geben. Tritt in den Verhältnissen, die für die Feststellung der Entschädigung maßgebend gewesen sind, eine wesentliche Änderung ein, so kann eine neue Feststellung getroffen werden (§ 608). Übergangsrenten, die bis zu 2 Jahren nach dem Unfall bestehen können, dürfen, wie ich schon erwähnte, jederzeit geändert werden, Dauerrenten nur in Zeiträumen von mindestens einem Jahr (§ 609).

Soll eine Dauerrente wegen Änderung der Verhältnisse neu festgestellt werden, so muß bei Einspruch die Vernehmung des Berechtigten vor dem Versicherungsamte stattfinden. Dem Berechtigten ist von dem Gutachten des Versicherungsamts auf Antrag kostenlos Abschrift zu erteilen. Ferner sind ihm auf Antrag Abschriften der Niederschriften über die Vernehmung von Zeugen und Sachverständigen sowie der ärztlichen Gutachten zu erteilen; die Kosten hat der Antragsteller vorher zu bezahlen. Sämtliche Abschriften sind nur zu erteilen, soweit dies mit Rücksicht auf die Beteiligten zulässig erscheint.

Die zur Feststellung berufene Stelle (Sektionsvorstand, Genossenschaftsvorstand, Vorstand der Ausführungsbehörde usw.) erhebt nach Eingang der Verhandlungen über den Einspruch oder nach Mitteilung über das Nichterscheinen des Berechtigten in dem Verhandlungstermine den etwa noch erforderlichen Beweis und erteilt sodann den Endbescheid (§§ 1600—1607).

Es läßt sich noch nicht übersehen, wieweit diese neuen Bestimmungen sich in der Praxis bewähren werden, und wieweit sowohl von den Versicherungsträgern als auch den Versicherten von der Mitarbeit des Versicherungsamts Gebrauch gemacht werden wird. Jedenfalls bleibt die Rentenfeststellung nach wie vor in den Händen der Berufsgenossenschaft, da das Versicherungsamt lediglich eine aufklärende und begutachtende Tätigkeit ausübt. Jedoch ist durch die Zwischenschaltung des Versicherungsamts dem Verletzten die Möglichkeit gegeben, sich jederzeit über den Stand seiner Angelegenheit zu unterrichten und die vermittelnd wirkende Tätigkeit der unparteiischen Behörde sich zunutze zu machen.

Gegen den Endbescheid des Versicherungsträgers ist Berufung an das zuständige Oberversicherungsamt zulässig, die binnen einem Monat nach Zustellung des Bescheids erfolgen muß (§ 1677). Gegen die Urteile der Spruchkammern ist Rekurs zulässig (§ 1699).

Nachdem ich so das etwas komplizierte Feststellungsverfahren in der Unfallversicherung zusammenhängend besprochen habe, muß ich noch einmal auf die Versicherungsleistung kurz zurückkommen, falls es sich um einen tödlichen Unfall handelt. Außer den übrigen Leistungen, die dem Verletzten bis zu seinem Tode zustehen, ist bei Tötung noch zu gewähren:

1. als Sterbegeld der 15. Teil des Jahresarbeitsverdienstes, jedoch mindestens 50 M.

2. vom Todestage ab den Hinterbliebenen eine Rente, die für die Witwe und jedes Kind bis zum vollendeten 15. Lebensjahre je 20 % des Jahresarbeitsver-

dienstes beträgt. Auch Verwandten aufsteigender Linie stehen unter Umständen Renten zu. Die Witwe wird bei Wiederverheiratung abgefunden (§§ 588—596).

Von besonderer Bedeutung sind schließlich noch die Bestimmungen über Kapitalabfindung. Beträgt die Rente eines Verletzten 20 % der Vollrente oder weniger, so kann ihn die Genossenschaft mit seiner Zustimmung nach Anhören des Versicherungsamts mit einem dem Werte seiner Jahresrente entsprechenden Kapital abfinden (§ 616). Ausländer, die nicht in Deutschland wohnen, können ohne Grenze des Rentensatzes mit Kapital abgefunden werden, und zwar mit dem dreifachen Betrag der Jahresrente, falls sie zustimmen, sonst auch ohne ihre Zustimmung mit einem dem Werte der Jahresrente entsprechenden Kapital (§ 617). In dem Bescheide, der eine Kapitalabfindung feststellt, ist der Berechtigte darauf hinzuweisen, daß er nach der Abfindung keinen Anspruch auf Rente mehr habe, auch wenn sich die Unfallfolgen verschlimmern sollten (§ 1583).

Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Über den Versichertenkreis in der Invalidenversicherung und über die Verschiedenheit der Rechte, die durch die obligatorische und die fakultative Versicherung erworben werden, sowie über die Bedeutung der Wartezeit habe ich bereits nähere Ausführungen gemacht, auf die ich jetzt nur hinzuweisen brauche, ebenso habe ich das Beitragssystem und die Art der Beitragszahlung besprochen. Es soll daher jetzt nur darauf eingegangen werden, welche Rechte dem Versicherten im Versicherungsfall zustehen, und wie er in den Besitz der Versicherungsleistungen gelangt. Bezüglich der Anwartschaft möchte ich kurz noch folgendes sagen. Die Anwartschaft erlischt, wenn während zweier Jahre nach dem auf der Quittungskarte verzeichneten Ausstellungstage weniger als zwanzig Wochenbeiträge entrichtet worden sind (§ 1280). Als Wochenbeiträge gelten auch Krankheits- und Militärzeiten und ohne Einfluß auf die Rentenberechnung Zeiten ohne versicherungspflichtige Beschäftigung für Personen, die Invalidenrente oder mindestens 20 % Unfallrente beziehen (§ 1281). Bei der Selbstversicherung sind sogar 40 Beiträge in 2 Jahren erforderlich, falls nicht auf Grund der Versicherungspflicht früher mehr als 60 Beiträge geleistet worden sind (§ 1282). Das Erlöschen der Anwartschaft bewirkt die Ungültigkeit aller Beiträge, die bis dahin entrichtet worden sind. Die Anwartschaft lebt aber wieder auf, wenn der Betreffende wieder eine versicherungspflichtige Beschäftigung aufnimmt oder durch freiwillige Beitragsleistung das Versicherungsverhältnis erneuert und danach eine Wartezeit von 200 Beitragswochen zurücklegt. Hatte in beiden Fällen der Versicherte das 60. Lebensjahr vollendet, so lebt die Anwartschaft nur auf, wenn er vor dem Erlöschen der Anwartschaft mindestens 1000 Beitragsmarken verwendet hatte, und bei einem 40jährigen durch freiwillige Beitragsleistung nur, wenn er vor Erlöschen der Anwartschaft mindestens 500 Beitragsmarken verwendet und danach eine Wartezeit von 500 Beitragswochen zurückgelegt hatte (§ 1283). Die Wartezeit dauert

1. bei der Invalidenrente, wenn für den Versicherten auf Grund der Versicherungspflicht mindestens 100 Beiträge geleistet worden sind, 200, andernfalls 500 Beitragswochen,
2. bei der Altersrente 1200 Beitragswochen (§ 1278).

Die Beiträge für die freiwillige Versicherung werden auf die Wartezeit für die Invalidenrente nur dann angerechnet, wenn mindestens 100 Beiträge

auf Grund der Versicherungspflicht oder der Selbstversicherung geleistet worden sind (§ 1279). Auf diese komplizierten Verhältnisse braucht hier nicht näher eingegangen zu werden. Es genügt der Hinweis, daß diese Bestimmungen getroffen sind, um die Versicherungsträger vor Ausnutzung durch ältere Personen zu schützen. Ihre Beobachtung ist aber deshalb so wichtig, weil von der Erfüllung der Wartezeit in erster Linie überhaupt die Gewährung jeder Rente, sei es Altersrente oder Invaliden-, Witwen- oder Waisenrente, abhängt.

Die Altersrente braucht nur mit wenigen Worten gestreift zu werden. Altersrente erhält jeder Versicherte vom vollendeten 70. Lebensjahre an. Es bedarf dabei nicht des Nachweises der Invalidität (§ 1257). Da die Altersrente ohne Rücksicht auf die Arbeitsfähigkeit gewährt wird, so soll sie auch nur ein Zuschuß zum Arbeitsverdienst sein und stellt sich daher niedriger als die Invalidenrente, insbesondere gibt es bei ihr keine Steigerungssätze. Die Altersrente setzt sich aus dem Reichszuschuß von 50 Mark jährlich und dem Anteil der Versicherungsanstalt zusammen. Der Anteil der Versicherungsanstalt an den Altersrenten beträgt

in der	Lohnklasse I (bis zu 350 M.)	60 M.
„ „	„ II (350—550 M.)	90 „
„ „	„ III (550—850 M.)	120 „
„ „	„ IV (850—1150 M.)	150 „
„ „	„ V (über 1150 M.).	180 „

Für Beiträge verschiedener Lohnklassen wird der entsprechende Durchschnitt gewährt. Sind über 1200 Beitragswochen nachgewiesen, so scheiden die überzähligen Beiträge der niedrigsten Lohnklassen aus (§ 1293).

Invalidenrente erhält ohne Rücksicht auf das Lebensalter der Versicherte, der infolge von Krankheit oder anderen Gebrechen dauernd invalide ist. Als invalide gilt, wer nicht mehr imstande ist, durch eine Tätigkeit, die seinen Kräften und Fähigkeiten entspricht und ihm unter billiger Berücksichtigung seiner Ausbildung und seines bisherigen Berufs zugemutet werden kann, ein Drittel dessen zu erwerben, was körperlich und geistig gesunde Personen derselben Art in derselben Gegend durch Arbeit zu verdienen pflegen. Invalidenrente erhält auch der Versicherte, der nicht dauernd invalide ist, aber während 26 Wochen ununterbrochen invalide gewesen ist, oder der nach Wegfall des Krankengeldes invalide ist, für die weitere Dauer der Invalidität (Krankenrente) (§ 1255). Der Reichszuschuß zu jeder Rente beträgt 50 Mark jährlich. Der Anteil der Versicherungsanstalt richtet sich nach den gezahlten Beiträgen und den Militärdienst- und Krankheitszeiten (§ 1286) und berechnet sich aus einem Grundsatz und Steigerungssätzen. Für jede Beitragswoche beträgt

der Grundbetrag		der Steigerungssatz
Lohnklasse I	12 Pf.	3 Pf.
„ II	14 „	6 „
„ III	16 „	8 „
„ IV	18 „	10 „
„ V	20 „	12 „

Militär- und Krankheitszeiten werden als Lohnklasse II angerechnet (§ 1393). Wenn jemand also 100 Wochen in Lohnklasse I, 100 in Lohnklasse III geklebt und 200 Wochen beim Militär gewesen ist, so berechnet sich die Invalidenrente:

1. Reichszuschuß			50 M.
2. Grundbetrag			
100 × 12 Pf.	Lohnklasse I	12,00 M.	
100 × 16 „	Lohnklasse III	16,00 „	
200 × 14 „	(Militär)	28,00 „	56 M.
3. Steigerungssatz			
100 × 3 Pf.	Lohnklasse I	3,00 M.	
100 × 8 „	Lohnklasse III	8,00 „	
200 × 6 „	(Militär)	12,00 „	23 M.
			129 M.

Die Invalidenrente beträgt also 129 Mark jährlich.

Hat der Empfänger der Invalidenrente Kinder unter 15 Jahren, so erhält er eine Kinderzuschußrente von 10 % seiner Rente für jedes Kind. Sämtliche Kinderzuschußrenten dürfen aber die Hälfte der Invalidenrente nicht übersteigen (§ 1291).

Der Antrag auf Invalidenrente muß mündlich oder schriftlich bei dem Versicherungsamt gestellt werden (§ 1613). Beim Anspruch auf Invalidenrente sind vorzulegen die letzte Quittungskarte, die Bescheinigungen über Aufrechnung der früheren Quittungskarten, über Krankheitszeiten und militärische Dienstleistungen, soweit diese nicht in den Quittungskarten aufgerechnet sind, und die Bescheinigungen der Sonderanstalten. Beizufügen ist auch eine ärztliche, behördliche oder andere zuverlässige Bescheinigung über Ursache und Dauer der Invalidität. Wird Kinderzuschußrente verlangt, so sind außerdem die Geburtsurkunden der Kinder vorzulegen (§ 74 der Verordn. betr. die Versicherungsämter). Das Versicherungsamt hat die Vollständigkeit der vorgelegten Beweisstücke zu prüfen und dahin zu wirken, daß fehlende Beweisstücke nachgeliefert werden (§ 91 der Verordn.). Bei der Frage nach der Erwerbsunfähigkeit ist der Beginn der Erwerbsunfähigkeit seitens des Versicherungsamtes tunlichst genau zu ermitteln, namentlich dann, wenn davon die Erfüllung der Wartezeit abhängt, oder wenn sich die Erwerbsunfähigkeit infolge von Alterserscheinungen oder schleppenden Krankheiten allmählich herausgebildet hat (§ 84 d. Verordn.). Von einer ärztlichen Untersuchung und Begutachtung des Rentenbewerbers ist dann abzusehen, wenn sich klar ergibt, daß

1. die Wartezeit nicht erfüllt oder die Anwartschaft erloschen ist,
2. weder eine Versicherungspflicht noch eine Versicherungsberechtigung vorgelegen hat,
3. ein Rentenantrag innerhalb Jahresfrist wiederholt wird, ohne daß eine glaubhafte Bescheinigung beigebracht wird, wonach inzwischen Umstände eingetreten sind, die den Nachweis der Invalidität liefern (§ 1635), (§ 86 d. Verordn.).

Von einer ärztlichen Untersuchung kann in der Regel abgesehen werden, wenn

1. die Erwerbsunfähigkeit durch einen Unfall herbeigeführt ist und der Verletzte eine Unfallrente erhält (§ 1522 RVO.),
2. ein Antrag auf Invalidenrente, der bei Anerkennung der Erwerbsunfähigkeit wegen Nichterfüllung der Wartezeit zurückgewiesen war, wiederholt wird, ohne daß ein Anhalt dafür vorliegt, daß der Rentenbewerber seit der letzten Ablehnung infolge Besserung seines Körperzustandes wieder erwerbsfähig gewesen ist,

3. der Antragsteller eine Altersrente bezieht und schon auf andere Weise als durch ärztlicheBegutachtung die Erwerbsunfähigkeit glaubhaft festgestellt ist,
4. augenscheinlich erkennbar oder in einem Heilverfahren oder in anderer Weise glaubhaft nachgewiesen ist, daß Erwerbsunfähigkeit nicht vorliegt, oder daß und seit wann dauernde Erwerbsunfähigkeit eingetreten ist (§ 87 d. Verordn.).

Auf Antrag der Versicherungsanstalt ist zur mündlichen Verhandlung ihr Vertrauensarzt hinzuzuziehen und zu hören (§ 90 d. Verordn.).

Auf Grund der angestellten Ermittlungen hat das Versicherungsamt ein Gutachten darüber abzugeben, ob es die Gewährung der Rente für angezeigt hält.

Die Rente selber wird von der Versicherungsanstalt festgesetzt oder abgelehnt (§ 1630). Wird der angemeldete Anspruch anerkannt oder abgelehnt, so ist ein schriftlicher Bescheid zu erstatten. Er ist zu begründen und zu unterschreiben. Die Unterschrift des Vorsitzenden genügt. Wird der Anspruch abgelehnt, so ist dem Berechtigten von dem Gutachten des Versicherungsamtes kostenlos auf Antrag Abschrift zu erteilen. Ferner sind ihm auf Antrag Abschrift der Niederschriften über die Vernehmung von Zeugen und Sachverständigen sowie der ärztlichen Gutachten zu erteilen; die Kosten hat der Antragsteller vorher zu zahlen. Sämtliche Abschriften sind nur zu erteilen, soweit dies mit Rücksicht auf den Berechtigten zulässig erscheint. Wird eine Rente gewährt, so ist in dem Bescheid ihre Höhe, der Beginn und die Art ihrer Berechnung anzugeben. Der Bescheid muß den Vermerk enthalten, daß er rechtskräftig wird, wenn der Berechtigte nicht binnen einem Monat nach Zustellung des Bescheids Berufung bei dem Oberversicherungsamt einlegt (§ 1631). Will der Versicherungsträger dem für die Gewährung einer Rente abgegebenen Gutachten des Vorsitzenden des Versicherungsamtes nicht entsprechen, so ist die Sache zur Erörterung und Begutachtung an das Versicherungsamt zurückzugeben, wenn es sich um die Versicherungspflicht, die Versicherungsberechtigung oder die Invalidität handelt (§ 1632). Ist ein Antrag auf Invalidenrente endgültig abgelehnt worden, oder ist eine Invalidenrente rechtskräftig entzogen, so kann der Antrag erst 1 Jahr, nachdem die Entscheidung zugestellt war, vorher aber nur dann wiederholt werden, wenn glaubhaft bescheinigt wird, daß inzwischen Umstände eingetreten sind, die den Nachweis der Invalidität liefern (§ 1635).

Gegen den Bescheid der Versicherungsanstalt ist das Rechtsmittel der Berufung an das Oberversicherungsamt (Spruchkammer) zulässig (§ 1675). Gegen die Urteile der Spruchkammern ist Revision zulässig (§ 1694). Die Revision kann nur darauf gestützt werden, daß

1. das angefochtene Urteil auf der Nichtanwendung oder auf der unrichtigen Anwendung des bestehenden Rechts oder auf einem Verstoße wider den klaren Inhalt der Akten beruhe,
2. das Verfahren an wesentlichen Mängeln leide (§ 1697).

Die Revision ist ausgeschlossen, wenn es sich handelt um

1. Höhe, Beginn und Ende der Rente, ferner, um dies vorwegzunehmen,
2. Kapitalabfindung,
3. Witwengeld,
4. Waisenaussteuer,
5. Kosten des Verfahrens (§ 1696).

Die Höhe der Zusatzrente richtet sich danach, wieviel Zusatzmarken der Versicherte freiwillig geklebt hat. Sie gilt nur für Invalidität, aber nicht zur Erhöhung der Altersrente oder der Hinterbliebenenbezüge. Die Zusatzrente ist von einer Wartezeit nicht abhängig. Sie beträgt für jede Zusatzmarke sovielmal 2 Pfennig, als beim Eintritt der Invalidität Jahre seit der Verwendung der Zusatzmarke vergangen sind. Beträgt die Zusatzrente nicht mehr als 60 Mark jährlich, so wird auf Antrag eine einmalige Abfindung in Höhe des Kapitalwerts gezahlt (§ 1472—1476).

Eine Kapitalabfindung kommt sonst nur für Ausländer in Betracht, wenn sie sich im Auslande aufhalten (§§ 1316, 1317).

Eine Rente ruht, wenn eine Unfallrente bezogen wird und beide zusammen den $7\frac{1}{2}$fachen Grundbetrag der Invalidenrente übersteigen würden, während Verbüßung einer Freiheitsstrafe und bei Aufenthalt im Ausland (§§ 1311—1313).

Ist der Empfänger einer Invalidenrente infolge einer wesentlichen Änderung in seinen Verhältnissen nicht mehr invalide, so entzieht ihm die Versicherungsanstalt die Rente (§ 1304). Entzieht sich ein Rentenempfänger ohne gesetzlichen oder sonst triftigen Grund dem Heilverfahren und verhindert er dadurch die Beseitigung der Invalidität, oder entzieht er sich ohne Grund einer Nachuntersuchung oder Beobachtung in einem Krankenhause, so kann ihm die Rente auf Zeit ganz oder teilweise entzogen werden, wenn er auf diese Folge hingewiesen worden ist (§ 1306).

Die Ansprüche auf die Leistungen der Hinterbliebenenversicherung sind erst durch die RVO. neu entstanden und mit dem 1. Januar 1912 rechtskräftig geworden. Keinen Anspruch auf Fürsorge haben die Hinterbliebenen von Versicherten, die am 1. 1. 12 bereits verstorben waren (Art. 71 d. EG. zur RVO.). Das gleiche gilt für die Hinterbliebenen solcher Versicherten, die zu dem genannten Zeitpunkte bereits invalide waren und dann verstorben sind. Dagegen tritt die Fürsorge für die Hinterbliebenen eines Versicherten ein, der erst nach Eintritt der Invalidität die Ehe geschlossen hat.

Die Hinterbliebenenbezüge sind entweder einmalige oder fortlaufende. Zu den einmaligen gehört das Witwengeld und die Waisenaussteuer, zu den fortlaufenden die Witwenrente und die Waisenrente. Die Gewährung der Witwenrente ist davon abhängig, daß Invalidität besteht, die Waisenrente wird nur bis zu einer bestimmten Altersgrenze bezahlt.

Hinterbliebenenfürsorge wird gewährt, wenn der Verstorbene zur Zeit seines Todes die Wartezeit für die Invalidenrente erfüllt und die Anwartschaft aufrecht erhalten hat, Witwengeld und Waisenaussteuer nur, wenn außerdem die Witwe zur Zeit der Fälligkeit der Bezüge selbst die Wartezeit für die Invalidenrente erfüllt und die Anwartschaft aufrecht erhalten hat (§ 1252).

Witwenrente erhält die dauernd invalide Witwe nach dem Tode ihres versicherten Mannes. Als invalide gilt die Witwe, die nicht imstande ist, durch eine Tätigkeit, die ihren Kräften und Fähigkeiten entspricht und ihr unter billiger Berücksichtigung ihrer Ausbildung und bisherigen Lebensstellung zugemutet werden kann, $\frac{1}{3}$ dessen zu erwerben, was körperlich und geistig gesunde Frauen derselben Art mit ähnlicher Ausbildung in derselben Gegend durch Arbeit zu verdienen pflegen. Witwenrente erhält auch die Witwe, die nicht dauernd invalide ist, aber während 26 Wochen ununterbrochen invalide gewesen ist, oder die nach Wegfall des Krankengeldes invalide ist, für die weitere Dauer der Invalidität (§ 1258). Die Witwenrente erhält die engere Bedeutung einer Witweninvalidenrente. Sie berechnet

sich nach der Invalidenrente des verstorbenen Mannes, dessen Beiträge mithin von bestimmendem Einfluß auf die Höhe der Witwenrente sind. Bei B messung der Witwenrente ist darauf Bedacht genommen, daß für die Frauen ein Interesse daran erhalten bleibt, durch Fortentrichtung der Beiträge während der Ehe und auch im Witwenstande einen Anspruch auf die reichsgesetzliche Invalidenrente zu erwerben. Die Invalidenrente ist stets höher als die Witwenrente. Die Witwenrente kommt nun beim Zusammentreffen beider Ansprüche nicht zur Auszahlung (§ 1318). Für den Wegfall des Witwenrentenanspruchs wurde ein Ausgleich geschaffen. Sonst würden diejenigen Witwen versicherter Personen, welche wegen ihrer eigenen Beiträge auf die eigene Invalidenrente angewiesen wären, offensichtlich benachteiligt. Für sie wären ohne eine Gegenleistung die Beiträge des Ehemanns nutzlos. Der gebotene Ausgleich wurde darin gefunden, daß der beitragzahlenden Witwe beim Tode des Mannes eine einmalige Barzuwendung in Gestalt eines Witwengeldes gewährt wird (§ 1264). Beim Tode einer weiblichen Person, die den Lebensunterhalt der Familie wegen Erwerbsunfähigkeit ihres Mannes ganz oder überwiegend bestritten hatte, wird dem bedürftigen Witwer eine Witwerrente gewährt (§ 1260). Für den Anspruch auf diese Rente müssen Verhältnisse von gewisser Dauer vorausgesetzt werden. Es bleiben deshalb Fälle außer acht, in welchen die Ehefrau wegen vorübergehender Erwerbsunfähigkeit des Mannes nur zeitweise die Familie ernährte. Eine dem Witwengeld entsprechende Zahlung kommt nicht in Frage. Waisenrenten werden den hinterlassenen ehelichen Kindern eines männlichen Versicherten und den hinterlassenen vaterlosen, auch unehelichen Kindern einer weiblichen Versicherten gewährt (§ 1259). Auch den hinterlassenen ehelichen Kindern einer versicherten Ehefrau, die den Lebensunterhalt der Familie ganz oder überwiegend aus ihrem Arbeitsverdienst bestritten hat, weil der Ehemann erwerbsunfähig ist, oder weil er sich ohne gesetzlichen Grund von der häuslichen Gemeinschaft ferngehalten und der Pflicht der Unterhaltung der Kinder entzogen hatte, ist für die Dauer der Bedürftigkeit eine Fürsorge gewährt (§§ 1260, 1261). In Anlehnung an die Vorschriften der Unfallversicherung wird auch den elternlosen Enkeln, die von dem Großvater oder der Großmutter unterhalten wurden und durch deren Tod ihren Ernährer verloren haben, für die Dauer der Bedürftigkeit eine Waisenrente gewährt (§ 1262). In Übereinstimmung mit der Unfallversicherung und den Satzungen zahlreicher Pensionskassen ist vorgesehen, daß der Bezug der Waisenrente mit der Vollendung des 15. Lebensjahres, dem regelmäßigen Eintritt in eine erwerbstätige Beschäftigung, wegfällt.

Wenn beide Eheleute Versicherungsbeiträge entrichtet hatten, und die Witwe wegen des auf ihrer eigenen Beitragsleistung beruhenden Invalidenanspruchs einen Anspruch auf die Witwenrente nicht erheben kann, so wird außer dem Witwengeld auch eine Zahlung an die Waisen in Aussicht genommen (Waisenaussteuer). Denn es entstehen bei der Schulentlassung der Waisen und ihrem Eintritt in eine Berufstätigkeit erheblichere bare Auslagen. Für die Zubilligung ist ebenso wie beim Witwengeld das Versicherungsverhältnis der Mutter beim Tode des Ehemanns maßgebend. Entweder muß die zu diesem Zeitpunkt noch erwerbsfähige Ehefrau durch ihre Beitragsleistung die Wartezeit für die reichsgesetzliche Invalidenrente erfüllt und ihre Anwartschaft aufrecht erhalten haben, oder die zu diesem Zeitpunkte invalide Ehefrau muß den Anspruch auf die Invalidenrente erworben haben. Außerdem ist der Fall berücksichtigt, daß die Witwe erst nach dem Tode des

Anzahl der zurückgelegten Beitragsjahre	Wenn der Versicherungsfall nach Ablauf der in Spalte 1 verzeichneten Beitragsjahre eintritt, so beträgt										
	das vollendete Lebensjahr	die Zahl der nachgewiesenen Beitragswochen	der Wert der gezahlten Beiträge (ohne Zinsen) M.	die Invalidenrente des Vaters M.	die Witwenrente M.	der Waisenrentenbezug beim Vorhandensein von einem Kinde M.	2 Kindern M.	3 Kindern M.	4 Kindern M.	5 Kindern M.	6 Kindern M.
in Lohnklasse I.											
10	26	500	80,00	125,40	72,60	36,60	63,60	90,00	117,00	144,00	171,00
20	36	1000	160,00	140,40	77,40	39,00	66,00	93,00	120,60	147,60	175,20
30	46	1500	240,00	155,40	81,60	40,80	68,40	96,00	124,20	151,80	179,40
40	56	2000	320,00	170,40	86,40	43,20	71,40	99,00	127,20	155,40	183,00
50	66	2500	400,00	185,40	90,60	45,60	73,80	102,00	130,80	159,00	187,20
in Lohnklasse II.											
10	26	500	120,00	150,00	80,40	40,20	67,80	95,40	123,00	150,00	177,60
20	36	1000	240,00	180,00	89,40	45,00	73,20	101,40	129,60	157,80	186,00
30	46	1500	360,00	210,00	98,40	49,20	78,00	107,40	136,20	165,00	194,40
40	56	2000	480,00	240,00	107,40	54,00	83,40	113,40	142,80	172,80	202,80
50	66	2500	600,00	270,00	116,40	58,20	88,80	119,40	150,00	180,00	210,60
in Lohnklasse III.											
10	26	500	150,00	170,40	86,40	43,20	71,40	99,00	127,20	155,40	183,00
20	36	1000	300,00	210,00	98,40	49,20	78,00	107,40	136,20	165,00	194,40
30	46	1500	450,00	250,20	110,40	55,20	85,20	115,20	145,20	175,20	205,20
40	56	2000	600,00	290,40	122,40	61,20	92,40	123,00	154,20	185,40	216,00
50	66	2500	750,00	330,00	134,40	67,20	99,00	131,40	163,20	195,00	227,40
in Lohnklasse IV.											
10	26	500	190,00	190,20	92,40	46,20	75,00	103,20	132,00	160,20	189,00
20	36	1000	380,00	240,00	107,40	54,00	83,40	113,40	142,80	172,80	202,80
30	46	1500	570,00	290,40	122,40	61,20	92,40	123,00	154,20	185,40	216,00
40	56	2000	760,00	340,20	137,40	69,00	100,80	133,20	165,60	198,00	229,80
50	66	2500	950,00	390,00	152,40	76,20	109,80	143,40	177,00	210,00	243,60
in Lohnklasse V.											
10	26	500	230,00	210,00	98,40	49,20	78,00	107,40	136,20	165,00	194,40
20	36	1000	460,00	270,00	116,40	58,20	88,80	119,40	150,00	180,00	210,60
30	46	1500	690,00	330,00	134,40	67,20	99,00	131,40	163,20	195,00	227,40
40	56	2000	920,00	390,00	152,40	76,20	109,80	143,40	177,00	210,00	243,60
50	66	2500	1150,00	450,00	170,40	85,20	120,00	155,40	190,20	225,00	260,40

Ehemanns, aber vor Ablauf des fürsorgebedürftigen Alters der Waisen die Wartezeit für die Invalidenrente erfüllt hat, sei es, daß sie beim Tode des Ehemanns die erforderliche Zahl von Beiträgen noch nicht entrichtet oder die Beitragsleistung erst nach diesem Zeitpunkte begonnen hatte (§ 1252, Begründung).

Im Falle der Wiederverheiratung fällt die Rente der Witwe und des Witwers weg. Es liegt schon mit Rücksicht auf den Reichszuschuß kein Anlaß vor, der wiederheiratenden Witwe nach dem Vorgang der Unfallversicherung eine Abfindung zu gewähren. Es darf vorausgesetzt werden, daß invalide Witwer und Witwen nur dann eine zweite Ehe eingehen werden, wenn sie die Aussicht haben, ohne eine Zuwendung aus allgemeinen Mitteln die Kosten des Haushalts zu bestreiten.

Die Höhe der Hinterbliebenenbezüge berechnet sich folgendermaßen: Der Reichszuschuß beträgt 50 Mark für jede Witwer- und Witwenrente, 25 Mark für jede Waisenrente jährlich. Der Anteil der Versicherungsanstalt beträgt

bei Witwen- und Witwerrenten 3 Zehntel,

bei Waisenrenten für eine Waise 3 Zwanzigstel, für jede weitere Waise 1 Vierzigstel

des Grundbetrags und der Steigerungssätze der Invalidenrente, die der Ernährer zur Zeit seines Todes bezog oder bei Invalidität bezogen hätte (§ 1292).

In der vorstehenden Tabelle (s. S. 118) ist unter Berücksichtigung der zurückgelegten Beitragsjahre, der Zahl der nachgewiesenen Beitragswochen, des Wertes der gezahlten Beiträge und der Invalidenrente des Ernährers zusammengestellt, wie sich die Witwen- und Waisenrenten in den einzelnen Lohnklassen ziffernmäßig stellen.

Das Verfahren bei Feststellung der Hinterbliebenenbezüge und die Geltendmachung der Ansprüche ist entsprechend geregelt wie bei den Invalidenrenten, so daß hierauf nicht näher eingegangen zu werden braucht. Auf eine Besonderheit möchte ich noch aufmerksam machen. Die Invalidität einer Frau wird verschieden beurteilt, je nachdem es sich um die Erlangung einer Invalidenrente oder die einer Witwenrente handelt. Denn bei der Witwe wird nicht nur wie sonst auf Kräfte, Fähigkeiten und Ausbildung, sondern auch auf die bisherige Lebensstellung Rücksicht genommen. Die Begründung führte dazu aus:

„Für den Begriff der Invalidität der Witwe bedürfte es keiner besonderen Begriffsbestimmung, wenn alle Witwen vor Eintritt der Invalidität erwerbstätig gewesen wären. Es gibt aber viele Frauen, auch aus dem Kreise der versicherungspflichtigen Bevölkerung, deren einzige Beschäftigung in der Zeit des Ehestandes und auch schon vorher ihre Tätigkeit im Haushalt gewesen ist. Dann kann als Vergleichsmaßstab für die Verdienstmöglichkeit nicht bloß die Ausbildung und der bisherige Beruf herangezogen werden, es muß vielmehr außer auf die Ausbildung billige Rücksicht auch auf die bisherige Lebensstellung der Witwe genommen werden. Diese wird sich aus dem bisherigen Berufe, wo ein solcher betrieben worden ist, unschwer erkennen lassen. Die Berücksichtigung der bisherigen Lebensstellung, die im wesentlichen diejenige des verstorbenen Ehemanns sein wird, bietet aber auch für diejenigen Frauen einen zutreffenden Vergleichsmaßstab dar, welche nicht selbst erwerbend tätig gewesen sind. Der Witwe eines Tagelöhners, auch wenn sie selbst zu Lebzeiten des Mannes keinem Erwerbe nachgegangen sein sollte, wird man unbedenklich zumuten dürfen, Tagelöhnerarbeiten zu verrichten; sie wird die Witwenrente erst dann erhalten können, wenn sie nicht imstande ist, durch Tagelöhnerarbeit ein Drittel desjenigen zu erwerben, was körperlich und geistig gesunde weibliche Personen in derselben Gegend durch Tagelöhnerarbeit zu verdienen pflegen. Handelt es sich dagegen um die Witwe eines hochgelohnten Versicherten, so wird zu untersuchen sein, was ihr nach ihrer Ausbildung und der ihr durch den verstorbenen Mann gegebenen Lebensstellung an Arbeit zugemutet werden kann. Wäre sie an sich noch fähig, ein Drittel desjenigen zu erwerben, was körperlich und geistig gesunde weibliche Personen durch Tagelöhnerarbeit zu verdienen pflegen, so würde sie gleichwohl die Witwenrente dann erhalten können, wenn sie nicht imstande ist, eine Tätigkeit auszuüben, die ihr als der Witwe eines sozial höherstehenden Versicherten zugemutet werden kann. Es wird unter Berücksichtigung der Lebensstellung des Ehemanns zu untersuchen sein, ob sie die Tätigkeit einer

Kinderfrau, Köchin, Aufwärterin, Wirtschafterin, Verkäuferin, Buchhalterin, Kontoristin, Näherin oder dergleichen übernehmen kann und, wenn nicht, wird ihr die Witwenrente zu gewähren sein. Für die Mitberücksichtigung der Lebensstellung des verstorbenen Ehemanns spricht auch, daß der Witwe die Rente nicht auf Grund ihrer eigenen, zur Versicherung verpflichtenden oder berechtigenden Tätigkeit zukommt, sondern auf Grund der Beiträge ihres Ernährers und als Ersatz für seinen Verlust.

Freilich wird nicht zu verkennen sein, daß die Entscheidung über die Witwenrente in vielen Fällen ein besonders verständnisvolles Abwägen der Verhältnisse erfordern wird. Es ist aber mit Sicherheit zu erwarten, daß die Feststellungsbehörden der Aufgabe gewachsen sein werden."

Es ist nun noch gewisser Leistungen zu gedenken, die den Versicherten zugute kommen, auf die sie aber einen Anspruch nicht haben. Diese Leistungen sind auch nicht mit den Mehrleistungen der Krankenkassen zu vergleichen. Denn diese werden durch das Statut der Krankenkasse eingeführt, gelten dann aber für alle Mitglieder, so daß der Vorstand nicht etwa nach Gutdünken dem einen Mitglied die Leistung zubilligen, dem andern abschlagen kann. So ist es aber in der Invalidenversicherung. Die Versicherungsanstalt ist nämlich berechtigt, ein Heilverfahren einzuleiten, um die infolge einer Erkrankung drohende Invalidität eines Versicherten oder einer Witwe abzuwenden (§ 1269). Diese Leistung ist aber durchaus in das Ermessen der Versicherungsanstalt gestellt, wie die Krankenhauseinweisung in das Belieben der Krankenkasse. Sie kann den Antrag ablehnen, ohne daß sie dafür Gründe angeben müßte. Die Versicherungsanstalt ist allerdings selber durch das Gesetz genötigt, nur solchen Versicherten eine Heilbehandlung zukommen zu lassen, bei denen auch Aussicht auf Heilerfolg und damit Abwendung der Invalidität zu erwarten ist. Auf die Grundsätze, die bei der Auswahl der Personen für die Heilbehandlung maßgebend sind, und auf den Umfang des Heilverfahrens gehe ich später im zwanzigsten Kapitel näher ein. Die Versicherungsanstalt kann den Erkrankten in einem Krankenhaus oder in einer Anstalt für Genesende unterbringen.

Zu den erweiterten Leistungen gehört ferner die Aufnahme von Rentnern in Invalidenhäuser und von Waisen in Waisenhäuser. Die Unterbringung in Waisenhäusern ist erst durch die RVO. neu eingeführt, nachdem nunmehr die Fürsorge auf die Hinterbliebenen ausgedehnt ist. Die Satzung der Versicherungsanstalt kann den Vorstand ermächtigen, den Rentenempfänger auf Antrag in einem Invaliden- oder Waisenhaus unterzubringen und dazu die Rente ganz oder teilweise zu verwenden. Die Aufnahme verpflichtet den Rentenempfänger auf ein Vierteljahr und, wenn er nicht einen Monat vor Ablauf dieser Zeit widerspricht, jedesmal auf ein weiteres Vierteljahr zum Verzicht auf die Rente (§ 1277).

Zu den Leistungen, die den Versicherten indirekt zugute kommen, gehören die Aufwendungen, die die Versicherungsanstalten für allgemeine Wohlfahrtszwecke machen. Die Versicherungsanstalt kann mit Genehmigung der Aufsichtsbehörde Mittel aufwenden, um allgemeine Maßnahmen zur Verhütung des Eintritts vorzeitiger Invalidität unter den Versicherten oder zur Hebung der gesundheitlichen Verhältnisse der versicherungspflichtigen Bevölkerung zu fördern oder durchzuführen (§ 1274). Da das Reichsversicherungsamt oder das betreffende Landesversicherungsamt seine Zustimmung geben muß, so wird verhütet, daß Aufwendungen gemacht werden, die über den Rahmen der Invalidenversicherung hinausgehen oder die Leistungs-

fähigkeit der Versicherungsanstalt für die Gewährung der ordnungsmäßigen Bezüge in Frage stellen. Ich bin auf die Invalidenhaus- und allgemeine Wohlfahrtspflege in dem Kapitel über die Leistungen der Invalidenversicherung näher eingegangen.

Literatur.

Hahn: Ist die Forderung freier Arztwahl eine „angemessene Bedingung" im Sinne des § 370 RVO.? Arbeiterversorgung 1912, S. 457.

Achtes Kapitel.

Die Versicherungsbehörden.

Die Aufsicht über die Durchführung der sozialen Versicherung und die Gerichtsbarkeit bei Streitigkeiten liegt in den Händen der Versicherungsbehörden. Als Versicherungsbehörden bezeichnet die RVO. die Versicherungsämter, die Oberversicherungsämter und das Reichsversicherungsamt bezw. die Landesversicherungsämter. Außerdem sind für allgemeine Anordnungen noch der Bundesrat und die Einzelstaaten, für Entscheidungen in Einzelfällen, namentlich als Beschwerdeinstanz in der Krankenversicherung, über den Oberversicherungsämtern noch die obersten Verwaltungsbehörden der Bundesstaaten beteiligt. Die Versicherungsämter bilden die lokale Behörde, deren Ausdehnung nicht über eine Stadt, über einen Kreis, einen Bezirk usw. hinausgeht. Die Bezirke mehrerer Versicherungsämter unterstehen einem Oberversicherungsamt. Über diesem wieder steht das Reichsversicherungsamt bezw. die Landesversicherungsämter. Das ganze Reich ist also mit einem lückenlosen Netz von Versicherungsämtern überzogen, die in Sachen der Reichsversicherung zuständig sind. Dieses Netz ist auch theoretisch nicht durchbrochen durch die Zulassung der im Entwurf der RVO. vorgesehenen Sonderversicherungsämter, die für besondere Betriebe in Kraft treten sollten. Tatsächlich bestehen aber besondere Organisationen, denen die Aufgaben des Versicherungsamts übertragen sind (§ 112). Solche Einrichtungen finden sich im Knappschaftswesen und bei dem Eisenbahnbetrieb; bei letzterem ist etwas näher hierauf eingegangen.

Dem lückenlosen Netz der Versicherungsämter müßte ein ebensolches der Oberversicherungsämter entsprechen. Hier ist aber auch die Theorie des lückenlosen Zusammenhangs aufgegeben. Denn die RVO. sieht die Errichtung „besonderer" Oberversicherungsämter vor (§ 63). Wir kennen solche besonderen Oberversicherungsämter im Knappschaftswesen und beim Eisenbahnbetrieb und ein besonderes Kaiserliches Oberversicherungsamt für den Bereich der Marineverwaltung in Berlin. Hierauf ist an entsprechender Stelle näher eingegangen. Im Reiche bestehen 30 besondere Oberversicherungsämter.

Ebenso ist das Reichsversicherungsamt nicht die alleinige höchste Instanz in Sachen der Reichsversicherung. Neben ihm wirken die Landesversicherungsämter, deren Zahl durch die RVO. zwar beschnitten worden ist, die aber doch in Süddeutschland und Königreich Sachsen weiter fortwirken . Landesversicherungsämter bestehen noch in Bayern, Sachsen und Baden. Den Landesversicherungsämtern stehen zunächst gewisse Aufsichtsbefugnisse zu. Im Bereiche der Unfallversicherung unterstehen ihnen die land- und forstwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften, die zu dem betreffenden Bundesstaat gehören. Von den gewerblichen Berufsgenossenschaften unterstehen die bayrische Holzindustrie-Berufsgenossenschaft dem bayrischen,

die sächsische Holz-Berufsgenossenschaft und Textil-Berufsgenossenschaft dem sächsischen Landesversicherungsamt. Die Landesversicherungsämter haben ferner die Beaufsichtigung der Versicherungsanstalten, die zu ihrem Bundesstaat gehören. Außerdem sind sie höchste Instanz in Revisionsangelegenheiten der Kranken- und Invalidenversicherung (§ 1708) und in Rekursangelegenheiten der Unfallversicherung, wenn der Bezirk des beteiligten Versicherungsträgers sich nicht über das Gebiet des Bundesstaats hinaus erstreckt. Soweit jedoch ein Versicherungsträger mitbeteiligt ist, für den das Reichsversicherungsamt oder ein anderes Landesversicherungsamt zuständig ist, entscheidet das Reichsversicherungsamt (§ 1708). Außer den genannten Versicherungsträgern sind also auch die Krankenkassen des Bundesstaats den Landesversicherungsämtern in Revisionsangelegenheiten unterstellt. Die Landesversicherungsämter sind ähnlich zusammengesetzt wie das Reichsversicherungsamt. Will ein Spruchsenat eines Landesversicherungsamts von einer amtlich veröffentlichten Entscheidung des Reichsversicherungsamts in einer grundsätzlichen Rechtsfrage abweichen, so hat er die Sache unter Begründung seiner Rechtsauffassung an den Großen Senat des Reichsversicherungsamts zu verweisen. Das Landesversicherungsamt entsendet dann zwei seiner Mitglieder in den Großen Senat (§ 1718).

Hier soll nun des weiteren nur derjenigen Versicherungsbehörden gedacht werden, die zur hauptsächlichen Durchführung der Reichsversicherung bestimmt sind, nämlich der Versicherungsämter, der Oberversicherungsämter und des Reichsversicherungsamts. Alle diese Behörden haben gemischte Aufgaben, sie haben Aufsichtsbefugnisse, sie haben organisatorische und verwaltungstechnische Aufgaben und sind die zuständigen Behörden im gerichtlichen Streitverfahren über Versicherungsleistungen und im verwaltungsgerichtlichen Verfahren.

Bei jeder unteren Verwaltungsbehörde besteht ein Versicherungsamt, das als Abteilung für die Reichsversicherung errichtet ist (§ 36). Der Leiter der unteren Verwaltungsbehörde ist der Vorsitzende des Versicherungsamts. Da der Landrat, Bürgermeister usw. sich nicht persönlich um die Geschäfte des Versicherungsamts bekümmern kann, ist für ihn ein Stellvertreter zu ernennen, der durch Vorbildung und Erfahrung auf dem Gebiete der Reichsversicherung geeignet ist (§ 39). In einer Reihe von Fällen trifft der stellvertretende Vorsitzende des Versicherungsamts seine Entscheidung selbständig, in anderen sind Ausschüsse vorgesehen, die sich aus dem stellvertretenden Vorsitzenden und Beisitzern zusammensetzen. Diese werden je zur Hälfte aus Arbeitgebern und aus Versicherten genommen (§ 40). Ihre Zahl beträgt zusammen mindestens 12 (§ 41). Wählbar sind nur Männer (§ 47). Jedes Versicherungsamt bildet einen oder mehrere Spruchausschüsse und nur einen Beschlußausschuß, die sich immer aus dem Vorsitzenden des Versicherungsamts und je einem Versicherungsvertreter der Arbeitgeber und der Versicherten zusammensetzen. Da der Beschlußausschuß wichtige Verwaltungsbefugnisse zu erledigen hat, ist nur ein Beschlußausschuß in derselben dauernden Besetzung vorgesehen, um den betreffenden Versicherungsvertretern die nötige Erfahrung zu verschaffen und durch Heranziehung derselben Versicherungsvertreter eine unentbehrliche Kontinuität der Beschlüsse sicherzustellen. Die oberste Verwaltungsbehörde kann bestimmen, wieweit das Versicherungsamt technische, staatliche und gemeindliche Beamte seines Bezirks (Kreisarzt, Gewerbeinspektor, Baubeamte usw.) als Beiräte mit beratender Stimme zum Beschlußverfahren zuziehen darf (§ 58).

Die Verhandlungen im Spruchverfahren sind bei den Versicherungsämtern ebenso wie bei den übergeordneten Versicherungsbehörden öffentlich, im Beschlußverfahren dagegen nicht öffentlich.

Die erste Aufgabe des Versicherungsamts ist es, in Sachen der Reichsversicherung Auskunft zu erteilen.

In zweiter Linie ist das Versicherungsamt Aufsichtsbehörde. Die Aufsicht erstreckt sich ausschließlich auf die Krankenkassen. Die Aufsicht wird durch den Vorsitzenden des Versicherungsamts ausgeübt und erstreckt sich auch auf die Beobachtung der Dienst- und Krankenordnung (§ 377).

In einer Anzahl von Fällen, die das Gesetz vorsieht, hat das Versicherungsamt eine vorbereitende und gutachtliche Tätigkeit. Gering ist diese Tätigkeit im Gebiete der Krankenversicherung. Hier hat sich das Versicherungsamt außer in Organisationsfragen gutachtlich an das Oberversicherungsamt über die Festsetzung des Ortslohns zu äußern (§ 149).

Erheblicher wird das Versicherungsamt nach dieser Richtung durch die Unfallversicherung in Anspruch genommen. Gutachtlich hat es sich zu äußern, wenn die Genossenschaft einen Verletzten, der eine Rente bis zu 20 % bezieht, mit einem Kapital abfinden will (§§ 616, 955, 1117). Ebenso hat es sich über die Festsetzung des durchschnittlichen Arbeitsverdienstes für landwirtschaftliche Arbeiter an das Oberversicherungsamt zu äußern (§ 936).

Umfassender ist die gutachtliche Tätigkeit des Versicherungsamts, wenn es sich um einen Einspruch handelt. Bei Einspruch gegen einen Rentenbescheid des Versicherungsträgers der Unfallversicherung kann der Verletzte verlangen, daß er vor dem Versicherungsamt vernommen wird (§§ 1592ff.). Alsdann muß über seine Äußerungen eine Niederschrift aufgenommen und auf eine tunlichst genaue und vollständige Anführung der für die Feststellung erheblichen Tatsachen und auf Angabe von Beweismitteln hingewirkt werden. Ist nicht schon durch den Versicherungsträger ein Arzt gehört worden, dem der Versicherte nach eigener Wahl seine Behandlung übertragen hat, so hat das Versicherungsamt auf den bei der Vernehmung zu stellenden Antrag des Versicherten das Gutachten eines bisher noch nicht gehörten Arztes einzuholen, wenn das Gutachten nach Ansicht des Versicherungsamts für die Entscheidung von Bedeutung sein kann (§ 1595). Auf Verlangen des Berechtigten ist in allen Fällen, wenn er die Kosten im voraus entrichtet, ein von ihm bezeichneter Arzt als Gutachter zu vernehmen (§ 1596). Handelt es sich um einen Einspruch gegen die Änderung einer Dauerrente, so wird die Sache nach Abschluß der Ermittlungen vor dem Versicherungsamt unter Zuziehung von je einem Vertreter der Arbeitgeber und der Versicherten in mündlicher Verhandlung erörtert (§ 1602). Das Versicherungsamt erstattet dann ein Gutachten an den Versicherungsträger (§ 1605).

Im Bereiche der landwirtschaftlichen Unfallversicherung kann die Landesgesetzgebung die Aufklärung des Sachverhalts bei Unfällen dem Versicherungsamt übertragen (§ 1037).

Sonst hat das Versicherungsamt bei der Unfalluntersuchung mitzuwirken, wenn der Berechtigte es verlangt (§ 1559). Auch in andern Fällen kann es an der Untersuchung teilnehmen (§ 1562). Nach der Begründung liegt es dem Vertreter des Versicherungsamts namentlich ob, bei den Untersuchungsverhandlungen durch Stellung geeigneter Anträge auf eine möglichste Erschöpfung des Sachverhalts hinzuwirken. Durch diese Tätigkeit soll die Ortspolizeibehörde bei Durchführung ihrer Aufgabe wesentlich unterstützt werden.

Auf Ersuchen des Versicherungsträgers hat der Vorstand des Versicherungsamts den gesamten Sachverhalt, der für die Feststellung der Leistung maßgebend ist, aufzuklären und sich gutachtlich zu äußern (§ 1572). Auch die Anmeldung der versicherungspflichtigen Betriebe erfolgt durch das Versicherungsamt bei der Berufsgenossenschaft (§ 653).

Schließlich sei noch erwähnt, daß das Versicherungsamt im Interesse der Versicherten und der Versicherungsträger bei bestimmten Anlässen mitwirken soll. Gelangen nämlich Fälle, in denen freiwillige Leistungen der Versicherungsträger angezeigt scheinen, zur Kenntnis des Versicherungsamts, so soll es den Versicherungsträger benachrichtigen (§ 1550). Ebenso soll es ihn benachrichtigen, wenn es erfährt, daß

eine Übernahme des Heilverfahrens durch den Versicherungsträger vor Ablauf der Wartezeit oder eine Übertragung des Heilverfahrens durch den Versicherungsträger auf die Krankenkasse nach Ablauf der Wartezeit angezeigt ist,

eine Unfallrente wegen Änderung der Verhältnisse neu festzustellen oder zu entziehen ist,

eine Rente zu ruhen hat (§ 1612).

Das Versicherungsamt kann die Krankenkassen mit ihrer Zustimmung bei der Überwachung der Kranken unterstützen (§ 347). Es kann den Geschäftsführer einer Krankenkasse in Strafe nehmen, wenn er die Anzeige von Unfällen, die voraussichtlich entschädigungspflichtig werden, unterläßt (§ 1512).

Im Gebiete der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung hat das Versicherungsamt eine besonders ausgedehnte vorbereitende und gutachtliche Tätigkeit. Sämtliche Anträge auf die Leistungen der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung sind nämlich an das Versicherungsamt zu richten (§ 1613). Dieses prüft die Anträge und die Beweismittel auf ihre Vollständigkeit. Alsdann erstattet das Versicherungsamt sein Gutachten in der Sache, und zwar erstattet es der Vorsitzende allein, wenn es sich um Altersrente, Waisenrente, Witwengeld und Waisenaussteuer, Kapitalabfindung (§§ 1316, 1317, 1476) handelt oder Versicherungsträger und Berechtigter über den Anspruch sich einig sind (§ 1624). Sonst findet eine mündliche Verhandlung statt, zu der je ein Vertreter der Arbeitgeber und der Versicherten hinzugezogen werden (§ 1618).

Auch bei der Invalidenversicherung hat das Versicherungsamt im Interesse der Versicherten und des Versicherungsträgers einzugreifen, wenn es sich als nötig herausstellt. Das Versicherungsamt kann die Versicherungsanstalten bei der Beitragskontrolle unterstützen (§ 1465). Auch hier hat es den Versicherungsträger zu benachrichtigen, wenn die Übernahme einer freiwilligen Leistung angezeigt erscheint (§ 1550). Ferner benachrichtigt das Versicherungsamt den Versicherungsträger, wenn es erfährt, daß ein Versicherter oder eine Witwe durch ein Heilverfahren vor der Invalidität bewahrt werden kann, der Empfänger einer Invaliden-, Witwen-, Witwer- oder Zusatzrente durch ein Heilverlahren wieder erwerbsfähig werden kann, eine Rente zu ruhen hat (§ 1629).

Das Spruchverfahren kommt allein für das Gebiet der Krankenversicherung in Betracht. Bei Streit über die Leistungen der Krankenversicherung entscheidet auf Antrag in erster Instanz ein Spruchausschuß des Versicherungsamts (§ 1636). Ebenso werden die Streitigkeiten nach § 1771 durch den Spruchausschuß entschieden.

In allen Fällen kann der Vorsitzende allein, ohne mündliche Verhandlung eine Vorentscheidung treffen (§ 1657). Er entscheidet außerdem in öffentlicher mündlicher Sitzung allein über Leistungen der Krankenversicherung, wenn es sich handelt um

1. lediglich rechnerische Feststellung der Dauer und Höhe der Krankenhilfe,
2. Gewährung der Krankenhauspflege an Stelle der Krankenhilfe,
3. Sterbegeld,
4. Leistungen im Gesamtwert von weniger als 50 M. (§ 1661).

Sämtliche anderen Entscheidungen des Versicherungsamts ergehen im Beschlußverfahren.

Auch jetzt sind die Aufgaben der Versicherungsämter noch nicht erschöpft. Die Landesregierung kann ihnen noch andere Aufgaben aus der knappschaftlichen Versicherung übertragen (§ 37, Abs. 3). Es handelt sich hierbei besonders um die aus der knappschaftlichen Versicherung entstehenden Streitigkeiten da, wo hierfür keine besonderen Behörden eingesetzt sind.

Man wird zugeben müssen, daß die Versicherungsämter sich nicht über einen Mangel an Beschäftigung werden beklagen können. Ob aber gerade die Vielseitigkeit ihres Aufgabenkreises der Lösung der ihnen anvertrauten Geschäfte förderlich sein wird, muß vorläufig dahingestellt bleiben, da die einzelnen Versicherungsämter zu heterogen zusammengesetzt sind, als daß ein einheitliches Vorgehen, das auch nicht am Buchstaben klebt, garantiert wäre. In vielen Fällen ist der stellvertretende Vorsitzende des Amts ein ergrauter Sekretär, dem damit ein Ruheposten zugedacht ist, in anderen ein jüngerer Assessor, der sein Amt als eine Übergangsstellung betrachtet. In manchen größeren Kommunen ist an die Spitze ein Stadtrat gewissermaßen als Dezernent gestellt, der sich selbst die größeren Sachen vorbehält und die anderen durch weitere Stellvertreter erledigen läßt. Die Zahl der auf Grund der RVO. errichteten Versicherungsämter beträgt im ganzen Reiche 1221. Es bestehen:

in Preußen	645	Versicherungsämter
Bayern	197	„
Sachsen	109	„
Württemberg	63	„
Baden	53	„
Hessen	23	„
Beide Mecklenburg	9	„
Oldenburg	19	„
Braunschweig	7	„
Thüringische und sächsische Staaten	65	„
Hansestädte	5	„
Elsaß-Lothringen	26	„
Reich	1221	„

Ich wende mich nun den Oberversicherungsämtern zu, die bisher unter dem Namen „Schiedsgerichte für Arbeiterversicherung“ bestanden. Damit ist zum Ausdruck gebracht, daß sie früher nur richterliche Befugnisse hatten, und zwar war dies ausschließlich in Sachen der Unfallversicherung und der Invalidenversicherung der Fall. Nunmehr sind auch die Sachen der Krankenversicherung hinzugekommen, und diese Erweiterung des Auf-

gabenkreises hat es mit sich gebracht, daß zu den richterlichen Geschäften noch Verwaltungs- und verwaltungsgerichtliche Geschäfte hinzugetreten sind. Infolgedessen ist auch in der Organisation eine Änderung eingetreten. Das Oberversicherungsamt ist in der Regel für den Bezirk einer höheren Verwaltungsbehörde errichtet (§ 62). Es besteht aus Mitgliedern und Beisitzern (§ 68 ff). An der Spitze steht ein auf Lebenszeit hauptamtlich angestellter Direktor. Außer ihm muß mindestens noch ein aus der Zahl der öffentlichen Beamten entnommenes Mitglied dem Oberversicherungsamt angehören. Die Beisitzer werden je zur Hälfte aus Arbeitgebern und Versicherten gewählt. Die Zahl der Beisitzer beträgt 40, sie kann von der obersten Verwaltungsbehörde erhöht oder vermindert werden. Jedes Oberversicherungsamt bildet eine oder mehrere Spruchkammern und Beschlußkammern. Die Spruchkammer besteht aus fünf Mitgliedern, und zwar einem Mitglied des Oberversicherungsamts als Vorsitzendem und je zwei Beisitzern der Arbeitgeber und der Versicherten. Die Beschlußkammer besteht aus vier Mitgliedern, und zwar aus dem Direktor des Oberversicherungsamts, einem zweiten Mitglied und aus zwei Beisitzern. Bei Stimmengleichheit entscheidet die Stimme des Vorsitzenden. Die Beisitzenden werden nebst mindestens einem Stellvertreter aus der Zahl der Arbeitgeber und der Versicherten auf vier Jahre gewählt. Der Direktor des Oberversicherungsamts bildet die Spruch- und Beschlußkammern und zieht die Beisitzer zu den Kammern zu (§ 3 der kaiserlichen Verordnung). Zu den Verhandlungen der Beschlußkammern in Sachen der Unfallversicherung kann der Direktor statt der Beisitzer Stellvertreter zuziehen, die in dem entsprechenden Bereiche der Unfallversicherung besondere Sachkunde besitzen (§ 5 der kaiserlichen Verordnung). Die Beschlußsachen, die nicht durch die Beschlußkammer zu entscheiden sind, werden nach einer im voraus aufgestellten Geschäftsverteilung durch ein Mitglied des Oberversicherungsamts erledigt (§ 7 der Verordnung). In einer Anzahl von Fällen, namentlich in Beschlußsachen, sind die Entscheidungen des Oberversicherungsamts endgültig.

Die Befugnisse des Oberversicherungsamts beziehen sich auf alle Versicherungszweige. Die Aufsichtsbefugnisse erstrecken sich aber nur auf die Krankenversicherung. Hier sind die Entscheidungen des Oberversicherungsamts, soweit das Versicherungsamt bereits in erster Instanz beteiligt war, endgültig, nur in manchen Fällen ist gegen Urteile des Oberversicherungsamts noch eine Berufung an die obersten Verwaltungsbehörden möglich. Das Reichsversicherungsamt hat demnach direkt mit der Krankenversicherung nichts zu tun, in der Hauptsache werden alle diese Angelegenheiten in letzter Instanz vor dem Oberversicherungsamt oder den Verwaltungsbehörden erledigt. In Sachen der Unfallversicherung und der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung ist das Oberversicherungsamt Verwaltungsgerichts- und reine Gerichtsbehörde. Sämtliche Entscheidungen des Oberversicherungsamts ergehen im Beschlußverfahren, soweit die RVO. nicht ausdrücklich das Spruchverfahren vorschreibt.

In der Krankenversicherung hat das Oberversicherungsamt zunächst eine Oberaufsicht über die Krankenkassen. Es hat in gewissen Fällen zu den Satzungen, den Leistungen usw. seine Zustimmung zu geben oder die Genehmigung auszusprechen. Diese Tätigkeit wird im allgemeinen, wenn es sich um formale Angelegenheiten handelt, durch den Direktor allein ausgeübt, bei einschneidenderen Beschlüssen durch die Beschlußkammer

Die Spruchkammern entscheiden bei Berufung gegen die Urteile des Spruch-Ausschusses des Versicherungsamts. Zuständig ist das dem Versicherungsamt übergeordnete Oberversicherungsamt (§§ 1675, 1676). Die Berufung wird in Sachen der Krankenversicherung bei dem Versicherungsamt eingelegt. Das Versicherungsamt hat sie mit den Vorverhandlungen spätestens nach 2 Wochen dem Oberversicherungsamt einzureichen (§ 1680). Die Urteile sind endgültig, wenn es sich handelt um

1. die Höhe des Kranken-, Haus- oder Sterbegeldes,
2. Unterstützungsfälle, in denen der Kranke nicht oder weniger als acht Wochen arbeitsunfähig war,
3. Wochenhilfe,
4. Familienhilfe,
5. Abfindung,
6. Kosten des Verfahrens (§ 1695).

In allen übrigen Fällen ist gegen die Urteile der Spruchkammern Revision möglich, die aber darauf gestützt sein muß, daß das angefochtene Urteil auf der Nichtanwendung oder auf der unrichtigen Anwendung des bestehenden Rechts oder auf einem Verstoß gegen den klaren Inhalt der Akten beruhe, oder daß das Verfahren an wesentlichen Mängeln leide (§§ 1695, 1697).

Die Entscheidungen des Oberversicherungsamts erfolgen in Sachen der Unfallversicherung im Beschluß- und im Spruchverfahren. Gegen das Urteil der Spruchkammer ist im allgemeinen Rekurs möglich. Der Rekurs ist ausgeschlossen, wenn es sich handelt um

1. Krankenbehandlung oder Hauspflege,
2. Renten für eine Erwerbsunfähigkeit, die zur Zeit der Entscheidung des Rekursgerichts unstreitig oder nach rechtskräftiger Feststellung vorübergegangen ist,
3. Rententeile, die bei dauernder Erwerbsunfähigkeit für begrenzte und bereits abgelaufene Zeiträume zu gewähren sind,
4. Heilanstaltspflege,
5. Angehörigenrente,
6. Sterbegeld,
7. vorläufige Renten,
8. Neufeststellung von Dauerrenten wegen Änderung der Verhältnisse,
9. Kapitalabfindung,
10. Kosten des Verfahrens (§ 1700).

In Sachen der Invalidenversicherung ist das Beschlußverfahren seitens des Oberversicherungsamts am meisten beschränkt. Auch hier ist dieses für Einspruch und Beschwerden gegen Entscheidungen des Versicherungsamts zuständig.

Im Spruchverfahren hat der Vorsitzende allein das Recht, eine Vorentscheidung zu treffen. Im übrigen werden die Berufungen gegen Bescheide der Träger der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung durch die Spruchkammer des Oberversicherungsamts erledigt (§ 1675). Gegen das Urteil des Oberversicherungsamts ist nur die Revision aus den schon vorher geschilderten Gründen zulässig (§§ 1694, 1697). Überhaupt ausgeschlossen ist die Revision, wenn es sich handelt um

1. Höhe, Beginn und Ende der Rente,
2. Kapitalabfindung,
3. Witwengeld,
4. Waisenaussteuer,
5. Kosten des Verfahrens (§ 1696).

Im Urteil des Oberversicherungsamts muß hervorgehoben werden, wenn die Revision nicht zulässig ist.

Im Deutschen Reiche sind 73 allgemeine Oberversicherungsämter errichtet, und zwar in

Preußen	38
Bayern	8
Sachsen	5
Württemberg	1
Baden	4
Hessen	1
Beide Mecklenburg	2
Oldenburg	1
Braunschweig	1
Sächsische und Thüringische Staaten	6
Hansestädte	3
Elsaß-Lothringen	3
Reich	73

Ich wende mich nun zu den Aufgaben des Reichsversicherungsamts, die deshalb für die Durchführung der sozialen Versicherung besonders bedeutungsvoll sind, weil das Reichsversicherungsamt an sich einen weitgehenden Einfluß auf die Handhabung der Gesetzgebung besitzt, und weil ferner das Vorgehen der höchsten Reichsbehörde von grundsätzlicher Bedeutung für die nachgeordneten Behörden und die Versicherungsträger ist. Das Reichsversicherungsamt hat also eine besonders verantwortliche Stellung und ist sich dieser Verantwortlichkeit auch in vollem Umfange bewußt. Wenn die Durchführung der sozialen Versicherung zu so hervorragenden Resultaten geführt hat, so ist das zu einem großen Teile der Tätigkeit des Reichsversicherungsamts zu verdanken. Das Reichsversicherungsamt hat über seine bisherige Tätigkeit einen groß angelegten Rechenschaftsbericht herausgegeben, der unter dem Namen „Geschichte und Wirkungskreis des Reichsversicherungsamts“ im dritten Bande des Handbuchs der Unfallversicherung abgedruckt und auch als Sonderausgabe erschienen ist. Ich werde größtenteils den dort gemachten Ausführungen folgen, die sich durch hohe Objektivität auszeichnen. In neuerer Zeit haben sich allerdings mehrfach Stimmen erhoben, die dem Reichsversicherungsamt wegen der Art der Geschäftsführung Vorwürfe machen und seine obergerichtliche Tätigkeit angreifen, da sie zur Verweichlichung führe. Man hat auch den Wandel der Rechtsprechung dafür ins Treffen geführt, daß hierdurch eine Rechtsunsicherheit bedingt werde. Würde das Reichsversicherungsamt es anders und nach den Vorschlägen seiner Kritiker gemacht haben, so würden jetzt von anderer Seite Vorwürfe erhoben werden können, die vermutlich mehr innerliche Berechtigung hätten. Es wäre besonders im höchsten Maße unerwünscht, wenn das Reichsversicherungsamt an einer einmaligen Entscheidung starr festhielte, obwohl sich im Laufe der Zeit die wissenschaftlichen Anschauungen und die Anschauungen über die Beurteilung verändert haben. Das würde zu einer Verknöcherung der Rechtspflege geführt haben, die außerordentlich zu bedauern wäre. Die soziale Versicherung hat sicherlich auch Folgeerscheinungen gehabt, die man nicht erwartete, und die unerwünscht sind. Zum Teil ist daran die Gesetzgebung schuld, zum Teil die auf Grund der Gesetzgebung erfolgte Durchführung der sozialen Versicherung. Man schießt

aber weit über das Ziel hinaus, wenn man nun für die unangenehmen Seiten der sozialen Versicherung das Reichsversicherungsamt verantwortlich machen will. Im übrigen werden die Nachteile der Versicherung heute gern übertrieben und in sensationeller Aufmachung vorgeführt. Ich bin auf die Vorzüge unseres Systems und auf seine Nachteile teils im ersten Kapitel, teils im Laufe der weiteren Abhandlung im einzelnen eingegangen, so daß sich hier nähere Ausführungen erübrigen. In objektiver Weise sind die Tatsachen in einem Vortrage behandelt, den der Präsident des Reichsversicherungsamts auf einem Berufsgenossenschaftstage gehalten hat. Dieser Vortrag, dessen Thema Licht und Schatten in der deutschen Arbeiterversicherung behandelt, ist auch als Broschüre im Buchhandel erschienen.

Das Reichsversicherungsamt nimmt nach den Vorschriften der RVO. die Geschäfte der Reichsversicherung als oberste Spruch-, Beschluß- und Aufsichtsbehörde wahr. Es hat seinen Sitz in Berlin (§ 83). Die Zusammensetzung ist folgende. Das Reichsversicherungsamt besteht aus ständigen und nichtständigen Mitgliedern (§§ 85 ff). Der Kaiser ernennt den Präsidenten und die übrigen Mitglieder auf Vorschlag des Bundesrats auf Lebenszeit. Aus den ständigen Mitgliedern ernennt der Kaiser die Direktoren und die Senatspräsidenten. Die übrigen Beamten ernennt der Reichskanzler. Zurzeit setzt sich das Reichsversicherungsamt aus dem Präsidenten, 2 Direktoren, 23 Senatspräsidenten und 42 ständigen Mitgliedern (Regierungsräten und Geheimen Regierungsräten) zusammen. Von den übrigen Beamten sind zurzeit zwei Bureauvorsteher, 144 Bureaubeamte, 83 Kanzleibeamte und eine Anzahl weiterer Unterbeamten angestellt. Bei diesem großen Personal ist eine weitere Gliederung erforderlich. Es sind zwei Abteilungen gebildet, die eine für Unfallversicherung, die andere für Kranken-, Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung. An der Spitze jeder Abteilung steht ein Direktor. Innerhalb der Abteilung für Unfallversicherung sind vier Unterabteilungen gebildet, an deren Spitze je ein Senatspräsident steht. Die Verwaltungssachen werden in Sitzungen der Unterabteilungen, der Abteilungen oder gemeinsamen Sitzungen beider Abteilungen erledigt. Soweit sie nicht in solchen Sitzungen zu erledigen sind, werden sie von einem Referenten bearbeitet. Nach einem Geschäftsverteilungsplan sind sämtliche Verwaltungssachen auf die ständigen Mitglieder und die Hilfsarbeiter in Referentenstellen verteilt. Dem Präsidenten steht die Leitung und Beaufsichtigung des ganzen Dienstes zu.

Das RVA. hat 32 nichtständige Mitglieder. Acht von ihnen wählt der Bundesrat, und zwar mindestens sechs aus seiner Mitte, je zwölf werden als Vertreter der Arbeitgeber und der Versicherten gewählt. Für die Teilnahme an den Arbeiten und Sitzungen des Reichsversicherungsamts erhalten die nichtständigen Mitglieder eine Jahresvergütung und, sofern sie außerhalb Berlins wohnen, Ersatz der Reisekosten.

Das RVA. bildet Spruchsenate für die Sachen, die dem Spruchverfahren unterliegen. Der Spruchsenat besteht aus sieben Mitgliedern, und zwar dem Vorsitzenden, einem vom Bundesrat ernannten nichtständigen Mitglied, einem ständigen Mitglied, zwei hinzugezogenen richterlichen Beamten, einem Arbeitgeber und einem Versicherten. Das RVA. bildet ferner Beschlußsenate für die Sachen, die dem Beschlußverfahren unterliegen. Der Beschlußsenat besteht aus fünf Mitgliedern, und zwar dem Präsidenten, einem Direktor oder einem Senatspräsidenten als Vorsitzendem, einem ständigen Mitglied, einem Arbeitgeber und einem Versicherten. Für besondere Sachen tritt der Große Senat zusammen. Er besteht aus elf Personen, und

zwar dem Präsidenten oder seinem Vertreter, zwei vom Bundesrat gewählten Mitgliedern, zwei ständigen Mitgliedern, zwei richterlichen Beamten, zwei Arbeitgebern und zwei Versicherten.

Das RVA. entfaltet seine Tätigkeit nach fünf verschiedenen Richtungen. Zu unterscheiden sind: die Mitwirkung bei der Normenbildung, die organisatorische Tätigkeit, die Verwaltung, die Rechtsprechung, die Zwangsbefugnisse des Reichsversicherungsamts. Außerdem bringt seine Tätigkeit das RVA. in mannigfache Beziehungen zur Industrie, zu Handel und Verkehr, zur Ärzteschaft, zu Behörden usw.

Die Normenbildung erfolgt durch die ständige Rechtsübung, an die sich bei den höchsten Gerichtshöfen von selber eine rechterzeugende Wirkung anschließt. Die Rechtsprechung des RVA. hat für zahlreiche Rechtsbegriffe, die im Gesetz nicht erläutert sind, eine dauernde Definition geschaffen. Es sei hingewiesen auf die Begriffe: Unfall, Betrieb, Unternehmer, Arbeiter, Betriebsbeamter, Erwerbsunfähigkeit, Lohn, Entgelt usw. Die Frage der Versicherungspflicht und der Versicherungsberechtigung ist durch die Rechtsprechung des RVA. in die jetzigen Bahnen gelenkt worden. In zahlreichen Fällen ist das RVA. ermächtigt worden, nähere Ausführungsbestimmungen zu erlassen oder vorzubereiten. Es sei hier nur erinnert an die Abgrenzung des Begriffs: Fabriken, landwirtschaftliche Betriebe, landwirtschaftliche Nebenbetriebe, an die Grundsätze für die Berechnung des Kapitalwerts der von der Tiefbau-Berufsgenossenschaft gezahlten Renten, an die Festsetzung des Prämientarifs für die Baugewerks-Berufsgenossenschaften, an die Mitwirkung bei der Aufstellung der Satzungen und des Gefahrentarifs.

Die organisatorische Tätigkeit ist hauptsächlich zu Anfang der sozialen Versicherung in den Vordergrund getreten. In hervorragender Weise war das RVA. an der Errichtung der Berufsgenossenschaften beteiligt. Die ganzen Vorarbeiten für die statistischen Unterlagen, für die Aufklärung der beteiligten Kreise, für die Organisation und Abgrenzung der gewerblichen Berufsgenossenschaften sind von dem RVA. geleistet worden. Das RVA. hat auch in allen Fällen, in denen eine Änderung des Bestandes einer Berufsgenossenschaft angestrebt wird, die Beschlußfassung des Bundesrats vorzubereiten. Dagegen erstreckt sich die Mitwirkung des RVA. bei der Errichtung und der Abänderung nur auf wenige landwirtschaftliche Berufsgenossenschaften, da ihre Bildung meistens auf Grund landesgesetzlicher Regelung erfolgt. Zu den Aufgaben des RVA. gehört ferner die ihm bei der Errichtung und Abänderung der Statuten der Berufsgenossenschaften und der Versicherungsanstalten übertragene Zuständigkeit. Für die Berufsgenossenschaften hat das RVA. Musterstatuten ausgearbeitet, bei den Versicherungsanstalten hat es sich nur auf Anregungen beschränkt.

Die Verwaltungstätigkeit des RVA. äußert sich in einer Verwaltungstätigkeit im engeren Sinne und einer verwaltungsgerichtlichen Tätigkeit. Bei der eigentlichen Verwaltungstätigkeit unterscheidet das Handbuch der Unfallversicherung zwischen Genehmigungen und Aufsichtstätigkeit. Der Genehmigung seitens des RVA. bedürfen, wie ich schon erwähnte, die Statuten der Berufsgenossenschaften, der Zweiganstalten, der Versicherungsgenossenschaft, der Versicherungsanstalten. Ein wichtiges Genehmigungsrecht betrifft die Anlegung eines Teils des Vermögens der Versicherungsträger in der Unfall- und Invalidenversicherung, ohne daß Mündelsicherheit besteht. In der Unfallversicherung bedarf es der Genehmigung des RVA. zur Errichtung von Heil- und Genesungsanstalten, zur Aufstellung und Ab-

änderung des Gefahrentarifs, zu den Unfallverhütungsvorschriften usw.; in der Invalidenversicherung zur Aufwendung von Mitteln, um allgemeine Maßnahmen zur Verhütung des Eintritts vorzeitiger Invalidität unter den Versicherten oder zur Hebung der gesundheitlichen Verhältnisse der versicherungspflichtigen Bevölkerung zu fördern oder durchzuführen (§ 1274). Der Bestätigung bedürfen die Dienstordnungen für die Beamten der Berufsgenossenschaften.

Die Aufsichtstätigkeit erstreckt sich auf alle Berufsgenossenschaften und Versicherungsanstalten, die nicht einem Landesversicherungsamt unterstehen. Auf die Handhabung der Aufsichtstätigkeit im einzelnen will ich nicht näher eingehen. Ich möchte nur hervorheben, daß das Anwachsen der Renten dem RVA. den Anlaß gegeben hat, durch Bereisungen festzustellen, worauf die Zunahme der Invalidenrenten und der Unfallrenten in der Landwirtschaft zurückzuführen ist. Diese Bereisungen haben einen günstigen Erfolg gehabt, worauf in dem Kapitel über Krankheit und andere Gebrechen hinsichtlich der Invalidenversicherung näher eingegangen ist.

Die verwaltungsgerichtlichen Aufgaben werden im Beschlußverfahren erledigt. Die Einrichtung der Beschlußsenate ist neu. In der Sache selbst ist sonst eine Änderung gegen früher nicht eingetreten, nur daß früher die entsprechenden Entscheidungen in den Abteilungssitzungen getroffen wurden.

Beschlußsachen, die nicht im Beschlußsenate zu entscheiden sind, werden von Mitgliedern als Berichterstattern bearbeitet und von dem Präsidenten, einem Direktor oder seinem für bestimmte Gruppen von Geschäften bestellten ständigen Vertreter endgiltig gezeichnet (§ 14 der kaiserlichen Verordnung).

Die Streitigkeiten über die Ansprüche der Versicherten auf die gesetzlichen Leistungen der Versicherungsträger werden in letzter Instanz durch die Spruchsenate des RVA. entschieden. Will in einer grundsätzlichen Rechtsfrage ein Senat des Reichsversicherungsamts von der Entscheidung eines anderen abweichen, so hat er die Sache unter Begründung seiner Rechtsauffassung an den Großen Senat zu verweisen (§ 1717). Die Ausfertigungen der Urteile werden mit der Überschrift versehen:

„Im Namen des Reichs."

Sie enthalten neben dem Siegel des Reichsversicherungsamts die Schlußformel:

„Urkundlich unter Siegel und Unterschrift."

„Das Reichsversicherungsamt, Abteilung für Unfallversicherung." (Abteilung für Kranken-, Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.)

„Der ..... Rekurssenat."

(„Der ..... Revisionssenat.")

Mit Rücksicht auf die bunte Zusammensetzung der Spruchsenate aus Mitgliedern des RVA., Delegierten des Bundesrats, Berufsrichtern und Laienrichtern hebt das RVA. den einmütigen Geist hervor, der in den Senaten geherrscht hat.

Aus dem Inhalt der Rechtsprechung möchte ich nur einiges hervorheben, was von prinzipieller Bedeutung ist. Ich folge hierbei meist wörtlich den Ausführungen des Handbuchs für Unfallversicherung. Da der für das Wesen des Zivilprozesses besonders kennzeichnende Grundsatz des Parteibetriebs nicht paßt, vielmehr das öffentliche Interesse an der sachgemäßen Durchführung der Versicherungsgesetze es erfordert, daß jeder zu seinem

Rechte gelangt, gleichviel wie und mit welchen Gründen er seine Sache vertritt, so erwuchs den Versicherungsbehörden die Aufgabe, nicht nur Richter, sondern auch zugleich Anwalt zu sein. Das Verfahren ist von Amts wegen durchzuführen. In vielen Fällen geht das Verfahren unbekümmert um die Stellungnahme des Berechtigten vor sich, z. B. die Aufnahme der Unfallanzeige, die Unfalluntersuchung, die Feststellung der Entschädigung. Auch bei der Klarstellung des Sachverhalts hat das Gericht den erforderlichen Beweis in vollem Umfange zu erheben, ohne Rücksicht darauf, ob dieser Beweis von den Parteien angetreten worden ist oder nicht. Infolgedessen liegt auch einer Partei eine Beweislast oder Beweispflicht im eigentlichen Sinne nicht ob. Wenn das RVA. verlangt, daß ein Unfallverletzter, der die Erhöhung seiner Unfallrente beansprucht, auch die Verschlimmerung der Unfallfolgen glaubhaft macht, so bezweckt diese Forderung, die Berufsgenossenschaften und die Versicherungsbehörden vor unberechtigten Anträgen zu schützen. Zur Ergründung des Sachverhalts ist also die Ausübung des richterlichen Fragerechts und die Beweiserhebung nötig. Das RVA. tritt in umfangreichem Maße in die Beweisaufnahme ein, ein Verfahren, das übrigens die Kritik herausgefordert hat. Es werden Zeugen vernommen, Sachverständige gehört, die Verletzten in der mündlichen Verhandlung selber besichtigt. Nur der Parteieid ist nicht zulässig. Infolgedessen ist auch das Gericht nicht an bestimmte, an die Eidesleistung sich knüpfende Beweisregeln gebunden, sondern entscheidet in freier Beweiswürdigung und nach freiem Ermessen. Über die Grenzen der freien Beweiswürdigung gegenüber ärztlichen Gutachten und auf die Würdigung der ärztlichen Gutachten äußern sich mehrere grundsätzliche Entscheidungen (R. E., A. N. d. RVA. 1905, S. 413; 1909, S. 496; 1899, S. 449; 1901, S. 404). Grundsätzlich wird übrigens eine Partei, die ein Rechtsmittel eingelegt hat, gegenüber dem Urteil der unteren Instanz nicht schlechter gestellt.

Die Zwangsbefugnisse des RVA. erstrecken sich darauf, die der Aufsicht unterstellten Versicherungsträger zu diesen gesetzlichen Pflichten anzuhalten, evt. die Organisation usw. selbst in die Wege zu leiten.

Die Beziehungen des RVA. zu den Versicherungsträgern, zu den Ärzten, zu den Behörden, zur Statistik usw. sind, soweit sie zu dem Inhalt dieses Buches in Beziehung stehen, an der zugehörigen Stelle behandelt.

Das Verfahren vor den Versicherungsbehörden ist kostenfrei, falls nicht ein Beteiligter durch Mutwillen, Verschleppung oder Irreführung Kosten veranlaßt hat (§ 1802). In Spruchsachen der Krankenversicherung legt das Oberversicherungsamt dem unterliegenden Teil eine Gebühr bis höchstens 20 M. auf (§ 1803).

Zum Schlusse möchte ich noch einige Daten geben, die ein Bild über den Umfang der Rechtsprechung in der Unfall- und Invalidenversicherung zu geben vermögen. Eine Übersicht über die Rechtsprechung in der Krankenversicherung besteht nicht, da bisher die mannigfachsten Instanzen dabei beteiligt waren. Im Jahre 1911 waren von sämtlichen Trägern der Unfallversicherung 409 284 berufungsmäßige Bescheide erlassen, und zwar 232 877 in gewerblichen und 176 407 in landwirtschaftlichen Unfallversicherungssachen. Während noch im Jahre 1901, seitdem die Ziffern vergleichbar sind, in der gewerblichen und der landwirtschaftlichen Unfallversicherung gleichviel berufungsfähige Bescheide ergingen, hat der Anteil in der gewerblichen Unfallversicherung seitdem ständig zugenommen und ist so bis auf 57 % gestiegen. In Unfallversicherungssachen wurden im

Jahre 1911 bei den Schiedsgerichten für Arbeiterversicherung, die nunmehr durch die Oberversicherungsämter ersetzt sind, 70 324 Berufungen eingelegt, und zwar 48 602 in gewerblichen und 21 722 in landwirtschaftlichen Unfallversicherungssachen. Die Häufigkeit des Rechtsmittels der Berufung, gemessen an dem Prozentverhältnisse der anhängig gewordenen Berufungen zu den berufungsfähigen Bescheiden, betrug

	überhaupt	in gewerblichen	in landwirtschaftlichen Unfallversicherungssachen
1905	17,38 %	21,77 %	12,71 %
1906	17,37	21,43	12,77
1907	16,98	20,71	12,54
1908	17,67	21,89	12,56
1909	18,09	22,82	12,50
1910	17,49	21,23	12,67
1911	17,18	20,87	12,31

Gegen die Urteile der Schiedsgerichte wurde in 24 184 Fällen Rekurs eingelegt, und zwar in 19 878 gewerblichen und 4 306 landwirtschaftlichen Unfallversicherungssachen. Die Häufigkeit des Rekurses, der bei dem Reichsversicherungsamt eingelegt wird, schwankt seit 1891 bei den gewerblichen Unfallversicherungssachen zwischen 26,10 (1891) und 35,68 (1902) und betrug 1911 30,34 %; sie schwankt bei den landwirtschaftlichen Unfallversicherungssachen zwischen 17,08 (1892) und 24,68 (1898) und betrug 1911 18,36 %. Rekurs wird häufiger von den Versicherten als von den Versicherungsträgern angemeldet; dagegen sind die erfolgreichen Rekurse der Versicherungsträger zahlreicher. Im Jahre 1911 waren nur 15,8 % der Rekurse seitens der Versicherten erfolgreich, dagegen 56,2 % seitens der Versicherungsträger in der gewerblichen Unfallversicherung. In der landwirtschaftlichen Unfallversicherung waren die entsprechenden Zahlen 18,7 resp. 56,7 %.

In Sachen der Invalidenversicherung wurden im Jahre 1911 190 024 berufungsfähige Bescheide erlassen, und zwar 177 125 in Invalidenrentensachen und 12 899 in Altersrentensachen.

Die Zahl der berufungsfähigen Bescheide, die im Jahre 1905 rund 190 000 betrug, fiel bis 1908 auf 180 000 und ist seitdem wieder auf 190 000 gestiegen. Diese Änderung beruht auf den Invalidenrentensachen, während die Zahl der berufungsfähigen Bescheide in Altersrentensachen mit 12 500—13 000 einigermaßen stabil geblieben ist. In Invalidenversicherungssachen wurden im Jahre 1911 bei den Schiedsgerichten 27 569 Berufungen überhaupt, und zwar 27 169 in Invalidenrentensachen und 400 in Altersrentensachen anhängig.

Die Berufungshäufigkeit, berechnet auf 100 berufungsfähige Bescheide betrug

	in Invalidenrenten-	in Altersrentensachen
1905	14,3 %	4,4 %
1906	15,3	4,1
1907	15,0	4,3
1908	16,0	4,3
1909	16,1	3,2
1910	16,3	3,1
1911	15,3	3,1

Erfolg für die Versicherten hatte das Rechtsmittel 1911 in 18,7 %. Gegen die Urteile der Schiedsgerichte wurden 5 939 Revisionen anhängig, und zwar 5 872 in Invalidenrentensachen und 67 in Altersrentensachen.

Die Versicherten legten in 21 % der Urteile Revision ein, die Versicherungsanstalten in 3,3 %. Erfolg hatten von den Revisionen der Versicherten 0,6 %, von den Revisionen der Versicherungsanstalten 15 %.

Literatur.

Das Reichsversicherungsamt und die Deutsche Arbeiterversicherung. Festschrift des RVA. zum Jubiläum der Unfall- und der Invalidenversicherung 1910. Berlin 1910.

Geschichte und Wirkungskreis des Reichsversicherungsamts. Handbuch der Unfallversicherung Bd. III; auch als Sonderabdruck Berlin 1911.

Kommentar zur Reichsversicherung. Herausgegeben von Hanow, Hoffmann, Lehmann, Moesle. Berlin 1911.

Verzeichnis der Oberversicherungsämter und Versicherungsämter. Amtliche Nachr. d. Reichsversicherungsamts 1912, S. 1026.

Dritter Abschnitt.

Die Krankheitserscheinungen und ihre Beurteilung.

Neuntes Kapitel.

Krankheit.

Krankheitsbegriff.

Die medizinische Wissenschaft versteht unter Krankheit einen Ablauf der Lebensvorgänge, der von dem normalen abweicht. Die Atmung, die Verdauung, der Austausch von Sauerstoff im Blut und anderes mehr sind gröbere physiologische Vorgänge, denen sich die feineren chemischen Prozesse, die in den einzelnen Zellen sich abspielen, an die Seite stellen. Auch die einzelne Zelle nimmt Nahrung und Sauerstoff auf und stößt wieder einige Verdauungsschlacken und Stoffwechselprodukte aus, die entweder für den Körper unbenutzt bleiben oder an anderer Stelle weiterverwertet werden. Die Zelle zeigt außerdem Veränderungen, die durch ihr Alter bedingt sind. Sie wächst, sie teilt sich und sie zerfällt, und alle diese Veränderungen sind physiologisch. Neben dem vegetativen Leben spielt sich dann aber noch ein animalisches ab; die Zelle ist befähigt, auf gewisse Sinnesreize zu reagieren, und diese Reaktionen äußern sich in Bewegungen oder Veränderungen der Sekretion oder in einer primitiven Art von Merkfähigkeit. Der große Zellverband, der den ganzen Körper zusammensetzt, ist nun noch zu viel komplizierteren Reaktionen befähigt, aber er ist abhängig von einem ungestörten Arbeiten seiner Einzelelemente. Wird diese Ordnung gestört, so entsteht ein Zustand, den man als Krankheit bezeichnet. Irgendwelche Zellen arbeiten dann nicht in normaler Weise, sei es daß innere Atmung, Ernährung, Sekretion, Wachstum verändert ist, sei es daß die Tätigkeit der Zelle durch äußere Einflüsse gestört wird. In einem solchen Stadium wird das betroffene Individuum noch nicht als krank erscheinen. Im praktischen Leben spricht man dann erst von Krankheit, wenn die pathologischen Erscheinungen einen gewissen Grad erreicht haben. Wenn irgendeine kleine Zelle durch irgend welche Reize, die wir nicht kennen, eine Wachstumsbeschleunigung erfährt, so ist dieser krankhafte Prozeß so minimal, daß er praktisch zunächst keine Bedeutung hat. Erst nach einer gewissen Zeit hat die krankhafte Veränderung eine solche Größe oder eine solche Bedeutung für den Organismus erhalten, daß gewisse Störungen des Körpers sich bemerkbar machen, sei es, daß Schmerzen, Atemnot, Herzklopfen, Verdauungsstörungen, Lähmungen usw. auftreten. Diese allgemeinen körperlichen Störungen werden verschieden sein je nach dem Sitze der ursprünglichen krankhaften Veränderung. Wenn wir bei dem

eben erwähnten Beispiel des krankhaften Zellwachstums, der Zellwucherung, bleiben, so wird dieser krebsartige Prozeß sich im Kehlkopf abspielen können und Heiserkeit und Atemnot hervorrufen. Der Magenkrebs wird Ernährungsstörungen und Erbrechen bedingen. Bei einer Nervengeschwulst werden hauptsächlich Schmerzen im Vordergrund stehen, bei einer Hirngeschwulst dagegen Lähmungen oder Sehstörungen. Das Manifestwerden dieser Krankheitserscheinungen wird im praktischen Leben erst als Krankheit aufgefaßt, während in der medizinischen Wissenschaft der Beginn des pathologischen Prozesses auch als der Beginn der Krankheit anzusehen ist.

Die soziale Gesetzgebung könnte mit dem Krankheitsbegriff, den die medizinische Wissenschaft hat, nichts anfangen. Der pathologische Prozeß muß gewisse charakteristische Merkmale zeigen, um als Krankheit im Sinne der Reichsversicherung gedeutet zu werden. Eine Definition gibt die RVO. nicht. Jedoch ist durch das Gesetz und die Rechtsprechung der Begriff „Krankheit", so wie ihn die Reichsversicherung auffaßt, fest umgrenzt.

Das erste Merkmal der „Krankheit" im Sinne der RVO. bildet die pathologische Grundlage. Die Tätigkeit des Organismus oder seiner Teile muß über das physiologische Maß hinausgehen, um krankhaft zu sein. Körperliche Störungen, welche die Folgen einer normalen körperlichen Entwicklung sind, z. B. Altersschwäche, Weitsichtigkeit, Menstruation, Schwangerschaft, Wochenbett, sind keine Krankheiten, sofern sie nicht mit besonderen pathologischen Prozessen kompliziert sind. Es handelt sich hierbei um ganz normale Erscheinungen in der menschlichen Entwicklung, die nichts Krankhaftes an sich haben und darum auch nicht als Krankheit gedeutet werden können.

Das zweite Merkmal der „Krankheit" bildet der Grad des pathologischen Prozesses. Dieser Grad wird danach beurteilt, ob Krankenhilfe notwendig ist. Krankenhife wird als Krankenpflege und Krankengeld gewährt. Krankenpflege umfaßt ärztliche Behandlung und Versorgung mit Arznei sowie kleinen Heilmitteln. Krankengeld wird bei Arbeitsunfähigkeit gewährt (§ 182). Es liegt somit dann „Krankheit" vor, wenn der pathologische Prozeß entweder ärztliche Behandlung oder Versorgung mit Arznei und kleinen Heilmitteln erfordert oder mit Arbeitsunfähigkeit einhergeht. Der letzte Fall entspricht dem, was man im praktischen Leben häufig unter Krankheit versteht. Wenn ein pathologischer Zustand einen solchen Grad erreicht hat, daß der davon Betroffene seine Arbeit nicht mehr verrichten kann, dann gilt er für den Laien als krank. Auch das Gesetz übernimmt diesen Gradmesser, der im Volke schon längst in Geltung war, und knüpft an sein Vorhandensein eine bestimmte Versicherungsleistung, nämlich das Krankengeld. Auf die Arbeitsunfähigkeit komme ich in einem spätern Kapitel noch ausführlich zurück. Es wird ferner Krankheit angenommen, wenn ärztliche Behandlung notwendig wird. Wenn also ein pathologischer Prozeß besteht, der zwar nicht arbeitsunfähig macht, aber doch ärztliche Hilfe erheischt, so liegt Krankheit vor. Die entsprechende Versicherungsleistung ist dann die Gewährung freier ärztlicher Behandlung. Diese beiden Gradmesser für die Annahme einer Krankheit sind voneinander vollständig unabhängig und können neben einander oder ohne einander bestehen. Eine Krankheit kann ärztliche Behandlung notwendig machen, ohne daß Arbeitsunfähigkeit besteht. Andererseits kann eine Krankheit Arbeitsunfähigkeit bedingen, ohne daß sie noch ärztlicher Hilfe bedarf, z. B. weil sie schon zu weit vorgeschritten ist,

oder weil nur noch Folgeerscheinungen bestehen, wie bei Rekonvaleszenz. Es ist nicht notwendig, daß eine Krankheit mit äußerlich erkennbaren Symptomen einhergeht, die auch dem Laien krankhaft erscheinen. Krankheit liegt auch dann schon vor, wenn der Arzt auf Grund seiner besondern Fachkenntnisse zu der Überzeugung kommt, daß vorhandene pathologische Prozesse behandelt werden müssen. Derartige Fälle kommen häufig vor. Wenn jemand von einem tollen oder auch nur tollwutverdächtigen Hunde gebissen wird, so brauchen keinerlei äußere Krankheitszeichen zu bestehen, der Gebissene bedarf aber der ärztlichen Behandlung und ist darum auch als krank anzusehen (Arb. Vers. 22, S. 228; 21, S. 264). Wenn jemand sich mit Syphilis angesteckt hat, bedarf er, auch wenn keine äußern Krankheitszeichen vorliegen, gemeinhin nach einem gewissen Zeitablauf einer erneuten Schmierkur oder Salvarsanbehandlung. Die Notwendigkeit dieser ärztlichen Behandlung ist durch die medizinische Wissenschaft festgelegt. Sobald dieser Zeitpunkt gekommen ist, zu dem der Arzt die Kur für notwendig hält, bedarf der Infizierte der ärztlichen Behandlung und ist als krank anzusehen. — Krankheit liegt ferner vor, wenn der Versicherte der Gewährung von Arznei oder kleinen Heilmitteln bedarf. Wenn jemand ein Beingeschwür hat, das schon längere Zeit besteht und einer Besserung nicht zugeführt werden kann, so ist diese Person in der Lage sich selbst zu verbinden, sie bedarf aber nicht der ärztlichen Hilfe und ist auch durchaus nicht in der Arbeitsfähigkeit gestört. Sie bedarf gewisser Arznei und Heilmittel (Wundpulver, Lösung für feuchte Verbände, Verbandmaterial) und ist insoweit als krank anzusehen. Die entsprechende Versicherungsleistung besteht alsdann in der Gewährung der Arznei und der notwendigen Heilmittel. Auch bei andern chronischen Leiden wird häufig nicht jedesmal ärztliche Hilfe beansprucht werden müssen, sondern es bedarf nur der Gewährung von Arznei oder Heilmitteln; es liegt dann Krankheit vor.

Das dritte Merkmal der „Krankheit" ist die Aktivität des pathologischen Prozesses. Wenn jemand bei einem Unfall ein Bein verloren hat, so ist der Heilungs- und Vernarbungsprozeß eine Reaktion, die über das Maß der gewöhnlichen physiologischen Lebensvorgänge hinausgeht und sich als eine Abwehrreaktion des Körpers gegen die äußere Schädigung darstellt. Diese Reaktion ist einer pathologischen gleichzustellen. Es liegt somit Krankheit vor. Wenn jedoch der Heilungs- und Vernarbungsprozeß abgeschlossen ist, ist das Fehlen des Beines oder sonst eine andere Verstümmelung nicht als Krankheit anzusehen. Ebenso müssen alle andern abgelaufenen Leiden beurteilt werden. Taube, Schwerhörige, Stumme, Taubstumme, Blinde, Krüppel, Schwachsichtige, Kurzsichtige, Weitsichtige usw sind nicht als krank im Sinne der Reichsversicherung anzusehen. Ebenso sind Bruchleiden, Plattfüße, Zungenfehler, Schielen, kompensierte Herzfehler keine Krankheiten. Alle genannten Gebrechen werden aber in dem Augenblick zu Krankheiten, wenn eine Änderung in ihrem Zustande eintritt und ärztliche Behandlung oder die Gewährung von Arznei und Heilmitteln erforderlich macht. Alsdann liegt Krankheit vor. Brillen, Bruchbänder usw. sind nur im Erkrankungsfall gesetzliche Leistungen der Kassen. Sie sind dann auf die gesetzliche oder statutarische Unterstützungsdauer zu gewähren. Sie bleiben im Eigentum der Kasse, können aber nicht nach Ablauf der Unterstützungsdauer zurückverlangt werden. „Die Verpflichtung zur Gewährung der Brillen usw. schließt auch die Pflicht der Instandhaltung und Erneuerung in sich, selbstredend aber nur während der Unterstützungsdauer. Nach ihrem

Ablaufe muß der Versicherte die Reparaturen selbst bezahlen, sofern nicht ein neuer Unterstützungsfall vorliegt. Ein solcher kann aber nicht angenommen werden, wenn infolge des schlechten Zustandes des Bruchbandes der Bruch wieder austritt, sondern nur, wenn in dem Zustande des Bruches eine wesentliche Veränderung eintritt" (Hoffmann). Hahn empfiehlt aber eine nachsichtige Praxis, um erneuten Erkrankungen vorzubeugen. Nach ihm ist auch darin, daß eine andere Nummer der Brille oder eine andere Art Bruchband notwendig wird, eine Änderung des Zustandes und damit eine neue Erkrankung zu sehen. Ebenso sind physiologische Zustände wie Schwangerschaft, Wochenbett usw. bei hinzutretenden Komplikationen als Krankheit anzusehen.

Aus den erwähnten Merkmalen ergeben sich einige Folgerungen, die für die Praxis von Bedeutung sind. Die Ursache der Krankheit ist ohne Belang. Es ist gleichgültig, ob krankhafte Veranlagung, Körperverletzung, eigenes Verschulden, Unfall usw. vorliegt. Es kann weiterhin niemand zugemutet werden, daß er wieder arbeitet, wenn die Arbeit mit Schmerzen verbunden ist oder eine Verschlimmerung seines Zustandes bewirken würde. Er ist also noch nicht arbeitsfähig und darum auch noch krank. Andererseits sind Schmerzen nicht eine notwendige Begleiterscheinung von Krankheiten. So ist die Behandlung der Karies der Zähne, auch wenn weder Schmerz noch Störung der Kaufähigkeit besteht, nicht etwa bloße Vorbeugung, sondern gebotene ärztliche Behandlung einer schon bestehenden Krankheit (Hahn). Da ärztliche Hilfe nur lebenden Personen gewährt werden kann, so ist Scheintod bei Erstickung oder Ertrinken zwar als Krankheit anzusehen, wenn aber der wirkliche Tod bereits eingetreten war, so liegt nicht Krankheit vor, es kommt dann auch eine Kassenleistung für Wiederbelebungsversuche nicht in Frage.

Der Gegensatz zu Krankheit ist im allgemeinen Gesundheit. Aber Gesundheit ist ein Begriff, der in der Krankenversicherung nicht vorkommt. Sie operiert nur mit dem Begriff Krankheit. Wer nicht krank ist, braucht deshalb noch nicht gesund zu sein. Alle Personen z. B., die ein chronisches Leiden haben, können sich nach Belieben einen Krankenschein holen oder wieder die Arbeit aufnehmen. Ein chronischer Bronchialkatarrh macht dauernd eine Reihe von Beschwerden, die ärztliche Behandlung erfordern. Unterzieht das Kassenmitglied sich der ärztlichen Behandlung, so ist es krank. Entzieht es ihr sich wieder, so gilt es vor dem Gesetz nicht mehr als krank. Dieser Wechsel, der völlig von dem freien Willen des Versicherten abhängt, hat für die Kasse keine allzu große pekuniäre Bedeutung, insofern als die ärztliche Behandlung gewöhnlich pauschaliter bezahlt wird und daher keine Mehrkosten macht, die Arzneikosten aber nicht erheblich sind. Nun kann aber derselbe chronische Bronchialkatarrh eine solche Ausdehnung und Stärke besitzen, daß man dem Versicherten ohne weiteres glauben muß, wenn er erklärt, nicht mehr arbeiten zu können. Solche Personen sind in ihrem Befinden von der Witterung und von dem Wechsel ihrer Beschwerden so abhängig, daß sie bald arbeitsfähig, bald nicht arbeitsfähig sind, ohne daß ein objektives Merkmal nach der einen oder andern Seite besteht. Sie haben also gewissermaßen die freie Wahl, ob sie krank und arbeitsunfähig oder nicht krank und arbeitsfähig sein wollen. Das führt vielfach zu einer Ausnutzung der Kassen, da in einem solchen Falle Krankengeld bezahlt werden muß und häufig bei Arbeitslosigkeit, Streiks oder geringem Verdienst das chronische Leiden dazu herhalten muß, um die Folge der

schlechten wirtschaftlichen Konjunktur auf die Krankenkasse abzuwälzen. Da in solchen Zeiten eine derartige Erscheinung aber nicht vereinzelt, sondern als Massenerscheinung auftritt, so wird die Finanzkraft der Kassen dadurch unter Umständen nicht unerheblich geschwächt.

Eine jede Krankheit zeigt eine gewisse Dauer. Bei der Krankenversicherung ist dabei die Feststellung ihres Beginnes und ihres Endes von erheblicher Bedeutung, da hiervon die Dauer der Versicherungsleistungen abhängt. Als Beginn der Krankheit ist der Zeitpunkt anzunehmen, zu dem die Krankenhilfe notwendig wird, als Ende der Zeitpunkt, wo sie nicht mehr notwendig ist. Maßgebend ist also auch hier die ärztliche Behandlung bezw. die Arzneiversorgung oder die Arbeitsunfähigkeit, ihr Beginn ist für den Beginn der Krankheit maßgebend. Durch die Erkrankung eines Mitglieds wird für die Krankenkasse ein Unterstützungsfall bedingt, der als eine Einheit aufzufassen ist, gleichgültig ob in dieser Zeitdauer eine einzige Krankheit vorgelegen hat oder mehrere zusammen oder hintereinander. Hat sich jemand ein Bein gebrochen und ist deshalb arbeitsunfähig, so bleibt der Unterstützungsfall derselbe, wenn auch vielleicht in der Rekonvaleszenz eine Lungenentzündung hinzutritt. Ist der Patient aber auch nur einen Tag arbeitsfähig gewesen, so ist die Unterstützungszeit unterbrochen, und es liegt ein neuer Unterstützungsfall bei der Lungenentzündung vor. Das nämliche gilt, wenn es sich nicht um Krankheiten handelt, die Arbeitsunfähigkeit bedingen, sondern die lediglich ärztliche Hilfe oder Arznei- und Heilmittelversorgung erfordern. Eine gewisse Schwierigkeit kann der Beurteilung dann erwachsen, wenn eine chronische Krankheit vorliegt. „Eine neue Krankheit beginnt bei chronischen Leiden, wenn zwischen der Beendigung der Krankheit, d. h. nachdem die Notwendigkeit ärztlicher Behandlung fortgefallen ist oder die durch den anomalen pathologischen Zustand herbeigeführte Arbeitsunfähigkeit aufgehört hat, und der neuen Erkrankung ein, wenn auch nur kurzer Zwischenraum liegt, in dem weder eine Heilbehandlung notwendig war, noch Arbeitsunfähigkeit vorlag. Wenn ein Versicherter, nachdem er die Arbeit während drei Wochen wiederaufgenommen hat, an demselben Leiden wieder erkrankt, so genügt die Feststellung der Tatsache, daß nicht ein bloßer Arbeitsversuch, sondern ein wirkliches Arbeitsverhältnis vorgelegen habe, noch nicht zur Annahme einer neuen Krankheit, vielmehr bedarf es dazu der Feststellung, daß vor der Wiedererkrankung eine Zeit gelegen habe, in der weder ärztliche Behandlung oder die Anwendung von Heilmitteln erforderlich war, noch Arbeitsunfähigkeit bestand. Anlangend die Art der Arbeitsverrichtung, so muß, da selbst bei vorhandener Arbeitsunfähigkeit gearbeitet werden kann, zugleich festgestellt werden, daß der Versicherte nach seinem Krankheitszustande zur Arbeit objektiv befähigt war, daß er also nicht auf die Gefahr der Verschlimmerung seiner Krankheit hin gearbeitet hat" (Hoffmann, zu § 182, Anm. 4). Die Satzung der Krankenkasse kann die Krankenhilfe beschränken, wenn bei chronischen Krankheiten im Laufe eines Jahres bereits die gesetzliche Unterstützungszeit voll ausgenutzt ist (§ 188). Es ist auch nicht gleichgültig, ob Krankheit mit oder ohne Arbeitsunfähigkeit vorgelegen hat. Liegt Krankheit ohne Arbeitsunfähigkeit vor, so ist das Recht auf Krankenpflege (Arzt, Arznei, Heilmittel) zeitlich ebenso auf 26 Wochen beschränkt wie das Recht auf Krankengeld, wenn Arbeitsunfähigkeit besteht (§ 183). Wenn aber zuerst Arbeitsfähigkeit bestand und erst später Arbeitsunfähigkeit hinzutritt, so wird die erste Unterstützungszeit bis zu 13 Wochen nicht angerechnet

(§ 183). Die Begründung zum Krankenversicherungsgesetz vom Jahre 1892 führte dazu aus: „Wird der Zeitraum, bis zu dessen Ablauf die Krankenunterstützung zu gewähren ist, vom Beginn der Krankheit an gerechnet, so wird nicht selten der Fall eintreten, daß ein Versicherungspflichtiger, welcher an einer zunächst die Arbeitsfähigkeit nicht aufhebenden Krankheit leidet und deshalb nur die ärztliche Behandlung in Anspruch nimmt, bei späterem Eintritt der Arbeitsunfähigkeit einen Anspruch auf Krankengeld überhaupt nicht mehr oder nur noch für kurze Zeit geltend machen kann. Darin würde eine nicht zu rechtfertigende Unbilligkeit und zugleich für die Versicherten ein Anreiz liegen, bei jeder leichten Erkrankung sofort die Arbeit niederzulegen."

Krankheitsursachen.

Wir haben gesehen, daß der Begriff der Krankheit in der Reichsversicherung eine Umdeutung erhält, die von dem medizinisch-wissenschaftlichen Begriff erheblich abweicht, die sich aber auch mit dem Begriff, wie er im täglichen Leben üblich ist, nicht ohne weiteres deckt. Diese Abweichung wird sich dann bemerkbar machen, wenn wir das Auftreten und die Bedeutung der einzelnen Krankheiten in der Krankenversicherung einer näheren Untersuchung unterziehen. Ehe darauf eingegangen werden kann, ist es nötig, kurz die allgemeinen Ursachen der Krankheiten überhaupt zu behandeln.

Eine gewisse Zahl von Krankheitsursachen ist durch die individuelle Körperbeschaffenheit der einzelnen Menschen gegeben, Der natürliche Tod durch Altersschwäche kommt heute nur bei wenigen Menschen vor, da die Schädlichkeiten, die den Körper treffen, irgendwelche Spuren hinterlassen und zu einem vorzeitigen Altwerden die Veranlassung geben. Die normale Altersinvolution tritt unter dem Einfluß der überhasteten oder übergroßen Arbeit, des dauernden Alkohol- und Nikotingenusses und vieler anderer Schädlichkeiten fast stets verfrüht auf und wird häufig durch die vorauseilende Arterienverkalkung noch überholt. Außerdem gibt es aber noch viele Krankheiten, die in irgendeiner Lebensepoche ohne äußere Veranlassung auftreten und nach dem jetzigen Stande unserer Kenntnisse nur durch individuelle Ursachen bedingt sein können. Zunächst üben Alter und Geschlecht hier eine differenzierende Wirkung aus. Die Übergangszeit der Entwicklungsjahre, die mit gewaltigen seelischen Erregungen einhergeht, zeigt heftige Schwankungen der labilen Psyche und führt häufig zu pathologischen Ausschlägen, die von kürzerer Dauer sein, aber sich auch oft zu lebenslänglichem geistigen Siechtum steigern können. Ähnlich können sich wieder im Alter die normalen Involutionserscheinungen steigern, und das normale Schwinden der geistigen Aufnahmefähigkeit und die Einengung des Interessenkreises machen oft einer Geistesstörung Platz, die bis zur senilen Demenz führen kann. Das Alter ist auch die Zeit, die vorzugsweise zu Zellwucherungen, zu Krebs, Sarkom und andern Geschwülsten neigt, ohne daß bestimmte äußere Ursachen dafür verantwortlich gemacht werden könnten. Im Kindesalter zeigt das männliche Geschlecht überhaupt eine geringere Resistenz gegenüber allen möglichen Krankheiten als das weibliche Geschlecht, so daß der Geburtenüberschuß an Knaben in wenigen Jahren durch die größere Sterblichkeit der Knaben nicht nur ausgeglichen wird, sondern sogar ins Gegenteil umschlägt. Das weibliche Geschlecht ist dann wiederum zur Zeit der beginnenden Geschlechtsreife und während des gebärfähigen Alters einer

größern Erkrankungsgefahr ausgesetzt, die sich in einer vermehrten Empfänglichkeit für äußere Krankheitsursachen äußert, aber auch originäre Krankheiten zeigt, die ohne Beziehung zu andern Ursachen sind. Hierhin gehört die Bleichsucht der jungen Mädchen und andererseits die während des Klimakteriums nicht so selten auftretende Gemütsverstimmung, die Melancholie, zwei Krankheiten, die einmal für das weibliche Geschlecht, sodann aber gerade für ein bestimmtes Alter des weiblichen Geschlechts charakteristisch sind. Auch das Magengeschwür, das oft mit Bleichsucht einhergeht, tritt meist beim weiblichen Geschlecht im jugendlichen Alter auf. Neben diesen Erkrankungen finden wir zwei Gruppen von andern Erkrankungen, die sich in keine Beziehung zu Alter und Geschlecht bringen lassen, bei denen aber häufig ein anderer endogener Faktor erkennbar ist, die erbliche Veranlagung. Es handelt sich hierbei um nervöse Störungen im weitesten Umfange und um Stoffwechselkrankheiten. Bei den nervösen Störungen kommen Neurosen und Psychosen in Betracht. Zu den Neurosen rechnet man die Epilepsie, die Hysterie, die Neurasthenie und die Hypochondrie. Unter die Psychosen fallen so ziemlich alle möglichen Geisteskrankheiten außer den vorher genannten und zwei Störungen exogenen Ursprungs, dem Delirium tremens und der progressiven Paralyse. Die hauptsächlichsten Stoffwechselstörungen sind die Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus), die Wasserharnruhr (Diabetes insipidus), die Gicht, die Basedowsche Krankheit.

Neben diesen rein endogenen Krankheiten sind diejenigen viel häufiger, die äußern Schädlichkeiten ihre Entstehung verdanken. Diese äußern Schädlichkeiten können durch örtliche Faktoren, durch soziale Bedingungen und durch lebende Krankheitserreger bedingt sein. Die Bedeutung der örtlichen Faktoren wird heutzutage meist unterschätzt. Das liegt daran, weil unserer Zeit nur die exakte Forschung imponiert, diese Faktoren sich aber dem genauen Studium entziehen. So haben Klima, Bodenbeschaffenheit, Bodenfeuchtigkeit, Reinheit der Luft, Sonnenbestrahlung resp. Bewölkung einen Einfluß auf die Entstehung von Krankheiten, den wir graduell nicht feststellen können. Neben diesen örtlichen Faktoren sind dann noch zeitliche wirksam, die aber von der örtlichen Lage beeinflußt werden. Der Einfluß der Jahreszeiten auf die Entstehung und Häufung von Krankheiten ist von jeher gut bekannt und auch am ehesten direkt nachweisbar. Wir kennen Sommerkrankheiten und Winterkrankheiten, die ersten sind hauptsächlich Krankheiten der Verdauungsorgane, die andern solche der Atmungsorgane. Zur kalten Jahreszeit flauen die Darmkatarrhe, zur heißen Bronchialkatarrh, Lungenentzündung, Influenza usw. ab. Ich komme auf diesen Einfluß noch zurück, wenn ich die Schwankungen der Krankheitshäufigkeit nach der Jahreszeit bespreche.

Auf besser studiertem Terrain befinden wir uns, wenn wir den Einfluß der sozialen Lage auf die Entstehung von Krankheiten betrachten, da dieser Gegenstand eine Lieblingsbeschäftigung der heutigen Zeit ist. Es ist unverkennbar, daß Armut einen direkten Einfluß auf Wohnung, Nahrung, Kleidung und die ganze Lebenshaltung ausübt. Aber nicht nur die Armut hat diesen Einfluß, sondern überhaupt schon das geringere Einkommen. Ich bin in dem ersten Teile meines Buches in den Kapiteln über Tuberkulose, Säuglingssterblichkeit, Cholera, Pest, Kinderkrankheiten usw. auf die Beziehungen der Wohlhabenheit zu den genannten Krankheiten und Todesursachen näher eingegangen und kann jetzt darauf verweisen. Auch andere Krankheiten, bei denen man eine solche Beziehung zur Wohnung und zur

Wohlhabenheit am wenigsten vermuten würde, unterliegen ihrem Einfluß. Das ist z. B. beim Gehirnschlag, bei der Arterienverkalkung, bei Neubildungen der Fall. Nach Prinzing kamen in Budapest im Jahre 1906 auf 10 000 Personen, die über 40 Jahre alt waren, Sterbefälle:

	im 4. Bezirk (1,87 Personen auf ein Zimmer)	im 3. Bezirk (3,40 Personen auf ein Zimmer)
an Gehirnschlag	30,8	20,5
an Arterienverkalkung	25,2	17,6
an Neubildungen	32,2	36,2.

Danach sind die ärmeren Bevölkerungsklassen den Neubildungen stärker ausgesetzt, die reicheren dagegen dem Gehirnschlag und der Arterienverkalkung.

Außer den Lebensbedingungen sind die Arbeitsbedingungen von besonderem Einfluß auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung. Den Einfluß der Arbeit auf die Entstehung und die Verbreitung der Tuberkulose habe ich auch bereits im ersten Bande meines Buches ausführlich behandelt. Auf den Einfluß, den der Beruf auf die allgemeine Morbidität hat, komme ich noch zurück. Ich möchte an dieser Stelle nur hervorheben, daß besonders gewerbliche Schädigungen und Betriebsunfälle den allgemeinen Gesundheitszustand beeinträchtigen. Ich verweise auf das Kapitel über die Bekämpfung der Gewerbekrankheiten, wo auf die gewerblichen Gesundheitsschädigungen näher eingegangen ist. Der Einfluß, den die Betriebsunfälle auf die Morbidität der Krankenkassen haben, wird sogleich besprochen werden. Die tägliche Arbeit ist also in der Lage einen Einfluß auf den Gesundheitszustand auszuüben, der in einer Vermehrung der Krankheiten sich äußert.

Eine besondere Rolle spielen die Krankheitserreger bei der Entstehung von Krankheiten. Ungeziefer, Parasiten der Haut, Spaltpilze und niedere Tiere vermögen ein Heer von Krankheiten zu erzeugen, auf deren Entstehung und Bekämpfung auch bereits in dem ersten Bande ausführlich eingegangen ist.

Gemeinhin ist nun aber nicht eine einzelne der genannten Ursachen für die Entstehung einer Krankheit anzuschuldigen, sondern meistens treffen mehrere zusammen. Beim Gelenkrheumatismus wird gewöhnlich eine Durchkältung oder Durchnässung als wesentliche Ursache angenommen. Aber nicht jeder Mensch, der etwa in einer feuchten Wohnung lebt, erkrankt an Gelenkrheumatismus. Vielmehr sehen wir, daß die Witterung und die Jahreszeit einen mitbestimmenden Einfluß hat. Aber auch dann sind es wieder nur einige Menschen, die für die Krankheit empfänglich sind, und die auch leicht wieder an ihr erkranken. Schließlich wissen wir, daß der Gelenkrheumatismus zu den Infektionskrankheiten gehört, daß er also ohne die Anwesenheit eines bestimmten Erregers nicht entstehen kann. Die Tuberkulose tritt bald als Wohnungs-, bald als Gewerbekrankheit auf. Aber auch bei ihr ist die Veranlagung von Bedeutung. Und ohne die Anwesenheit des Tuberkelbazillus ist die Entstehung der Tuberkulose überhaupt nicht möglich, wie es ja Völkerschaften gab, die die Tuberkulose nicht kannten, denen der Verkehr mit der Zivilisation sie erst brachte, und die nun von der Krankheit dezimiert werden. — Die Säuglingsterblichkeit ist eine Erscheinung, die auf die mannigfachsten Ursachen zurückzuführen ist. Bei ihr ist die Sterblichkeit der unehelichen und der ehelichen Kinder ganz verschieden, der Einfluß des Stillens und der künstlichen Ernährung fördert die verschiedensten

Resultate, die aber wieder durch den Einfluß der sozialen Lage verstärkt oder abgeschwächt werden. — Eine Krankheit wie die Brustentzündung (Mastitis) befällt nur Frauen, sie ist eine Infektionskrankheit und tritt nur dann auf, wenn Schwangerschaft oder Wochenbett vorliegen. — Diese Beispiele ließen sich beliebig vermehren, um darzutun, daß in den meisten Fällen mehrere Umstände zusammentreffen müssen, damit eine Krankheit entsteht.

Diese allgemeinen Krankheitsursachen sind natürlich die nämlichen, wie sie bei den Krankheiten der Krankenversicherung beobachtet werden. Aber das Wesen der Krankenversicherung bringt es mit sich, daß eine Reihe äußerer Umstände wesentlich auf den Begriff der Krankheit, der Krankheitshäufigkeit, der Krankheitsdauer einwirken, und daß daher die Ergebnisse der einzelnen Krankenkassen erheblich voneinander abweichen und sich miteinander nur schwer vergleichen lassen.

Schon bei der Feststellung der Diagnose ergeben sich solche Schwierigkeiten, daß es unmöglich ist, einheitlich für das ganze Reich die Häufigkeit und Dauer der einzelnen Krankheiten anzugeben. Die offizielle Statistik verzichtet auch gänzlich darauf und begnügt sich damit, die allgemeine Krankheitshäufigkeit und Krankheitsdauer festzustellen. Die Feststellung der Krankheit erfolgt im Einzelfall stets durch den behandelnden Arzt und wird auf dem Krankenschein vermerkt. Der Krankenschein muß am ersten Krankheitstage ausgefüllt werden. Daraus ergeben sich Folgen, die für die objektive Feststellung der Krankheit nicht gleichgültig sind. Der Arzt ist in vielen Fällen überhaupt nicht imstande, auf Grund der ersten Untersuchung eines Kranken eine sichere Diagnose zu stellen. Erst auf Grund der Beobachtung ist eine solche Feststellung möglich. In einzelnen Fällen, z. B. bei Verletzungen, Geschwüren, Entzündungen, kurz allen Krankheiten, die in das chirurgische Gebiet fallen, ist meist eine Augenblicksdiagnose möglich. Einen Typhus, einen Magenkrebs, eine Gehirngeschwulst prima vista zu erkennen, ist geradezu ausgeschlossen. Wenn ein Patient mit heftigen Leibschmerzen zum Arzt kommt, kann es sich vielleicht um einen Darmkatarrh handeln, es kann aber ebensogut eine Darmkolik bei Bleivergiftung, eine gastrische Krise bei Rückenmarksdarre (Tabes dorsalis), eine Darmverschlingung, eine Geschwulst im Leibe usw. vorliegen. Bei Magenbeschwerden kann es sich um einen einfachen Katarrh, um ein Geschwür, um einen Krebs, um eine Narbe (Striktur), um eine Erkrankung benachbarter Organe oder gar um eine Allgemeinerkrankung (Bleichsucht usw.) handeln. Die Anfangsdiagnose ist darum nur von begrenztem Werte, sie wird aber den meisten Statistiken zugrunde gelegt. In vielen Fällen ist es für den Arzt auch gar nicht möglich, die richtige Diagnose auf den Krankenschein zu schreiben, um seinen Patienten, der doch die Diagnose nachliest, nicht unnötig aufzuregen. Man begnügt sich dann mit einer allgemeinen Diagnose, die darum aber der Wahrheit nicht näher kommt. Die Unmöglichkeit, sogleich im Anfang die richtige Diagnose zu stellen, veranlaßt auch viele Ärzte, sich mit allgemeinen Ausdrücken, wie fieberhafte Erkrankung, oder Katarrh, oder gar Schmerzen im Rücken und dgl., abzufinden. Das ist natürlich äußerst unerwünscht und sollte stets vermieden werden. Von andern werden wieder Verlegenheitsdiagnosen gestellt. Fieberhafte Erkrankungen, deren Natur sich nicht sicher ermitteln läßt, gehen im Zweifelsfalle als Influenza, Schmerzen und vage Beschwerden als Muskelrheumatismus, Schmerzen in der rechten Unterleibsgegend als Blinddarmentzündung, wenn damit Fieber verbunden ist, sonst als Blinddarmreizung, usw. Wenn man sich solche Tatsachen vor

Augen hält, wird man sich nicht wundern, daß Krankheiten wie Influenza und Muskelrheumatismus und manche andere eine erstaunliche Häufigkeit haben. Die Fehlerhaftigkeit der Anfangsdiagnosen beruht nicht etwa auf der Schuld der Ärzte, sondern liegt an dem System. Einige Krankenkassen haben diesen Fehler dadurch zu vermeiden gewußt, daß der behandelnde Arzt am Ende der Behandlung eine Karte mit der Schlußdiagnose an die Kasse sendet, und daß diese Karte, die dann gewöhnlich noch Angaben über die Ursache der Erkrankung oder andere wichtige Fragen enthält, der Kassenstatistik zugrunde gelegt wird.

Allgemein hat sich aber dieses Verfahren nicht einführen können, da es sowohl für die Kasse als auch für die Ärzte mit einer Menge Schreibarbeit verbunden ist. Es ist aber so möglich, der Wahrheit näher zu kommen, zumal dieser Weg durch die damit verbundene Diskretion keine Diagnosenangabe veranlaßt, die aus Schonung für den Kranken erfolgt. Dieses Verfahren ist dann nur noch mit den Fehlern belastet, die innerhalb der natürlichen Breite liegen und auf irrtümlichen Diagnosen beruhen. Irrtümer in der Diagnose sind natürlich gelegentlich unvermeidlich, können aber wegen ihrer singulären Bedeutung vernachlässigt werden.

Allgemeine Krankheitshäufigkeit.

Wir wenden uns nunmehr der Frage zu, in welcher Weise die Krankheiten als Massenerscheinung bei der Krankenversicherung auftreten. Man geht dabei von Verhältniszahlen aus, um Vergleiche untereinander anstellen zu können. Unterschieden werden:

1. die Krankheitshäufigkeit, d. h. dieZahl der Krankheitsfälle auf 100 Mitglieder;
2. die Erkrankungsziffer, d. h. die Zahl der erkrankten Mitglieder auf 100 Mitglieder;
3. die Krankheitsdauer, d. h. die Zahl der Krankheitstage auf 100 Mitglieder;
4. die durchschnittliche Krankheitsdauer, d. h. die Zahl der Krankheitstage, die durchschnittlich auf einen Krankheitsfall kommen.

Von einer besonderen Bedeutung sind für uns noch

5. die Fall-Letalität, d. h. die Zahl der Krankheitsfälle auf einen Todesfall,
6. die Tagesletalität, d. h. die Zahl der Krankheitstage auf einen Todesfall.

Diese vielen Verhältniszahlen beweisen schon von vornherein, daß jede für sich keine befriedigenden Resultate gibt, und daß an jeder etwas auszusetzen ist. Wir werden für unsere Betrachtung von vornherein die Erkrankungsziffer und die durchschnittliche Krankheitsdauer ausschalten und uns hauptsächlich an die Krankheitshäufigkeit und an die allgemeine Krankheitsdauer halten. Die Letalität hat eine gewisse praktische Bedeutung und soll später kurz berührt werden. Die Beziehung auf 100 Mitglieder stößt in der Regel insofern auf Schwierigkeiten, als der Mitgliederstand einer Krankenkasse im Laufe des Jahres überaus wechselt. Einwandfrei ist sie nur, wenn die Summe der Mitgliedstage überhaupt berechnet und durch 365 dividiert, und diese Mitgliederzahl zugrunde gelegt wird. Dies ist aber lediglich bei den Frankfurter Krankheitstafeln und der Leipziger Statistik der Fall. Meist begnügt man sich, den durchschnittlichen Mitgliederstand festzustellen. In einigen Kassen bezieht man sich überhaupt nur auf den Stand eines

und desselben Tages für eine Reihe von Jahren, so daß die Ergebnisse der Kasse nicht mit andern verglichen werden können und der Vergleich sich nur auf die verschiedenen Jahresresultate einer und derselben Kasse beziehen darf.

In einer Krankenkasse werden im Laufe eines Jahres eine Anzahl von Mitgliedern immer mehrere Male erkranken. Die Zahl der erkrankten Personen wird daher auch stets geringer sein als die Zahl der registrierten Krankheitsfälle. Es kann im besondern Falle zwar ein Interesse haben, festzustellen, wieviel Personen ein oder zwei oder mehrere Male erkranken und wieviel Kranke auf 100 Krankheitsfälle kommen, im allgemeinen wird aber diese Ziffer nicht sehr wichtig sein und auch in größerer oder geringerer Abhängigkeit von der Krankheitshäufigkeit stehen. Die Erkrankungsziffer kann auch ihrerseits die Krankheitshäufigkeit beeinflussen, aber diese sekundäre Bedeutung kann ihr doch nicht so viel Beachtung verschaffen, daß wir uns weiter mit ihr zu beschäftigen brauchten.

Auch die durchschnittliche Krankheitsdauer gibt keine richtige Beurteilung der Gesundheitsverhältnisse. Die Leipziger Statistik gibt folgendes Beispiel: Der Beruf A habe auf 100 000 Personen in irgendeiner Altersklasse an einer bestimmten Krankheit 100 Krankheitsfälle mit 1500 Krankheitstagen; der Beruf B, ebenfalls auf 100 000 Personen derselben Altersklasse, 200 Krankheitsfälle mit 2500 Krankheitstagen. Beruf B hat demnach doppelt soviel Krankheitsfälle wie Beruf A und $1\frac{2}{3}$ mal soviel Krankheitstage wie Beruf A. Beruf B steht also gesundheitlich zweifellos viel schlechter da als Beruf A. Trotzdem weist er mit 12,5 Tagen eine kleinere, also scheinbar günstigere durchschnittliche Krankheitsdauer auf als Beruf A, für den sich 15 Tage berechnen.

Die Erkrankungsziffer und die durchschnittliche Krankheitsdauer scheiden daher für unsere Betrachtung aus.

Die allgemeine Krankheitshäufigkeit wird durch die Zahl der Krankheitsfälle bedingt. Man darf sich aber nicht verhehlen, daß die Krankheitshäufigkeit sich aus sehr verschiedenartigen Komponenten zusammensetzt. Wenn in einer Stadt eine Influenzaepidemie ausbricht, in einer andern eine Typhusepidemie, so wird voraussichtlich die Zahl der Influenzafälle eine viel größere sein als die der Typhusfälle. Die erste Stadt wird also eine größere Krankheitshäufigkeit haben als die zweite. Nun ist aber die Influenza eine Krankheit, die ohne Komplikationen in wenigen Tagen abläuft, während der Typhus wochenlang dauert. Der großen Krankheitshäufigkeit wird also eine geringe Anzahl von Krankheitstagen entsprechen, der geringen in der zweiten Stadt eine große Anzahl von Krankheitstagen. Man sieht aus diesem Beispiel, daß die allgemeine Krankheitshäufigkeit nicht allein für sich betrachtet werden darf, sondern nur unter gleichzeitiger Berücksichtigung der allgemeinen Krankheitsdauer. Die Leipziger Statistik wendet ein sehr treffendes Bild an, um den relativen Wert der allgemeinen Krankheitshäufigkeit zu beleuchten. Sie sagt, wenn man Krankheiten addiere, von denen die eine zwei Tage dauerte, die andere zehn, die dritte 200 und so fort, so handele man, als ob man Geldstücke verschiedenster Wertung aus Kupfer, Nickel, Silber und Gold zusammenzähle, anstatt den Geldbetrag festzustellen. Die allgemeine Krankheitshäufigkeit hat eben, wenn sie allgemein betrachtet wird, einen vergleichenden Wert nur dann, wenn die allgemeine Krankheitsdauer mitverglichen wird. Etwas anderes ist es, wenn es sich um bestimmte Krankheiten handelt. Hier ist die Feststellung, wie häufig Tuberkulose oder

Krebs vorgekommen ist, überaus wichtig und kann von Stadt zu Stadt oder von Krankenkasse zu Krankenkasse wohl verglichen werden.

Die allgemeine Krankheitshäufigkeit hängt von den allgemeinen Krankheitsursachen ab, die ich vorher aufgeführt habe. Die Krankheitshäufigkeit muß darum in den einzelnen Krankenkassen recht verschieden sein je nach dem Mitgliedermaterial, aus dem sie sich zusammensetzt. Ich hatte gezeigt, daß Alter und Geschlecht, örtliche und zeitliche Verhältnisse und die soziale Lage ganz verschiedene Gesundheitsverhältnisse schaffen, deren Bedeutung für die Krankenversicherung nun des genauern untersucht werden soll.

Die individuelle Beschaffenheit der Einzelpersönlichkeit und ihre Empfänglichkeit für Krankheiten kann bei dem großen Sammelmaterial, das hier berücksichtigt wird, vernachlässigt werden. An die Stelle der Einzelpersönlichkeit treten nunmehr die einzelnen Volkstämme, über deren verschiedene Krankheitshäufigkeit in Deutschland wenig bekannt ist. Jedoch kann an einer solchen Verschiedenheit nicht gezweifelt werden, wenn auch die Freizügigkeit heute die Ortsgrenzen aufhebt und die Volkstämme durcheinanderwirbelt. Aus Amerika wissen wir z. B., daß die schwarze Rasse eine größere Hinfälligkeit gegen die Tuberkulose zeigt als die weiße. Auch in Deutschland wird eine Verschiedenheit der einzelnen Bundesstaaten und Landesteile in der Tuberkulosesterblichkeit beobachtet, bei denen Stammesunterschiede etwas ausmachen können. Sollte man hierbei zweifelhaft sein und meinen, daß äußere Umstände die größere Ansteckungsmöglichkeit schafften, so fällt doch dieses Bedenken beim Krebs fort, der örtliche Verschiedenheiten seiner Verbreitung zeigt, die durch äußere Bedingungen nicht allein erklärt werden können. So gibt es auch Unterschiede in der allgemeinen Erkrankungshäufigkeit der einzelnen Volkstämme, die nicht durch die örtlichen und klimatischen Verhältnisse allein bedingt sind. Allerdings werden die verschiedenen Lebensgewohnheiten einen weittragenden Einfluß auf den Gesundheitszustand ausüben. Es wird im allgemeinen schwer sein, dafür Beweise zu bringen. Es ist das eigentlich nur dann möglich, wenn man verschiedene Rassen und Stämme unter denselben örtlichen und sozialen Bedingungen nebeneinander beobachten kann. Derartige Verhältnisse finden sich nun tatsächlich heute in unsern großen Industriezentren, wo zu der einheimischen Bevölkerung Zugewanderte und Ausländer hinzukommen und diese verschiedenen Elemente nebeneinanderleben. Die Arbeitsbedingungen sind die gleichen, verschieden sind nur die angeborenen Stammesunterschiede und die Art der Lebenshaltung, die allerdings recht sehr voneinander abweichen kann. Der Bochumer Knappschaftsverein hat nun in dankenswerter Weise die Krankheitshäufigkeit seiner Mitglieder nach der Nationalität untersucht und ist dabei zu äußerst charakteristischen Resultaten gekommen, deren Konstanz durch Jahre hindurch bei einem großen Menschenmaterial dafür beweisend ist, daß hier keine Zufälligkeiten vorliegen. Von der 350 000 Mann starken Belegschaft sind 8—9 % Ausländer (Österreicher, Holländer, Italiener, Russen usw.). Die Zahl der Reichsdeutschen, welche aus den östlichen Teilen des Deutschen Reiches, nämlich aus Ostpreußen, Westpreußen, Posen und Oberschlesien stammen, beträgt etwa 40 %. Die Krankheitshäufigkeit dieser verschiedenen Elemente ist nun auffallend verschieden. Die abgeschlossenen Erkrankungen verteilten sich auf die Ausländer und Reichsdeutschen aus dem Osten und die sonstigen Reichsdeutschen in folgender Weise:

	1908		1909		1910	
	absolut	%	absolut	%	absolut	%
Ausländer	21 198	66,5	21 929	77,9	21 173	77,2
Reichsdeutsche aus dem Osten .	66 111	50,8	72 470	56,2	73 942	57,3
Sonstige Reichsdeutsche	122 330	64,5	126 446	66,1	128 685	66,0
Insgesamt	209 639	61,1	220 854	63,4	223 685	63,7

Die allgemeine Erkrankungshäufigkeit der Ausländer übertrifft also weit diejenige der Reichsdeutschen, von denen die Reichsdeutschen aus dem Osten eine größere Widerstandsfähigkeit zeigen.

Die Differenz der klimatischen und örtlichen Verschiedenheit läßt sich in der Statistik nicht nachweisen. Denn die Unterschiede, die bei den einzelnen Krankenkassen ja offensichtlich bestehen, sind auf so viele andersartige Einflüsse zu beziehen, von denen sogleich die Rede sein wird, daß der Anteil des klimatischen und örtlichen Faktors sich nicht herauslesen läßt. Dagegen ist der Unterschied in den Jahreszeiten bei allen Krankenkassen vorhanden. Überall finden wir gewisseKrankheitshäufungen, die einmal zu der heißen, das andere Mal zu der kalten Jahreszeit auftreten. Ich möchte hier eine Übersicht über die Verhältnisse bei der Ortskrankenkasse in Kiel geben, aus der die Beziehungen verschiedener Faktoren zueinander und zu der allgemeinen Krankheitshäufigkeit und zu der speziellen Häufigkeit einiger Krankheiten ersichtlich ist (Fig. 3—7). Die Kurven stellen die Verhältnisse in den Jahren 1909—1911 dar. Zunächst (Fig. 3) ist die Mitgliederbewegung dargestellt. Sie zeigt, daß im Laufe des Jahres große Schwankungen bestehen, die auf die Verhältnisse des Arbeitsmarkts zurückzuführen sind. Im Jahre 1911 zeigt die Mitgliederkurve zwei Maxima im Mai und November und zwei Minima im Februar und Juli. Diese Maxima und Minima wandern in den einzelnen Jahren, im allgemeinen sind aber überall in den einzelnen Kassen je zwei Maxima und Minima vorhanden. Die allgemeine Krankheitshäufigkeit ist in der zweiten Kurve (Fig. 4) durch die absoluten Ziffern der mit Arbeitsunfähigkeit verbundenen Krankheitsfälle zum Ausdruck gebracht. Im Jahre 1911 sind auch hier zwei Maxima und zwei Minima zu erkennen. Die Maxima liegen im Januar und August, die Minima im April und September. Im allgemeinen zeigen die Kurven der Krankheitsfälle und der Mitgliederbewegung einen entgegengesetzten Verlauf, derart, daß einer Konkavität eine Konvexität bei der andern Kurve entspricht. Ein Gegensatz in jedem einzelnen Punkte ist allerdings nicht vorhanden, aber der Gesamteindruck beim Anblick beider Kurven ist doch der, daß bei einer geringeren Mitgliederzahl eine größere Krankheitshäufigkeit besteht, bei einer größeren Mitgliederzahl in derselben Kasse eine geringere Krankheitshäufigkeit. Diesen Einfluß des Arbeitsmarkts auf die Krankheitshäufigkeit werde ich sogleich noch näher behandeln, mich aber zunächst dem Einfluß der Jahreszeit auf die Krankheitshäufigkeit zuwenden. In einem dritten Schaubild (Fig. 6) ist der Verlauf der Temperaturkurve in den drei Jahren zu ersehen. Hier finden wir ein Maximum im Juli und August und ein Minimum im Januar. Tatsächlich fallen damit die beiden Maxima der Krankheitsfälle im August und Januar ebenfalls zusammen, so daß der Einfluß des Temperaturmaximums und des Temperaturminimums auf die Krankheitshäufigkeit hier deutlich hervortritt. Ähnlich wie die Kurve der Krankheitsfälle verläuft die Kurve der im

vierten Schaubild (Fig. 5) dargestellten Krankengeldausgabe, die in einer gewissen Weise der monatlichen Zahl der Krankheitstage entspricht. Die Kurve der Krankengeldausgabe zeigt aber nicht so steile Zacken wie die Kurve der Krankheitsfälle, ihr Maximum im Januar steigt nicht so steil an, und das Sommermaximum stellt sich sogar als ein über drei Monate sich erstreckendes Plateau dar. Die geringeren Ausschläge der Krankengeldkurve entsprechen den brüsken Änderungen in der Zahl der Krankheitsfälle. Daraus geht hervor, daß die akute Steigerung in der Zahl der Krankheitsfälle nur auf kurz verlaufende Krankheiten zurückzuführen sein kann, daß das Gros der Krankheiten, die lange dauern, darum viele Krankheitstage verursachen und also hauptsächlich die Höhe des Krankengeldes beeinflussen, von der Jahreszeit nur wenig abhängig ist. Die Häufung der Krankheitsfälle ist auf akute Krankheiten zurückzuführen, die nur kürzere Zeit dauern, der Krankheitsgipfel in der größten Hitze ist zum Teil auf Krankheiten zurückzuführen, die wenige Tage dauern, da der besondere Anstieg im August keine besondere Erhöhung der Krankengeldausgabe macht, zum Teil entspricht er längere Zeit dauernden Krankheiten, da der Abfall der Krankengeldkurve sich im September verzögert. Auf den Verlauf der einzelnen Krankheiten während des Jahres 1911 möchte ich nur kurz verweisen (Fig. 7). Der Anstieg der Erkältungskrankheiten zur kalten Jahreszeit ist sehr deutlich, ebenso ist der Verlauf der Masern mit ihrem Anstieg im Juni charakteristisch, nur die Darmkrankheiten zeigen nicht den erwarteten Sommergipfel. Das Verhalten dieser Kurve ist abweichend und vielleicht auf die besonderen Verhältnisse Kiels als Seestadt zurückzuführen.

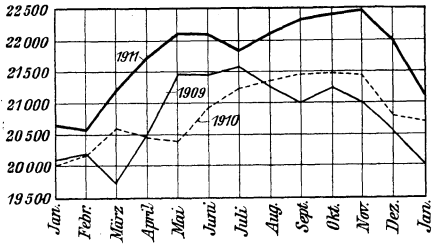


Fig. 3. Mitgliederbewegung.

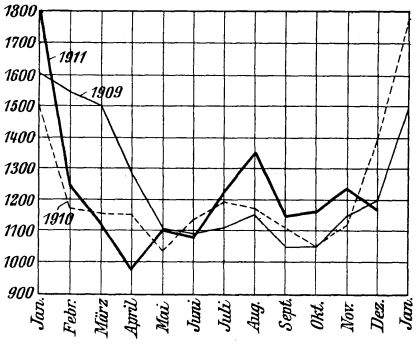


Fig. 4. Krankheitsfälle der Mitglieder mit Arbeitsunfähigkeit.

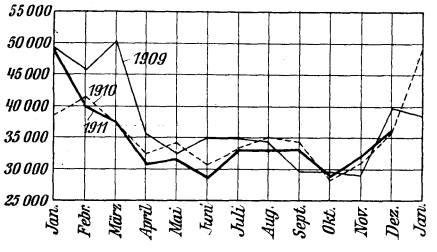


Fig 5 Krankengeldausgabe.

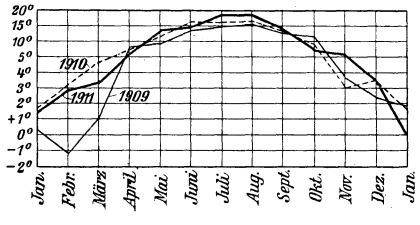
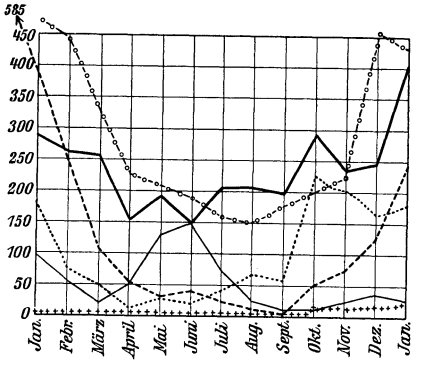


Fig. 6. Temperatur C°.

Während die bisher genannten Faktoren für die allgemeine Krankheitshäufigkeit der Mitglieder aller Krankenkassen Geltung haben, wird im übrigen die Krankheitshäufigkeit in den einzelnen Krankenkassen durch

die besonderen Verhältnisse, die in jeder Krankenkasse vorliegen, für sich bedingt. In Betracht kommen die Zusammensetzung der Mitglieder nach Alter und Geschlecht, die prozentuale Beteiligung von freiwilligen Mitgliedern, die soziale Lage der Mitglieder, das Vorherrschen bestimmter Berufskreise und schließlich die besondern Folgen der Kassen- und Geschäftsführung. Zu diesen gehören die Ausdehnung der Leistungen über die Regelleistungen hinaus, die Art der ärztlichen Versorgung und der Krankenkontrolle und die Größe der Kasse.



o—o—o—o Katarrhe der Luftröhre und der Bronchien.
+—+—+—+ Akuter Gelenkrheumatismus.
——— Masern und Röteln.
——— Krankheiten der Gelenke, Muskeln und Sehnen.
- - - - - - Influenza.
..... Akuter Magen- und Darmkatarrh, Brechdurchfall.

Fig. 7. Einfluß der Witterung auf einzelne Krankheiten 1911.

Die Krankheitshäufigkeit ist nach Alter und Geschlecht verschieden. Ich verweise auf die den Frankfurter Krankheitstafeln entnommene Statistik, welche die Krankheitshäufigkeit für die einzelnen Altersklassen nach Geschlechtern getrennt zeigt. Die Krankheitsfälle sind in solche mit Erhaltung der Arbeitsfähigkeit und solche mit Arbeitsunfähigkeit getrennt. Während bei den Männern die Krankheitshäufigkeit mit zunehmendem Alter immer mehr anschwillt, liegt bei den Frauen das Maximum im gebärfähigen Alter. Die Krankheitsfälle mit

Allgemeine Krankheitshäufigkeit nach Alter und Geschlecht.

beim Alter von	Frankfurter Krankenkasse			
	arbeitsfähig		arbeitsunfähig	
	männlich	weiblich	männlich	weiblich
unter 15 Jahren	56,5	58,8	43,5	38,8
15—20 „	66,6	76,8	35,1	39,0
20—30 „	66,6	83,0	35,1	37,5
30—40 „	59,6	83,0	43,9	46,4
40—50 „	59,7	67,9	52,6	40,2
50—60 „	66,8	76,1	63,5	48,3
über 60 „	65,0	36,6	56,0	56,7
Zusammen	64,2	79,0	39,9	39,3

Arbeitsunfähigkeit zeigen außerdem, daß eigentlich zwei Maxima der größten Krankheitshäufigkeit bei den Frauen existieren, im Pubertätsalter zwischen 15 und 20 Jahren und im Alter von 30—40 Jahren. Hinter jedem Maximum liegt eine Epoche verminderter Krankheitshäufigkeit. Man kann sagen, daß bei beiden Geschlechtern die Krankheitshäufigkeit mit zunehmendem Alter sich steigert, daß aber bei dem weiblichen Geschlecht noch eine besondere Häufung durch die spezielle Geschlechtstätigkeit bedingt wird, die den Charakter der aufsteigenden Alterskurve unterbricht. Die Fälle mit Arbeitsfähigkeit überragen weit die Fälle ohne Arbeitsfähigkeit,

jedoch ist die Differenz bei den Frauen größer. Die Frauen sind überhaupt bei den Krankheitsfällen mit Arbeitsfähigkeit stärker vertreten als die Männer im ganzen und in den einzelnen Altersklassen bis auf die Zeit vom 15.—40. Lebensjahre, die Zeit der weiblichen Geschlechtstätigkeit. Aus dieser Übersicht ergibt sich schon, daß die Zusammensetzung einer Krankenkasse nach Alter und Geschlecht der Mitglieder für die Krankheitshäufigkeit und damit für das Finanzergebnis von Bedeutung ist. Diese Zusammensetzung wird besonders durch die Beschäftigung, die in der Gegend vorherrscht, bedingt. Während früher nur 22 % Frauen gegen Krankheit versichert waren, sind es jetzt 38 %. Das liegt an der völligen Änderung der Erwerbsverhältnisse, die die Frau immer mehr in einen Beruf hineindrängen. In einer Gegend wird die Frau stärker im Erwerbsleben, in der andern schwächer vertreten sein, und je nachdem ist auch die Frau stärker oder schwächer in der Krankenversicherung vertreten. Das Arbeitsangebot ist auch überall für die einzelnen Lebenalter verschieden, und auch diese Tatsache wird also ihre Wirkung in der Verschiedenheit der Krankheitshäufigkeit äußern.

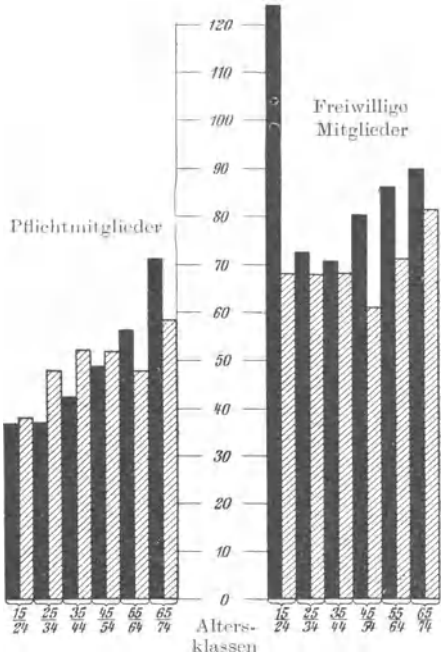


Fig. 8. Allgemeine Krankheitshäufigkeit bei Pflicht- und freiwilligen Kassenmitgliedern (nach der Leipziger Statistik).

Die Männer sind durch schwarze, die Frauen durch schraffierte Säulen dargestellt.

Wesentlich verschieden von der Krankheitshäufigkeit der Personen, die der Krankenversicherung als Pflichtmitglieder angehören, ist die Krankheitshäufigkeit der freiwilligen Mitglieder. Die freiwilligen Mitglieder rekrutieren sich fast ausschließlich aus solchen Personen, die allen Anlaß haben eine Krankheitsversicherung einzugehen, sei es, daß sie kränklich oder erblich mit einer Krankheit belastet sind, oder daß ein Leiden wie etwa überstandene Syphilis, Gelenkrheumatismus, Lungenentzündung, die gern wiederkehren, bei ihnen früher bestanden hat. Alle diese Personen bleiben in der Krankenversicherung, wenn ihr Versicherungsverhältnis erlischt, als freiwillige Mitglieder, und andere, die sonst die Aufnahmebedingungen erfüllen, treten von selbst als freiwillige Mitglieder ein. Ein anderer Teil von Personen sucht die Kosten der Versicherung dadurch herauszubekommen, daß er Krankheiten über Gebühr ausnutzt. Besonders groß ist diese Gefahr, wenn es sich um kleine Beamte oder andere angestellte Personen handelt, denen durch Krankheit ein pekuniärer Nachteil nicht entsteht, da ihr Gehalt weitergeht. Die genannten Personengruppen strömen besonders den Ortskrankenkassen als freiwillige Mitglieder zu, da deren Leistungen anlocken und der Eintritt bei ihnen am leichtesten ist. Das Personenmaterial, das dagegen den Ersatzkassen zufließt, ist wesentlich anders zusammengesetzt und rekrutiert sich nicht aus Personen, die in erster Linie daran denken, ihre

Einlagen möglichst schnell wieder herauszuholen oder gar noch einen Gewinn zu machen, sondern aus Leuten, die aus persönlicher Vorsorge sich und ihre Angehörigen gegen Krankheit sicherstellen wollen. Die freiwilligen Mitglieder, um die es sich hier handelt, sind in erster Linie Mitglieder der Ortskrankenkassen. Wenn man die Krankheiten, die mit Arbeitsunfähigkeit einhergehen, nach dem Material der großen Leipziger Statistik vergleicht, so findet man eine erstaunliche Differenz bei den Pflichtmitgliedern und den freiwilligen Mitgliedern hinsichtlich der Krankheitshäufigkeit. In jeder Altersklasse übertreffen die freiwilligen Mitglieder, wie das Schaubild (Fig. 8) zeigt, weit die Pflichtmitglieder. In allen Altersklassen überwiegen hier auch die männlichen Mitglieder in der Krankheitshäufigkeit über die weiblichen Mitglieder, und in geradezu erschreckender Weise ist die Zahl der Krankheitsfälle bei der Altersklasse von 15—24 Jahren gesteigert. Diese freiwilligen Mitglieder zehren an dem Mark der Krankenversicherung, und auch die RVO. schützt die Krankenkassen nicht genügend gegen eine solche Ausbeutung. In der ungebührlichen Bevorzugung von Personen, die gar nicht der Versicherung angehören, ist auch eine Überspannung des Versicherungsgedankens zu erblicken, dessen Kosten die Zwangsversicherten zu tragen haben, die sich dagegen nicht wehren können. Gänzlich anders liegen, wie ich schon erwähnte, die Verhältnisse bei den Ersatzkassen. Die Personen, die sich hier freiwillig versichern, stellen ein ganz anderes Material dar als die freiwillig Versicherten bei den Ortskrankenkassen. So sind z. B. bei der Kranken- und Begräbniskasse des Verbandes deutscher Handlungsgehilfen, Ersatzkasse zu Leipzig, etwa 72 % der Mitglieder versicherungspflichtig und 28 % nichtversicherungspflichtig gewesen (1909), ohne daß dadurch die Krankheitshäufigkeit ungünstig beeinflußt worden wäre, wie auch aus der Fig. 11 hervorgeht. Ich bin auf die Bedeutung, welche die freiwilligen Mitglieder für die allgemeine Krankheitshäufigkeit einer Krankenkasse haben, schon jetzt eingegangen. Denn wenn im allgemeinen der Anteil der freiwilligen Mitglieder an der Krankheitshäufigkeit sich den Kassen besonders bei den Fällen mit Arbeitsunfähigkeit bemerkbar macht, die infolge der Zahlung des Krankengeldes sich teuer stellen, so ist doch unverkennbar auf ihr Konto auch die Steigerung der Fälle mit Arbeitsfähigkeit zu setzen.

Der Beruf hat einen weitgehenden Einfluß auf die allgemeine Krankheitshäufigkeit. Ich verweise dafür auf die S. 153 abgedruckte Tabelle, welche die Krankheitshäufigkeit bei den einzelnen Genossenschaftskrankenkassen Wiens darstellt. Es sind dabei immer die Fälle mit Arbeitsunfähigkeit auf 100 Personen, die mit Arbeitsunfähigkeit erkrankt waren, und die andern auf 100 Personen, die mit Erhaltung der Arbeitsfähigkeit erkrankt waren, bezogen. Es finden sich nun die weitgehendsten Unterschiede. Bei den Männern schwanken die Zahlen in den einzelnen Gewerben unregelmäßig zwischen 29 und 72, wenn wir die Krankheitsfälle mit Arbeitsunfähigkeit ins Auge fassen. Am günstigsten stehen die Friseure, dann folgen Zuckerbäcker, Gürtler, Kleidermacher, Glaser, Bäcker, Buchbinder usw. Am ungünstigsten stehen die Maler da, in sehr weitem Abstande kommen dann erst die Zimmerleute, die chemischen Putzer und Appreteure, die Buchdrucker, Tischler, Spengler, Drechsler usw. Die Krankheiten mit Erhaltung der Arbeitsfähigkeit geben eine ganz andere Reihenfolge und ganz andere Ziffern. Hier schwanken die Zahlen bei den Männern zwischen 33 und 74. An bester Stelle stehen hier die Drechsler, an schlechtester die Kürschner. Auffallend hoch sind die Ziffern für Buchdrucker und Lithographen, auch

Allgemeine Krankheitshäufigkeit und Beruf.

(Nach dem Bericht der Genossenschaftskrankenkassen Wiens.)

Auf je 100 männl. und weibl. Mitglieder kamen in den Jahren 1908—10 Erkrankungen mit und ohne Arbeitsunfähigkeit in den einzelnen Berufen.

	Frauen		Männer	
	Erkr. mit Arb.-Unf.	Erkr. mit Arbeitsfähigkeit	Erkr. mit Arb.-Unf.	Erkr. mit Arbeitsfähigkeit
Wirkwarenerzeuger	41,58	55,98	—	—
Kunstblumenerzeuger	29,38	40,86	—	—
Gürtler	43,95	44,26	33,84	38,49
Chem. Putzer u. Appreteure	38,19	42,33	49,92	49,87
Posamentierer	36,10	41,82	36,92	49,27
Buchbinder	35,96	45,84	35,40	49,29
Zuckerbäcker	41,94	44,54	32,44	50,65
Kleidermacher	24,98	34,77	33,03	45,86
Buchdrucker	46,78	78,58	44,98	70,02
Mechaniker	—	—	39,19	37,91
Drechsler	—	—	41,99	33,48
Tapezierer	—	—	36,21	44,10
Tischler	—	—	45,86	43,09
Bäcker	—	—	35,16	38,48
Friseure	—	—	29,38	44,23
Hutmacher	—	—	40,00	48,91
Kürschner	—	—	37,26	74,99
Schuhmacher	—	—	37,30	34,70
Glaser	—	—	33,33	34,66
Spengler	—	—	44,34	36,45
Zimmerleute	—	—	55,96	36,55
Zimmermaler	—	—	72,48	55,91
Lithographen	—	—	39,62	63,64

Zimmermaler, Zuckerbäcker, Buchbinder, Posamentierer erkranken häufig, während Schuhmacher, Glaser, Spengler und Zimmerleute nur eine geringe Krankheitshäufigkeit zeigen. Gerade an diesem Beispiel sieht man am besten, daß die allgemeine Krankheitshäufigkeit, die sich aus den Fällen mit und ohne Arbeitsfähigkeit zusammensetzt, aus zwei sehr verschiedenartigen Komponenten gebildet wird. Denn die Krankheitsfälle mit und ohne Erhaltung der Arbeitsfähigkeit stehen nicht in demselben gesetzmäßigen Verhältnis bei allen Berufen zueinander. In manchen Berufen ist die Krankheitshäufigkeit beide Male hoch (Zimmermaler), bald überwiegt die eine oder die andere Art. Diese Erscheinung rührt daher, daß der Beruf einen sehr verschiedenartigen Einfluß auf die Krankheitshäufigkeit hat. Einmal bringt die Berufswahl eine ganz bestimmte Auslese mit sich. Zum Beruf eines Schmiedes, eines Schlossers, eines Schlächters drängen sich nur Leute, die über gewisse Körperkräfte und einen guten Gesundheitszustand verfügen. Umgekehrt ergreifen Personen, die schwächlich oder kränklich sind, häufig Berufe, die keine so hohen Anforderungen an die Körperkraft stellen, z. B. den Beruf eines Schreibers, eines Schneiders, eines Barbiers. Die einzelnen Berufsarten enthalten somit ein recht verschiedenartiges Menschenmaterial, wenn man nur den Gesundheits- und Kräftezustand berücksichtigt. Die Anforderungen des Berufs bringen ferner eine Lebensweise mit sich, die gewissen Krankheiten Vorschub leistet. Die Metzger müssen z. B. früh aufstehen und angestrengt arbeiten, sie müssen im Gebrauch ihrer scharfge-

schliffenen Messer sehr vorsichtig und dabei auch wieder gewandt sein. Infolgedessen sind sie gezwungen, sich große Mäßigkeit im Genuß alkoholischer Getränke aufzuerlegen. Bei Metzgern sind Krankheiten auf alkoholistischer Basis daher außerordentlich selten. Andererseits gibt die reichliche Ernährung, die den jungen Leuten als Lehrlingen oder Gesellen zugeführt wird, dazu Veranlassung, die Freuden des Geschlechtsgenusses sich öfter zuzuführen. Der Umgang mit dem Publikum im Laden begünstigt diese Neigung, die dann in gesundheitlicher Beziehung eine erhebliche Krankheitshäufigkeit an Geschlechtskrankheiten bei den Metzgern zur Folge hat. Auch bei den Kellnern sind Geschlechtskrankheiten häufig, man wird aber ohne weiteres einsehen, daß bei ihnen ganz andere Einflüsse wirksam sind, und daß hier gerade der Alkoholgenuß häufig von Bedeutung ist. In den Gewerben wieder, wo die Arbeit in einer engen Werkstatt, wie bei den Schreinern, oder häufig gar in der Wohnung des Meisters, wie bei den Schneidern, verrichtet wird, spielt sich der größte Teil des Lebens für solche Berufsgruppen in derartigen Räumen ab. Diese Räume entsprechen vielfach aber nicht den geringsten Anforderungen der Gesundheitspflege. Meist findet man in den Schneiderwerkstätten eine heiße, dumpfe Luft. Gelüftet wird selten. Der Körper wird dadurch verzärtelt und empfindlich gegen Kälte; die Folge davon ist, daß nun erst recht die Lüftung unterbleibt, besonders im Winter. So kommt es, daß die an sich schon häufig wenig widerstandsfähigen Personen durch die Art der Beschäftigung und die Lebenshaltung noch weiter in ihrer Widerstandsfähigkeit geschwächt werden. Vielfach ist wieder die Ernährung recht ungenügend, eine Erscheinung, die sich besonders bei den jungen Mädchen in Konfektionsgeschäften usw. bemerkbar macht. Der geringe Lohn wird für Kleidung und Hüte angelegt, der Rest für Vergnügungen verausgabt. An Stelle eines ordentlichen Mittagessens und vernünftiger Mahlzeiten ist dann Kaffee die Hauptnahrung, so daß die Ernährung in kurzer Zeit Not leidet.

Die einzelnen Berufe sind nun aber nicht überall denselben Schädlichkeiten unterworfen. Auch bei ihnen bestehen recht verschiedene Lebensbedingungen. Als Schlosser z. B. werden nicht nur diejenigen Personen bezeichnet, die bei einem Meister in Arbeit stehen, sondern auch diejenigen, die in einer Fabrik tätig sind. Die handwerksmäßige Betätigung unterscheidet sich aber außerordentlich von der fabrikmäßigen, und in den Fabriken sind die Verhältnisse auch wieder ganz verschieden je nach der Größe der Anlage. Je größer die Fabrik ist, umsomehr ist im allgemeinen den Anforderungen in bezug auf allgemeine Hygiene und Arbeitszeit Rechnung getragen, je kleiner der Betrieb ist, umso häufiger bestehen in dieser Beziehung Mißstände. Andererseits führt die ausgedehnte Spezialisierung in den großen Fabriken zu einer schematischen Ausübung der Beschäftigung, die infolge ihrer Eintönigkeit zu einer gewissen Gleichgültigkeit gegenüber den besonderen Gefahren des Berufs und gegenüber der Unfallgefahr führt.

Eine und dieselbe Krankheit wird ferner je nach dem Berufe, der in Frage kommt, zu einer recht verschiedenen Krankheitshäufigkeit führen. Ein Geschwür an der Lippe wird zum Beispiel einen Orchestermusiker, der ein Blasinstrument spielt, derartig behindern, daß er sich krank meldet, während dasselbe Leiden bei einem Tischler, Barbier usw. nicht viel auf sich hat. Äußere Augenerkrankungen pflegen im allgemeinen keine Arbeitsunfähigkeit nach sich zu ziehen, während ein Mechaniker durch eine verhältnismäßig harmlose Augenbindehautentzündung genötigt ist, ärztliche Hilfe in An-

spruch zu nehmen. Eine Hautflechte im Gesicht wird bei Personen, die mit dem Publikum zu tun haben, wie Barbiere, Kaufleute usw., eine ganz andere Bedeutung haben als bei Personen, die ihre Arbeit für sich verrichten. Ein Herzleiden kann bei Leuten mit schwerer körperlicher Arbeit Beschwerden machen, dieselbe Krankheit würde dagegen einen Schreiber vielleicht überhaupt nicht belästigen. Eine ganze Anzahl von ziemlich leichten Erkrankungen werden im gesamten Baugewerbe als lästig empfunden, die in andern Berufen kaum zu einer Beeinträchtigung des körperlichen Wohlbefindens führen. So kommt es, daß das Baugewerbe, das allerdings viele Schädlichkeiten mit sich bringt, infolge des letztgenannten Umstands überall eine besondere Krankheitshäufigkeit zeigt.

Viele Berufe bringen spezifische Schädigungen mit sich und führen zu besonderen Berufs- oder Gewerbekrankheiten, auf die ich noch im 28. Kapitel eingehe.

Es gibt somit eine Reihe von Ursachen, die für die verschiedene Krankheitshäufigkeit der einzelnen Berufe maßgebend sind, und weitere Ursachen, die sogar die Krankheitshäufigkeit in ein und demselben Beruf verschiedenartig beeinflussen.

Schon bei der Krankheitshäufigkeit nach Berufen haben wir gesehen, daß ein Leiden verschiedene Bedeutung hat, je nachdem es die Arbeitsfähigkeit stört oder nicht. Die gesamte Krankheitshäufigkeit wird nun erheblich beeinflußt durch die Krankheitsfälle, die mit Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit einhergehen. Eine Reihe von Ursachen der allgemeinen Krankheitshäufigkeit sind hauptsächlich Ursachen der Krankheitsfälle mit Arbeitsunfähigkeit. Hierher gehören der Einfluß der Lohnklasse, des Arbeitsmarkts, der Kassensatzungen, der ärztlichen Versorgung, der Krankenkontrolle und der Größe der Kassen. Es wird somit zweckmäßig sein, diese Ursachen bei der Besprechung der Krankheitsfälle mit Arbeitsunfähigkeit näher zu beleuchten.

Die Krankheitsfälle, die mit Arbeitsunfähigkeit einhergehen, haben für die Krankenkassen eine ganz besondere praktische Bedeutung, da nur für sie die Zahlung des Krankengeldes in Betracht kommt. Die Kosten für das Krankengeld machen aber den hauptsächlichsten Faktor bei den Gesamtunkosten aus. Die Krankheitskosten betrugen bei allen Krankenkassen zusammen im Jahre 1910 rund 320 Millionen Mark. Hiervon entfielen fast 136 Millionen Mark allein auf die Ausgaben für Krankengelder, während die ärztliche Behandlung nur 76 Millionen Mark und die Arzneiversorgung 48 Millionen Mark kostete. Die Krankheitsfälle, für die Krankengeld bezahlt werden muß, haben sogar so sehr das alleinige Interesse auf sich gelenkt, daß die Statistik für die Krankenversicherung, die im Kaiserlichen Statistischen Amt bearbeitet wird, überhaupt nur die Krankheitsfälle registriert, die mit Arbeitsunfähigkeit verbunden sind. Die meisten Krankenkassen machen auch in ihren Jahresberichten keine Angaben über die Krankheitsfälle mit Arbeitsfähigkeit, so daß man für die Beurteilung der gesamten Krankheitshäufigkeit nur auf die Berichte einiger weniger Kassen sich stützen kann und somit auch nur einen gewissen Ausschnitt gewinnt. Die Krankheitsfälle mit Arbeitsfähigkeit sind aber durchaus nicht so gleichgültig, wie man vielleicht nun denken sollte. Denn ein großer Teil der Krankheitsfälle führt erst nach einer gewissen Dauer zur Arbeitsunfähigkeit, hat aber schon vorher die Krankenkasse belastet. Es ist ferner nicht einzusehen, warum die Krankheitsfälle mit Arbeitsfähigkeit, die doch einen großen Prozentsatz der Krank-

heitskosten verursachen, nicht derartig verfolgt werden, daß man einen Überblick darüber bekommen kann. Bei der Kranken- und Begräbniskasse des Kaufmännischen Vereins zu Magdeburg, Ersatzkasse, z. B. entfielen 1910 von den Krankheitskosten an

Arzthonorar:

15 206 M. auf arbeitsunfähige, dagegen 26 272 M. auf arbeitsfähige Kranke,

Arznei usw.:

6 958 M. auf arbeitsunfähige, dagegen 12 484 M. auf arbeitsfähige Kranke.

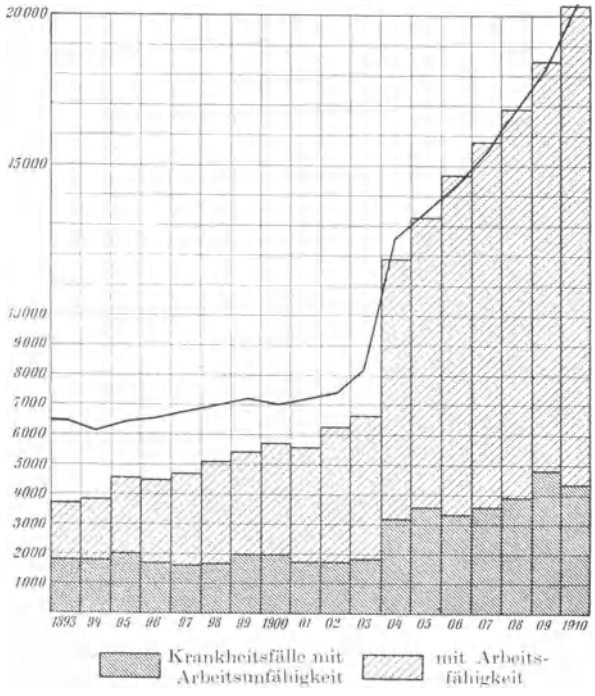


Fig. 9. Krankheitsfälle mit und ohne Arbeitsfähigkeit bei Männern.
Kranken- und Begräbniskasse des Vereins für Handlungskommis 1858. Ersatzkasse.

Bei der jetzigen Sachlage ist man jedenfalls darauf angewiesen, sich mit den wenigen vorliegenden Mitteilungen zu begnügen und sich daraus ein Bild zu machen. Zunächst interessiert das Verhältnis von Arbeitsfähigkeit und Arbeitsunfähigkeit bei den Krankheitsfällen im allgemeinen. Ich möchte dafür zwei Beispiele bringen. Auf dem Schaubild (Fig. 9) ist die gesamte Krankheitshäufigkeit bei einer kaufmännischen Ersatzkasse während der Jahre 1893—1910 dargestellt. Es handelt sich hierbei um einen Personenkreis, der in der ganzen Zeit dieselbe Zusammensetzung zeigte und ausschließlich aus Männern besteht. Die Krankheitsfälle der einzelnen Jahre sind als Säulen dargestellt, deren Basis von den Krankheitsfällen mit Arbeitsunfähigkeit gebildet wird, die Mitgliederzahl ist durch eine Kurve wiedergegeben. Man sieht nun, daß die Gesamtzahl der Krankheitsfälle in den ersten Jahren geringer ist als die Zahl der Mitglieder, daß aber vom Jahre 1905 ab beide sich ungefähr die Wage halten. Wenn also die Krankheits-

häufigkeit auch etwas zugenommen hat, so ist doch diese Zunahme nicht erheblich. Diese Zunahme wird aber hauptsächlich bedingt durch die Krankheitsfälle mit Arbeitsfähigkeit, deren Säulenanteil viel schneller zunimmt. Die einzelnen Säulen zeigen, daß die Fälle mit Arbeitsfähigkeit den Löwenanteil der gesamten Krankheitshäufigkeit haben. Zuletzt stehen z. B. 15 894 Fälle mit Arbeitsfähigkeit nur 4377 mit Arbeitsunfähigkeit gegenüber, also mehr als dreimal soviel. Man könnte nun einwenden, daß hier Verhältnisse vorliegen, die für die allgemeine Krankenversicherung nicht maßgebend sind, da es sich um eine Ersatzkasse und ausschließlich um Männer handelt. Jedoch ist das nicht zutreffend, wie sich sogleich zeigen wird. Bei der genannten Ersatzkasse ist nur die allgemeine Krankheitshäufigkeit geringer als sonst in der Krankenversicherung, was durch die Art des Mitglieder-

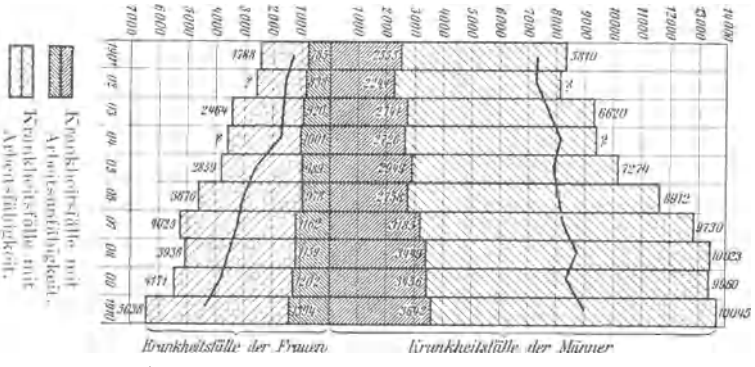


Fig. 10. Entwicklung der allgemeinen Krankheitshäufigkeit bei der O. K. K. Stadt Gera.

materials bedingt ist, da Kaufleute überhaupt nur eine geringe Krankheitshäufigkeit haben. Ich möchte nun weiter auf das Schaubild (Fig. 10) hinweisen, das die Entwicklung der Krankheitshäufigkeit bei einer Ortskrankenkasse, und zwar bei der Ortskrankenkasse der Stadt Gera, zeigt. Der Mitgliederbestand dieser Kasse ist aus Männern und Frauen zusammengesetzt. Es ist in der Abbildung nach Männern und Frauen geschieden. Die Säulen stellen wieder die gesamte Krankheitshäufigkeit in absoluten Zahlen dar. Sie bringen im unteren Teile die Fälle mit Arbeitsunfähigkeit, im oberen Teil die Fälle mit Arbeitsfähigkeit. Die Kurven geben die Entwicklung des Mitgliederbestandes wieder und zeigen, daß die Zahl der weiblichen Mitglieder viel stärker zugenommen hat als die Zahl der männlichen Mitglieder. Bei den Männern sowohl als bei den Frauen ist nun die Gesamtzahl der Krankheitsfälle größer als die Mitgliederzahl. Auch hier ist der Anteil der Fälle mit Arbeitsfähigkeit viel größer als der Anteil der Fälle mit Arbeitsunfähigkeit. Bei den Frauen stehen zuletzt 5 038 Fälle mit Arbeitsfähigkeit nur 1 394 Fällen mit Arbeitsunfähigkeit gegenüber und bei den Männern entsprechend 10 045 Fälle gegenüber 3642. Auch bei dieser Krankenkasse wird die Zunahme der gesamten Krankheitshäufigkeit fast ausschließlich durch die Zunahme der Fälle mit Arbeitsfähigkeit bedingt, während die absoluten Zahlen der Fälle mit Arbeitsunfähigkeit, besonders bei den Frauen, in erstaunlicher Weise trotz der Mitgliederzunahme konstant bleiben. Aus beiden Schaubildern geht hervor, daß das Überwiegen der Fälle mit Erhaltung der Arbeitsfähigkeit bei der gesamten Krankheitshäufigkeit im Laufe der Jahre konstant bleibt, und

daß hierbei ein Zufall ausgeschlossen ist. Das nächste Schaubild (Fig. 11) zeigt nun, daß bemerkenswerte Unterschiede bei den einzelnen Kassen und Kassenarten hinsichtlich der gesamten Krankheitshäufigkeit und ihrer Zusammensetzung aus den beiden Komponenten bestehen. Man erkennt, daß die gesamte Krankheitshäufigkeit auf 100 Mitglieder zwischen 100 und 177 Krankheitsfällen schwankt, und daß die niederen Ziffern bei den Ersatzkassen und Betriebskrankenkassen, die hohen Ziffern vorzugsweise bei den Ortskrankenkassen zu finden sind. Bei den Krankheitsfällen mit Arbeitsunfähigkeit

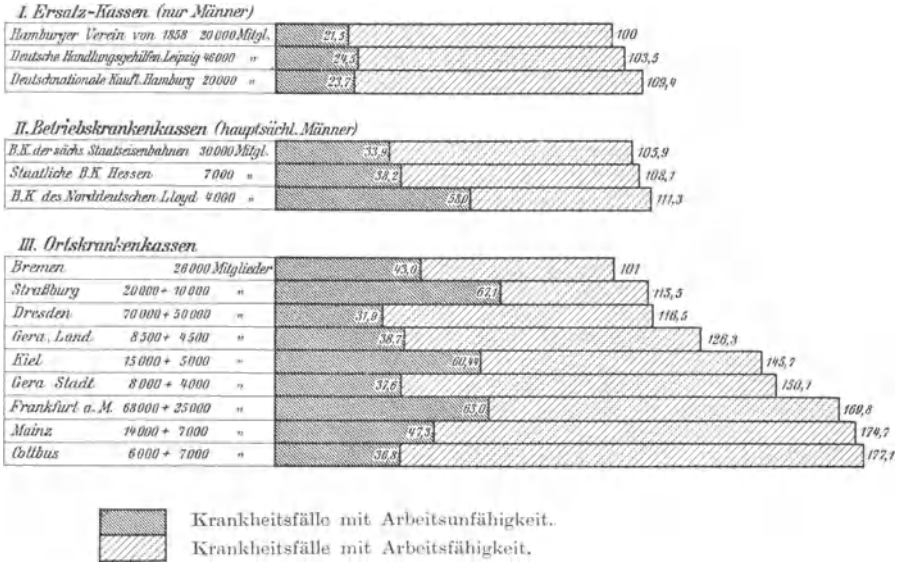


Fig. 11. Allgemeine Krankheitshäufigkeit bei verschiedenen Krankenkassen 1910.

besteht dagegen diese Reihenfolge nicht. Denn hier kamen im Jahre 1910 auf 100 Mitglieder

bei den Ersatzkassen . . . . 34,9 Krankheitsfälle mit Arbeitsunfähigkeit,
bei den Ortskrankenkassen. . 40,9 „ „ „
bei den Betriebskrankenkassen 45,9 „ „ „

Die Ortskrankenkassen zeichnen sich somit dadurch aus, daß bei ihnen vorzugsweise viel Fälle mit Arbeitsfähigkeit vorkommen.

Wir wenden uns nunmehr zu den Krankheitsfällen mit Arbeitsunfähigkeit, für deren Auftreten eine Anzahl von besonderen Umständen maßgebend sind. Die Verhältnisse liegen nicht etwa so, daß die Fälle mit Arbeitsfähigkeit die leichteren, die mit Arbeitsunfähigkeit die schwereren sind, sondern verschiedene Gründe sind im Spiele, um hier nach mehreren Richtungen modifizierend einzuwirken. Auf die besondere Krankheitshäufigkeit der freiwilligen Mitglieder, die naturgemäß vor allem bei den Krankheitsfällen mit Arbeitsunfähigkeit sich bemerkbar macht, habe ich bereits hingewiesen. Auch das Geschlecht übt einen besonderen Einfluß aus. Aus der nebenstehenden Tabelle (S. 159), die die Krankheitshäufigkeit in verschiedenen Krankenkassen nach dem Geschlecht berücksichtigt, erkennt

Allgemeine Krankheitshäufigkeit nach dem Geschlecht in einigen Krankenkassen 1908—1910.

		1903			1909			1910		
		Männer	Frauen	insgesamt	Männer	Frauen	insgesamt	Männer	Frauen	insgesamt
O. K. K. Straßburg. 30000 Mitglieder, 20000 männl., 10000 weibl.	Krankheitsfälle . .	**119,3**	**91,5**	**109,5**	**126,5**	**100,1**	**117,3**	**123,8**	**100,1**	**115,5**
	davon mit Arbeitsunfähigkeit . . .	*77,7*	*48,4*	*65,5*	*82,5*	*51,9*	*71,8*	*76,1*	*50,9*	*67,1*
O. K. K. Dresden. 120000 Mitglieder, 70000 männl., 50000 weiblich.	Krankheitsfälle . .	**128,9**	**136,6**	**132,2**	**116,4**	**127,1**	**120,9**	**112,2**	**122,3**	**116,5**
	davon mit Arbeitsunfähigkeit . . .	*35,3*	*32,2*	*33,9*	*34,3*	*28,9*	*30,7*	*31,8*	*31,9*	*31,9*
O. K. K. Gera-Stadt. 12000 Mitglieder, 8000 männl., 4000 weibl.	Krankheitsfälle . .	**154,9**	**140,3**	**151,5**	**155,5**	**140,0**	**152,4**	**151,5**	**147,2**	**150,1**
	davon mit Arbeitsunfähigkeit . . .	*38,6*	*32,3*	*37,6*	*40,7*	*31,3*	*37,8*	*40,3*	*31.9*	*37,6*
O. K. K. Frankfurt a. M. 93000 Mitglieder, 68000 männl., 25000 weibl.	Krankheitsfälle . .	**158,3**	**171,5**	**162,1**	**151,4**	**200,8**	**164,9**	**158,0**	**217,1**	**169,8**
	davon mit Arbeitsunfähigkeit . . .	*66,6*	*61,3*	*65,1*	*59,1*	*67,7*	*61,47*	*60,0*	*71,1*	*63,0*
O. K. K. Kottbus. 13000 Mitglieder, 6000 männl., 7000 weibl.	Krankheitsfälle . .	—	—	—	**183,0**	**172,1**	**177,2**	**183,6**	**171,5**	**177,1**
	davon mit Arbeitsunfähigheit . . .	—	—	—	*43,62*	*32,45*	*37,8*	*41,25*	*31,59*	*36,8*
Betriebsk. der sächs. Staats-Eisenbahnen. 30000 Mitglieder, davon 900 Frauen.	Krankheitsfälle . .	—	—	—	—	—	—	**107,8**	**41,7**	**105,9**
	davon mit Arbeitsunfähigkeit . . .	—	—	—	—	—	—	*34,2*	*23,9*	*33,9*
Ersatzkasse Handlungsgehilfen Leipzig. 46000 männl. Mitglieder.	Krankheitsfälle . .	**105,0**	—	**105,0**	**100,3**	—	**100,3**	**103,5**	—	**103,5**
	davon mit Arbeitsunfähigkeit . . .	*26,1*	—	*26,1*	*24,7*	—	*24,7*	*24,1*	—	*24,1*
Ersatzkassse Handlungskommis Leipzig 1858. 20000 männl. Mitglieder	Krankheitsfälle . .	**100,2**	—	**100,2**	**100,0**	—	**100,0**	**100,0**	—	**100,0**
	davon mit Arbeitsunfähigkeit . . .	*23,3*	—	*23,3*	*22,4*	—	*22,4*	*21,5*	—	*21,5*
Ersatzkasse Deutschnationale Kaufleute Hamburg. 20000 männl. Mitglieder.	Krankheitsfälle . .	**140,9**	—	**140,9**	**114,5**	—	**114,5**	**109,4**	—	**109,4**
	davon mit Arbeitsunfähigkeit . . .	*27,2*	—	*27,2*	*25,5*	—	*25,5*	*23,7*	—	*23,7*

man, daß die gesamte Krankheitshäufigkeit, und auch die mit Arbeitsunfähigkeit, im allgemeinen bei den Männern höhere Werte zeigt als bei den Frauen. Jedoch bilden Dresden und Frankfurt a. M. bemerkenswerte Ausnahmen. In Dresden erkranken auch überwiegend die Männer mit Arbeitsunfähigkeit. Nur Frankfurt zeigt hier ein ganz abweichendes Verhalten. In der allgemeinen Krankheitsstatistik des Statistischen Amtes sind die Krankheitsfälle mit Arbeitsunfähigkeit bei den Männern 1,2 mal so häufig als bei den Frauen. Auf 100 männliche Mitglieder kamen 38,6, auf 100 weibliche Mitglieder 32,6 Krankheitsfälle mit Arbeitsunfähigkeit. Wir werden später sehen, daß diese Erscheinung durch eine längere Krankheitsdauer ausgeglichen wird. Die Frauen erkranken im allgemeinen seltener als die Männer, wenn sie aber einmal krank sind, dauert in der Regel auch die Krankheit länger. Man erklärt sich das so, daß die Frauen an sich weniger geneigt sind, im Erkrankungsfall sich an den Arzt zu wenden. Sie scheuen auch vielfach die Untersuchung. Sie begnügen sich häufig mit Hausmitteln und warten ab, ob der krankhafte Zustand sich nicht von selber bessert. Dadurch werden viele Krankheitsfälle verschleppt und bedürfen hinterher längerer Zeit zur Heilung. Bei den Krankheitsfällen mit Arbeitsunfähigkeit kommt aber noch eins hinzu, worauf gleich später noch näher einzugehen ist. Im allgemeinen sind nämlich die Frauen viel geringer gelohnt als die Männer. Infolgedessen macht sich bei ihnen dieselbe Erscheinung bemerkbar wie überhaupt bei den geringer bezahlten Lohnklassen.

Über den Einfluß des Berufs auf die allgemeine Krankheitshäufigkeit habe ich bereits gesprochen. Die Krankheitshäufigkeit der Fälle mit Arbeitsunfähigkeit unterliegt diesem Einfluß in besonderer Weise, da ein und dasselbe Leiden, wie ich schon erwähnte, in dem einen Beruf arbeitsunfähig macht, in dem anderen nicht. Besonders zu erwähnen ist noch, daß die Gelegenheits- und unständigen Arbeiter (Nichtvollmitglieder) sich gegenüber den ständigen Arbeitern durch eine hohe Erkrankungshäufigkeit auszeichnen. Sie sind einmal sozial tieferstehend, rekrutieren sich dann aber auch häufig aus kränklichen und schwächlichen Personen, worauf sogleich noch bei dem Einfluß der Lohnhöhe auf die Krankheitshäufigkeit zurückzukommen ist. Im Jahre 1896 kamen nach den Frankfurter Krankheitstabellen auf je 100 durchschnittliche Mitglieder Erkrankungen mit Arbeitsunfähigkeit

Vollmitglieder	32,6
Nichtvollmitglieder	47,3.

Bemerkenswert ist der Einfluß der Lohnhöhe auf die Zahl der Krankheitsfälle mit Arbeitsunfähigkeit. Einen gewissen Maßstab dafür hat man in den verschiedenen Beitragsklassen, die bei den meisten Krankenkassen vorgesehen sind. Jede Beitragsklasse entspricht dann einer bestimmten Lohnklasse, und der Vergleich muß zeigen, ob in den verschiedenen Lohnklassen Unterschiede der Krankheitshäufigkeit bestehen. Tatsächlich sind die Unterschiede, soweit wenigstens die Krankheitsfälle mit Arbeitsunfähigkeit in Betracht kommen, recht erheblich. Bei der ungleichmäßigen Handhabung der Statistik seitens der einzelnen Krankenkassen ist man nur auf die Ergebnisse weniger Kassen angewiesen. Auch diese Ergebnisse sind nicht mit einander identisch, da ein Arbeitsverdienst von 3 M. beispielsweise in Berlin eine ganz andere Bedeutung haben muß als etwa in Königsberg oder in Straßburg i. E. Es wird auch darauf ankommen, ob es sich um eine industrielle Gegend handelt, oder ob der Ackerbau vorwiegt, ob Heimarbeiter mitver-

sichert sind, ob die Ledigen oder die Verheirateten unter den Versicherten überwiegen, welchen Anteil die Frauen an dem Mitgliederbestande haben usw. Wenn eine Krankenkasse hauptsächlich Kaufleute umfaßt, wird zwar die Lohnhöhe größer sein als bei einer Kasse mit reiner Arbeiterschaft, die Anforderungen an den Lebensunterhalt werden aber auch größer sein, so daß bei gleicher Lohnhöhe ein Arbeiter wirtschaftlich besser besteht als der Kaufmann. Zwei Krankenkassen werden darum auch hinsichtlich der Ergebnisse, die aus dem Verhältnis von Lohnhöhe und Krankheit entstehen, differieren. Ich will für den Einfluß der Lohnhöhe auf die Krankheitshäufigkeit ein Beispiel geben. Es handelt sich dabei um die Ortskrankenkasse für den Gewerbebetrieb der Kaufleute, Handelsleute und Apotheker in Berlin. Die Krankheitsfälle mit Arbeitsunfähigkeit sind für den Durchschnitt der Jahre 1909—1911 getrennt für Männer und Frauen nach Lohnklassen in Kurvenform dargestellt, so wie sie sich nach den Berichten der Krankenkasse der Kaufleute zu Berlin auf die einzelnen Beitragsklassen verteilten (Fig. 12). Des Vergleichs halber sind die Fälle immer auf 100 Mitglieder der betreffenden Beitragsklasse berechnet. Bei dieser Berliner Krankenkasse sind, wie sich aus der gleichfalls beigefügten Tabelle ergibt, die nähere Details bringt, stets mehr Krank-

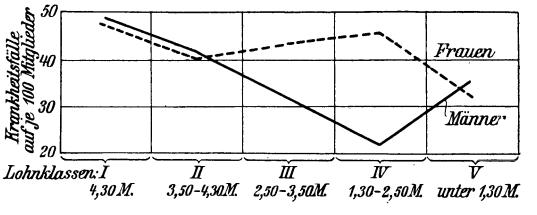


Fig. 12. Allgemeine Krankheitshäufigkeit (mit Arbeitsunfähigkeit) nach Lohnklassen.

Allgemeine Krankheitshäufigkeit, mit Arbeitsunfähigkeit verbunden, bei der O. K. K. der Kaufleute usw. zu Berlin nach Lohnklassen.

I. Männer.

Lohnklasse	Mitgliederbestand Ende 1910		Krankheitsfälle				
			absolut	auf je 100 Mitglieder			
	absolut	in Proz.	1910	1909	1910	1911	Durchschn. 1909—1911
I. 4,30 M. u. mehr	24 980	34,12	11 823	49,5	47,3	50,4	49,0
II. 3,50—4,30 M. .	17 368	23,72	6 957	42,6	40,0	43,2	41,9
III. 2,50—3,50 M. .	15 206	20,77	4 568	31,0	30,0	32,1	31,0
IV. 1,30—2,50 M. .	10 498	14,32	2 269	22,4	21,6	23,1	22,4
V. unter 1,30 M. .	5 177	7,07	1 708	36,0	33,0	37,5	35,5
Summa	73 229	100,00	27 325	38,6	37,3	40,4	38,8

II. Frauen.

Lohnklasse	Mitgliederbestand Ende 1910		Krankheitsfälle				
			absolut	auf je 100 Mitglieder			
	absolut	in Proz.	1910	1909	1910	1911	Durchschn. 1909—1911
I. 4,30 M. u. mehr	3 027	5,77	1 488	48,4	49,1	48,4	48,6
II. 3,50—4,30 M. .	4 602	8,77	1 872	37,2	40,6	43,4	40,4
III. 2,50—3,50 M. .	14 853	28,31	6 303	40,9	42,4	74,6	43,6
IV. 1,30—2,50 M. .	19 754	37,66	7 961	40,6	50,7	44,1	45,1
V. unter 1,30 M. .	10 227	19,49	3 145	30,6	30,7	33,0	31,4
Summa	52 463	100,00	20 769	38,8	39,59	43,2	40,5

heitsfälle bei den Frauen zu verzeichnen als bei den Männern. Aus dem Schaubild ergibt sich nun, daß dieses Verhältnis durchaus nicht bei allen Lohnklassen besteht, sondern nur bei zwei Lohnklassen von den fünf vorhandenen. Diese beiden Lohnklassen enthalten aber dauernd mehr als 55 % der überhaupt versicherten Frauen. Würde dieses Prozentverhältnis sich einmal ändern, so würde dem entsprechend die gesamte Krankheitshäufigkeit der Frauen noch weiter steigen, wenn das Prozentverhältnis steigt, oder unter die Krankheitshäufigkeit der Männer sinken, wenn der Prozentanteil heruntergeht. Die Kurve der Männer verläuft fast entgegen gesetzt wie die der Frauen. Bei den Männern ist bei hohem Arbeitsverdienst die Krankheitshäufigkeit sehr hoch, je niedriger der Arbeitsverdienst ist, desto geringer wird die Anzahl der Krankheitsfälle mit Arbeitsunfähigkeit, nur bei der geringsten Lohnklasse steigt die Zahl der Krankheitsfälle. Die Lohnhöhe kann nach zwei Richtungen auf die Krankheitshäufigkeit einen Einfluß haben. Je geringer der Lohn ist, desto schlechter müssen im allgemeinen die wirtschaftlichen Verhältnisse sein, umso geringer ist die Lebenshaltung, umso schlechter die Ernährung, umso geringer auch die Widerstandskraft. Die Krankheitshäufigkeit müßte demnach mit sinkender Lohnhöhe zunehmen und bei der geringsten Beitragsklasse am höchsten sein. Die Kurve würde auch derartig verlaufen, wenn sie die gesamte Krankheitshäufigkeit nach Lohnklassen darstellte. Derartige statistische Feststellungen existieren nun nicht. Wenn überhaupt, so wird stets nur die Zahl der mit Arbeitsunfähigkeit verbundenen Krankheitsfälle nach Lohnklassen festgestellt. Für den Verlauf unserer Kurve bei den Männern muß also die zweite Art, die auf die Krankheitshäufigkeit einwirkt, bestimmend sein. Wenn ein Familienvater 3 M. pro Tag verdient, so ist der Unterhalt der Familie auf diesen Arbeitsverdienst eingestellt. Wenn der Mann erkrankt, so sinkt die tägliche Einnahme der Familie auf 1,50 M., unter der Voraussetzung, daß die Hälfte des Arbeitsverdienstes als Krankengeld gewährt wird. Für eine Familie ist es nun überaus schwer mit 1,50 M. auszukommen, vielleicht kann die Frau etwas dazu verdienen, vielleicht sind auch Ersparnisse da, jedenfalls wird der Mann nicht länger krank bleiben, als unbedingt nötig ist, und wenn er es aushalten kann, wird er sich wohl krank, aber nicht arbeitsunfähig melden. Ist nun der Arbeitsverdienst noch geringer als 3 M., so ist im Erkrankungsfall der Notstand noch größer, man wird es sich noch mehr überlegen, sich arbeitsunfähig schreiben zu lassen. Ganz anders liegen die Verhältnisse, wenn der Familienvater 5 M. verdient. Mit einem Krankengeld von 2,50 M. kann der Haushalt auch nicht in derselben Weise geführt werden wie sonst, aber vor Not und Entbehrungen ist man geschützt. Der Kranke wird darum auch keine Bedenken haben, sich arbeitsunfähig zu melden und so lange zu warten, bis er sich wirklich arbeitsfähig fühlt. Es geht daraus hervor, daß die Lohnhöhe nicht nur die Häufigkeit, sondern noch vielmehr die Dauer der Krankheitsfälle mit Arbeitsunfähigkeit beeinflußt. Der ungünstige Einfluß des geringen Lohns äußert sich nun darin, daß der Arme sich nicht genügend schonen und die Krankheit ordnungsgemäß behandeln lassen kann. Die Folge davon ist, daß die Sterblichkeit im umgekehrten Verhältnis zur Wohlhabenheit steht, daß also von je 100 Personen mit verschiedenem Einkommen die reicheren eine geringere, die ärmeren eine größere Sterblichkeit zeigen. Aber schon im Leben macht sich der ungünstige Einfluß des geringen Einkommens bemerkbar. Ein Mann, der sich nicht genügend im Krankheitsfall schonen

kann, wird seine Heilung nicht abwarten. Die Folge davon ist, daß er nicht soviel leisten kann als gesunde Personen. Er wird darum mit leichterer Arbeit vorlieb nehmen müssen. Diese wird aber geringer bezahlt. Nun ist eine Schonung noch weniger möglich, die Leistungsmöglichkeit wird immer geringer. Der Mann kommt schließlich auf der geringsten Lohnklasse an. Noch leichtere Arbeit gibt es nicht, er muß sich also krank melden und die Arbeit einstellen. Die 60 oder 70 Pf. Krankengeld zwingen aber bald wieder, die Arbeit aufzunehmen. Bald ist es wieder mit der Leistungsfähigkeit zu Ende, es folgt erneute Krankmeldung, baldige Wiederaufnahme der Arbeit usw. Dadurch entsteht eine Häufung der Krankheitsfälle, die sich auch statistisch bemerkbar machen muß. Ob in unserer Kurve die Steigerung bei der letzten Lohnklasse durch ähnliche Verhältnisse bedingt ist, kann ich nicht sagen, da 95 % der Angehörigen dieser niedrigsten Beitragsklasse unter 20 Jahren sind. Es handelt sich danach meistens um Lehrlinge, die zwar gering bezahlt sind, aber bei ihren Eltern wohnen und im Erkrankungsfalle wohl meist gegen Not geschützt sind. Im allgemeinen wird aber immer die Krankheitshäufigkeit umso geringer sein, je geringer der Lohn ist, und je größer die Familie ist. Schon hieraus geht hervor, daß die geringe Lohnhöhe nicht einen solchen Einfluß haben wird, wenn ein höheres Krankengeld als die Hälfte des Arbeitsverdienstes bezahlt wird. Auch dann, wenn ein großer Teil der schlechter bezahlten Kassenmitglieder nicht verheiratet ist, wird der krankheitsmindernde Einfluß des geringen Einkommens fortfallen. Hauptsächlich aus dem letzten Grunde verläuft die oben abgedruckte Kurve bei den Frauen ganz anders. Sie haben meist nicht für eine Familie zu sorgen, sondern stehen für sich allein; denn die Zahl der verheirateten weiblichen Pflichtmitglieder der Kassen ist unbedeutend. Infolgedessen kommt bei den Frauen auch nur der krankheitssteigernde Einfluß des geringeren Einkommens zum Ausdruck. Erst in der niedrigsten Beitragsklasse kommt es wieder zu einer Häufung von Krankheitsfällen.

Der Einfluß, den die Lohnhöhe auf die Krankheitshäufigkeit und auch, um dies vorweg zu nehmen, auf die Krankheitsdauer hat, wird aufgehoben oder bei den höheren Lohnklassen verstärkt, wenn der Versicherte ein Anrecht auf einen Krankengeldzuschuß hat. Ein solcher Krankengeldzuschuß kommt einmal bei Doppelversicherung in Betracht, sodann bei der gewerkschaftlichen Unterstützung. Seit einigen Jahren gewähren der Deutsche Metallarbeiterverband, der Deutsche Holzarbeiterverband, der Verband der Handels- und Transportarbeiter ihren Mitgliedern besondere Krankenunterstützung. Das erkrankte Mitglied hat also im Krankheitsfalle dann von zwei Seiten, bei Doppelversicherung sogar von drei Seiten, eine pekuniäre Unterstützung, die nicht nur die Lohnhöhe an sich erreichen, sondern unter Umständen sogar darüber hinausgehen kann. So sehr es in einer Weise zu begrüßen ist, daß der Versicherte gegen Not im Krankheitsfalle geschützt ist, so sehr bringt die Häufung solcher Unterstützungen die Gefahr mit sich, daß nicht nur unbedeutende Krankheiten dazu benutzt werden, die Arbeit einzustellen, sondern daß auch bei schlechten Zeiten ohne Grund Krankengeld und Krankenunterstützung bezogen wird. Geßner hat darauf hingewiesen, daß die finanziellen Leistungen der verschiedensten Kassenarten in Magdeburg sich seit einigen Jahren verschlechtert haben, und daß für diese gleichmäßige Verschlechterung, die natürlich von einer Seite sofort auf die freie Arztwahl bezogen wurde, nur der Beginn der gewerkschaftlichen Krankenunterstützung herangezogen werden kann. Sobald die außerordent-

liche Krankenunterstützung einsetzt, erhöht sich die Krankheitshäufigkeit, gleichgültig, wie hoch die Beiträge und Leistungen der Kassen sind, gleichgültig, ob die ärztliche Versorgung durch angestellte Kassenärzte oder bei freier Arztwahl erfolgt. Bei der Betriebskrankenkasse des Krupp-Grusonwerkes war das beschränkt freie Arztsystem, nicht freie Arztwahl, eingeführt. Die Zahl der Mitglieder ist in dem Zeitraum von 1905—1908 gestiegen bis 1906, dann gefallen. Im Jahre 1907 setzte die Zahlung des Metallarbeiterverbandes zum ersten Male während des ganzen Jahres ein, außerdem kommt seit diesem Jahre ein Werkverein als Zuschußkasse in Betracht. Seit dem Jahre 1907 steigt die Krankheitshäufigkeit und besonders die Krankheitsdauer. Diese Erscheinungen machen sich in einer außerordentlichen Zunahme der Ausgabe für Krankengeld bemerkbar. Statutenänderungen wurden nicht vorgenommen, jedoch wurden Mitte 1906 statt drei Lohnklassen sechs eingeführt, während die relative Höhe des Krankengelds dieselbe blieb (50 %). Da diese Änderung und die Wirtschaftskrise des Jahres 1907 allein nicht eine so erhebliche Steigerung der Krankheitshäufigkeit und -dauer und des Krankengeldes bedingen können, so ist hierfür wohl hauptsächlich die gewerkschaftliche Krankenunterstützung verantwortlich.

Jahr	Durchschnittliche Mitgliederzahl	Krankheitsfälle	Krankheitstage	Krankengeld in M.
1905	3 934	2 314	34 301	46 290
1906	4 380	2 652	39 006	69 078
1907	4 250	3 163	60 298	106 152
1908	3 797	2 675	59 852	104 270

Bei der Eisenbahnbetriebskrankenkasse in Magdeburg wurde im Jahre 1904 eine Verbandskrankenkasse als Zuschußkasse gegründet, so daß die Versicherten nun im Krankheitsfall eine Gesamtunterstützung in der Höhe des Wochenlohns erhalten. Bei fast gleichbleibender Mitgliederzahl betrug die Krankengeldausgabe unter Arztzwang

1903	180 000 M.
1904	188 000 „
1908	225 000 „

Von der Eisenbahnbetriebskrankenkasse wurde die Zunahme der Krankheitshäufigkeit auf die Errichtung der Zuschußkasse zurückgeführt.

Der Einfluß des Arbeitsmarktes auf die Zahl der Krankheitsfäll mit Arbeitsunfähigkeit ist schon vorher bei der Besprechung der Verhältnisse bei der Kieler Kasse berührt worden. Es ist eine bekannte Erscheinung, daß Streiks und Aussperrungen die Zahl der Krankheitsfälle vermehren. Alle Personen mit chronischen Krankheiten werden, wie ich schon S. 139 anführte, sich dann arbeitsunfähig melden, auch leichtere Erkrankungen werden ausgenutzt, um Krankengeld zu erwirken. Es genügt, hierauf hingewiesen zu haben. Andererseits darf der Einfluß des Arbeitsmarktes nicht überschätzt werden, z. B. übten die partiellen Streiks im letzten Jahrzehnt in München keinen nennenswerten Einfluß auf die Krankenzahl bei der dortigen O. K. K. aus.

Die verschiedenen Ergebnisse der einzelnen Kassen werden aber in erheblicher Weise durch die Verschiedenheit der Satzungen beeinflußt. Eine jede Erweiterung der Kassenleistungen über die Regelleistungen hinaus hat unfehlbar eine Steigerung der Krankheitsfälle zur Folge. Gemeinhin

wird zuerst ein höheres Krankengeld gewährt. Damit wird der krankheitsmindernde Einfluß der geringeren Einkommen paralysiert, infolgedessen mehren sich die Krankheitsfälle. Die Einführung von erweiterter Schwangerschafts- und Wochenpflege veranlaßt die Frauen, zutreffendenfalls die Kassenmitgliedschaft beizubehalten, wenn sie auch die Arbeit aufgeben müssen. Je größer überhaupt die Leistungen der Kasse sind, umso größer ist der Andrang der freiwilligen Mitglieder, deren Einfluß auf die Krankheitshäufigkeit wir schon kennen gelernt haben. Besonders wichtig ist auch die Kürzung der Wartezeit, die für den Krankengeldbezug vorgeschrieben ist. Gibt es erst nach dreitägiger Krankheit Krankengeld, so überlegt es mancher, ob er sich überhaupt arbeitsunfähig schreiben lassen soll. Die Krankenkasse A habe 1 Tag, die Kasse B 3 Tage Wartezeit, so wird beim Ausbruch einer Influenzaepidemie die Kasse B weniger Fälle mit Arbeitsunfähigkeit haben. Denn viele Influenzafälle sind bereits in drei Tagen abgelaufen, andere werden überhaupt nicht in Behandlung kommen. Bei der Kasse A werden dagegen auch die kurzverlaufenden und leichten Fälle die Krankheitshäufigkeit steigern. Ähnlich liegen die Dinge bei Unfällen, Angina usw.

Die Kassensatzungen sind wesentlich von der Kassenart bedingt (s. Fig. 13). Infolgedessen finden wir, daß die Krankheitshäufigkeit bei jeder Kassenart verschieden ist, und daß diese Verschiedenheit auch im Laufe der Jahre bestehen bleibt. Die Extreme bestanden bei den beiden Kassenarten, die die RVO. aufgehoben hat, bei der Gemeindekrankenversicherung und den Baukrankenkassen. Bei den Baukrankenkassen ist allerdings die enorme Krankheitshäufigkeit nicht durch die Satzung, sondern durch die besondere Gesundheitsgefährdung ihrer Mitglieder bedingt. Die Zusammensetzung des Mitgliederbestandes hat auch sonst einen gewissen Einfluß, der aber im allgemeinen durch den der Satzung überboten wird. So zahlten von 100 Krankenkassen der bezeichneten Art im Jahre 1910 ein Krankengeld

von	50 %	50—66⅔ %	66⅔—75 % des Lohns
Gemeindekrankenkassen . .	99,8	0,1	0,1
Baukrankenkassen	95,6	2,2	2,2
Ortskrankenkassen	83,0	14,6	2,4
Betriebskrankenkassen . .	79,8	16,2	4,0
Innungskrankenkassen . .	79,2	17,0	3,8

Die Verschiedenheit der Wartezeit geht aus folgender Übersicht hervor.

Kassen		Beobachtete Wartetage:		
		2	1	keinen
Gemeindekrankenkassen	8 217	98,37 %	0,29 %	1,33 %
Baukrankenkassen	46	89,13 %	—	10,88 %
Ortskrankenkassen	4 752	64,56 %	3,95 %	31,06 %
Betriebskrankenkassen	7 957	58,72 %	2,77 %	38,49 %
Innungskrankenkassen	818	64,91 %	3,05 %	32,02 %
Ersatzkassen (Hilfskrankenkassen). .	1 262	49,04 %	5,46 %	55,48 %

Derartige Unterschiede in den Leistungen müssen auch eine Verschiedenheit in der Krankheitshäufigkeit zur Folge haben. Die großen Unterschiede der Leistungen, die zum Teil durch die frühere Gesetzgebung bedingt waren, werden künftighin vielleicht fortfallen, aber immerhin wird der Unterschied doch in gewisser Weise bestehen bleiben; denn die neuen Landkrankenkassen werden in der Leistungsfähigkeit kaum die ehemalige Gemeindekranken-

versicherung übertreffen, die Betriebskrankenkassen werden sogar vielleicht in der Leistungsfähigkeit zurückgehen, wenn viele Kassen auf dem Lande und für kleinere Betriebe gegründet werden.

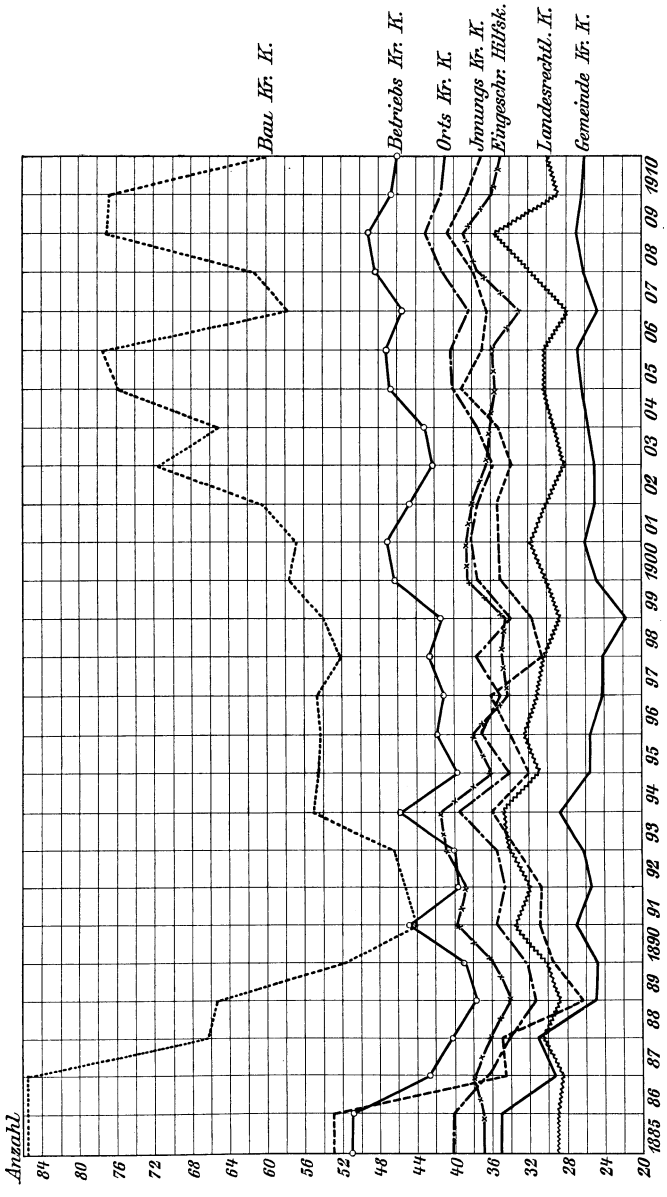


Fig. 13. Die Entwicklung der Krankheitshäufigkeit bei den einzelnen Kassenarten (Krankheitsfälle mit Arbeitsunfähigkeit auf 100 Mitglieder).

Ich komme nunmehr zu dem Einfluß der ärztlichen Versorgung auf die Krankheitshäufigkeit. Wenn wir uns eine kleine Kasse denken, bei der ein Arzt fest gegen Fixum als Kassenarzt angestellt ist, so wird es sehr von dessen Persönlichkeit abhängen, ob und wieweit die Kasse im Erkrankungsfall in Anspruch genommen wird. Wenn der Arzt ein liebenswürdiges Ent-

gegenkommen zeigt und mit den Patienten gut umzugehen versteht, so wird der Zulauf groß sein, und die Mitglieder werden auch bei leichteren und unbedeutenden Krankheiten sich ärztliche Hilfe holen, die allgemeine Krankheitshäufigkeit wird also steigen. Das Entgegengesetzte wird der Fall sein, wenn der Arzt sich rauh und barsch den Patienten gegenüber verhält. Dann werden sogar die Leute bei ernsthaften Erkrankungen sich nicht an den Kassenarzt wenden, sondern entweder überhaupt auf ärztliche Hilfe verzichten, oder sie auf eigene Kosten anderswo in Anspruch nehmen. Die Persönlichkeit des Arztes hat somit zunächst einen Einfluß auf die allgemeine Krankheitshäufigkeit überhaupt. Dieser Einfluß erstreckt sich aber auch auf die Zahl der Krankheitsfälle mit Arbeitsunfähigkeit. Wenn in dem angezogenen Falle der Arzt sich überwiegend von humanen Gefühlen leiten läßt, so wird mancher Krankheitsfall schwerer beurteilt werden, als wenn der Arzt einseitig das Kasseninteresse vertritt. Auch bei leichteren Fällen wird dann der Patient arbeitsunfähig geschrieben werden, damit er die nötige Gelegenheit zur Erholung hat. Bei der freien Arztwahl wird dieser Kontrast dadurch verschärft, weil naturgemäß die kranken Mitglieder sich vorzugsweise an solche Ärzte wenden werden, von denen ihnen bekannt ist, daß sie eher bei der Hand sind, jemand arbeitsunfähig zu schreiben als andere Ärzte. Vielfach behaupten auch die Patienten selber, daß sie nicht arbeiten können; der eine Arzt begnügt sich dann mit dieser Behauptung, der andere versucht vielleicht dem Kranken das auszureden, ohne dadurch natürlich an Beliebtheit zu gewinnen. Gerade bei der freien Arztwahl wird somit der Zustrom der Kranken sich auf diejenigen Ärzte richten, die nach der Art ihrer Persönlichkeit einer milden Beurteilung eher geneigt sind.

In einer Anzahl von Krankenkassen ist es üblich, daß der ausgestellte Krankheitsschein nur 13 Wochen gültig ist. Sind die 13 Wochen verstrichen und das Mitglied ist noch krank, so wird ein neuer Schein ausgestellt. Dieses hat zur Folge, daß dieselbe Krankheit zweimal rubriziert wird und so eine Erhöhung der Krankheitshäufigkeit vortäuscht. Auch diese Erhöhung der Krankheitshäufigkeit ist nur bei freier Arztwahl vorhanden und kann leicht zu einer falschen Beurteilung führen.

Auch die Krankenkontrolle steht zu der Krankheitshäufigkeit in Beziehungen, wenngleich ihr Einfluß sich hauptsächlich auf die allgemeine Krankheitsdauer erstreckt. Die Tatsache allein, daß die Kranken sich kontrolliert wissen, ist für viele ausreichend, bei leichteren Erkrankungen trotzdem weiterzuarbeiten. Würde in solchen Fällen eine geregelte Krankenkontrolle nicht bestehen, so würden eine ganze Anzahl von Personen das Vorhandensein der Krankheit auch dazu benutzen, um sich arbeitsunfähig schreiben zu lassen.

Ich gehe damit zu der letzten Ursache der Krankheitshäufigkeit, die mit Arbeitsunfähigkeit verbunden ist, über, nämlich der Größe der Kassen. Es ist von vornherein anzunehmen, daß die Kassengröße nicht ohne Beziehungen zu der Krankheitshäufigkeit sein wird. Die ganz kleinen Kassen leiden in einer gewissen Weise dadurch, daß bei ihnen die Verwaltungsgeschäfte häufig nur im Nebenamt betrieben werden können, daß es dabei einer gewissen Routine ermangelt, ohne die die Zahl der Krankheitsfälle mit Arbeitsunfähigkeit größer werden muß. Bei den großen Kassen ist dagegen die Verwaltung leicht unübersichtlich. Nicht allzuselten werden Arbeitsverhältnisse fingiert, um Krankengeld erhalten zu können. Irgend jemand meldet sich als Pflichtmitglied bei der Krankenkasse auf Grund einer an-

geblichen Beschäftigung bei einem fingierten Unternehmer an. Natürlich handelt es sich dann um Personen, die schon krank sind und nur auf solche Weise sich in die Kasse hineinschmuggeln können. Solchen strafbaren Manövern versucht man durch besondere Rechercheurabteilungen zu begegnen, wie z. B. in Frankfurt a. M. eine solche mit Erfolg tätig ist. Bei ganz großen Kassen kann auch die Krankenkontrolle nicht so scharf sein, vor allem fällt hier die gegenseitige Kontrolle durch die Arbeitskollegen fort, die bei kleinen Kassen schon im eigenen finanziellen Interesse und aus Eifersucht darüber wachen, daß ihre Kollegen nur bei ernsthaften Erkrankungen die Arbeit einstellen. Daneben sind noch eine Reihe von andern Gründen für die stärkere Belastung der großen Kassen vorhanden. Sie pflegen z. B. meistens größere Leistungen zu gewähren, so daß auch hierdurch die Zahl der Krankheitsfälle gesteigert wird. Ich möchte den Einfluß der Kassengröße auf die Krankheitshäufigkeit durch nebenstehendes Schaubild beweisen, dessen Legende nähere Angaben über die statistische Entstehung bringt (Fig. 14). Aus diesem Schaubild geht hervor, daß die Krankheitshäufigkeit mit der Kassengröße im allgemeinen zunimmt. Die ganz großen Krankenkassen zeigen auch die größte Krankheitshäufigkeit. Aber auch hier finden sich Ausnahmen. In nachfolgender Tabelle ist die Krankheitshäufigkeit bei den größten Ortskrankenkassen dargestellt. Besonders die süddeutschen großen Krankenkassen zeigen eine recht erhebliche Krankheitshäufigkeit. Ganz im Gegensatz dazu stehen die Ortskrankenkassen Plauen, Dresden und Leipzig. Ihre Erkrankungsziffer ist viel kleiner als sogar die der Kassen mit weniger als 1000 Mitgliedern. Durch diese niedrige Krankheitshäufigkeit zeichnen sich überhaupt die sächsischen und thüringischen Krankenkassen aus, ohne daß man eine plausible Erklärung ohne weiteres dafür angeben könnte. Auch die Zahl der Krankheitstage entspricht, wie gleich hier gesagt werden mag, nicht der Kassengröße; bei Dresden ist die Zahl für 1909 geringer als bei den kleinsten Kassen, und bei Dresden für 1908 und in beiden Jahren für Plauen liegt sie so weit unter dem allgemeinen Durchschnitt, daß sie kaum verständlich erscheint. Beide Jahre zeigen trotz mancher Abweichungen, daß diese niedrigen Zahlen eine bleibende Tendenz haben, also durch gleichbleibende Einflüsse bedingt sind.

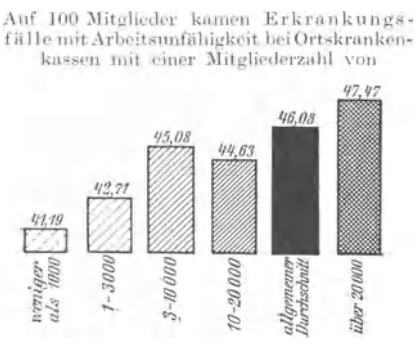


Fig. 14. Allgemeine Krankheitshäufigkeit in Ortskrankenkassen verschiedener Größe 1909.

Die Sonderstatistik, die von der „Arbeiterversorgung" angestellt ist, läßt die Unterschiede bei verschieden großen Kassen erkennen. Es kamen 79 Kassen mit einer Mitgliederzahl von weniger als 1000 (insgesamt 43 657), 91 Kassen mit einer solchen von 1000—3000 (168 188), 99 Kassen von 3000 bis 10 000 (531 327), 15 Kassen von 10 000 bis 20 000 (206 328), 19 Kassen mit mehr als 20 000 Mitgliedern (1 171 609) in Betracht. Die durchschnittliche Erkrankungshäufigkeit beträgt 46 Fälle auf 100 Mitglieder gegen 41 in der Reichsstatistik und ist wegen der relativ stärkeren Beteiligung der ganz großen Kassen erhöht. Im übrigen zeigt sich, daß die Erkrankungsfälle mit der Größe der Kassen zunehmen bis auf eine Ausnahme. Diese Steigerung würde noch erheblicher sein, wenn die großen sächsischen Kassen, die ein abweichendes Verhalten zeigen, unberücksichtigt geblieben wären.

Im allgemeinen ist die Krankheitshäufigkeit eine stabile Größe, da alle die erwähnten Ursachen alljährlich in derselben Weise wirken oder doch nur

Allgemeine Krankheitshäufigkeit bei einigen ganz großen Ortskrankenkassen 1909 *und 1908.*

	Mitglieder	Erkrankungen und Krankheitstage auf 100 Mitglieder	
Straßburg	30 091	73,42 *68,39*	1391 *1213*
Plauen	47 137	**26,24!** *27,19*	**460!** *470*
Chemnitz	60 033	45,69 *?*	1108 *?*
Berlin (Allgem.)	78 680	49,88 *52,26*	1285 *1353*
Frankfurt a. M.	93 127	61,47 *65,12*	1103 *1210*
Dresden	112 026	**30,74!** *33,98*	**852!** *216*
Berlin (Kaufl.)	113 129	40,59 *41,58*	1191 *1261*
München	114 595	56,72 *57,26*	1182 *1256*
Leipzig	172 617	**40,82!** *42,69*	**1018!** *1024*

allmählich sich verändern. Jähe Schwankungen der Krankheitshäufigkeit während einiger Jahre werden in der Hauptsache durch drei Faktoren bedingt, durch Epidemien, wirtschaftliche Krisen und durch Satzungsänderungen. So brachte seinerzeit der Einfall der Influenza in den neunziger Jahren des vorigen Jahrhunderts vorübergehende Steigerungen der Krankheitshäufigkeit. Der Einfluß der wirtschaftlichen Krisen ist in derselben Weise zu deuten wie der Einfluß des Arbeitsmarkts, nur daß es sich hier um eine akute Erscheinung handelt, die darum auch mit jähen Veränderungen verbunden ist und umso mehr auffällt.

Allgemeine Krankheitsdauer.

Ehe ich auf die Bedeutung der Krankheitshäufigkeit für den Gesundheitszustand der betreffenden Bevölkerung näher eingehe, will ich mich der Krankheitsdauer zuwenden, um dann später Dauer und Häufigkeit gemeinsam auf ihre Bewertung zu untersuchen. Die allgemeine Krankheitsdauer stellt die Zahl der Krankheitstage dar, die auf den Kopf des einzelnen Kassenmitgliedes kommen. Da als Krankheitstage nur solche gezählt werden, die mit dem Bezug von Krankengeld verbunden sind, so werden hier also nur diejenigen Krankheitsfälle umfaßt, die mit Arbeitsunfähigkeit einhergehen. Wie lange die andern Krankheitsfälle dauern, bei denen die Arbeitsfähigkeit erhalten ist, wird nirgends festgestellt. Mir ist von allen Kassen Deutschlands nur eine einzige Ersatzkasse bekannt, die solche Erhebungen vornimmt. Bei der Kranken- und Begräbniskasse des Vereins junger Kaufleute zu Görlitz, die etwas über 700 Mitglieder zählt und dabei rund 10 % weibliche Mitglieder hat, standen in den Jahren 1908—1911 insgesamt 1930 Krankheitsfälle und 47 888 Krankheitstage mit Arbeitsfähigkeit und 776 Krankheitsfälle und 17 879 Krankheitstage mit Arbeitsunfähigkeit einander gegenüber. Es kam danach auf ein Mitglied eine Krankheitsdauer von 21,86 Tagen mit Arbeitsfähigkeit und von 7,97 Tagen mit Arbeitsunfähigkeit im Jahre. Wieweit diese Zahlen, die von einem

kleinen Ausgangsmaterial stammen, einen allgemeinen Wert haben, mag dahingestellt bleiben, immerhin ist es interessant, einmal auch bei einer Kasse die gesamte allgemeine Krankheitsdauer und das Verhältnis ihrer beiden Komponenten zueinander kennen zu lernen. Es ist anzunehmen, daß auch hier wie bei den Krankheitsfällen das Verhältnis verschiedenartig sein wird, daß im allgemeinen aber die Krankheitstage mit Erhaltung der Arbeitsfähigkeit diejenigen mit Verlust derselben weit übertreffen.

Die Krankheitsdauer ist in erster Linie bedingt durch die Art der beobachteten Krankheiten. Diese selbst sind, soweit sie endogener Natur sind, von dem Menschenmaterial der Kasse, von der Rasse, von den Arbeitsbedingungen, von der Lohnhöhe usw., soweit sie exogener Natur sind, von denselben Faktoren, ferner von dem Genius epidemicus bei ansteckenden Krankheiten, von Klima und Witterung usw. abhängig. Wir werden also die Einwirkung der nämlichen Momente wie bei den Krankheitsfällen studieren können, und es erübrigt sich daher, nochmals näher auf die Wirkungsweise einzugehen, sofern eben nicht besondere Umstände vorliegen.

Auch hier wieder können wir nicht im einzelnen den Einfluß der örtlichen, klimatischen und anderweitigen Faktoren feststellen und müssen uns damit begnügen, die außerordentlichen Verschiedenheiten zu konstatieren, die bei den einzelnen Krankenkassen hinsichtlich der Krankheitsdauer überhaupt bestehen.

Bei den Ortskrankenkassen betrug die Krankheitsdauer im Jahre 1910

	im Reich	in Berlin	in Frankfurt a. M.	in Dresden
überhaupt	8,5	12,0	11,3	8,6
bei Männern	8,2	10,9	10,3	7,8
bei Frauen	9,2	13,3	13,9	9,6

Die großen Städte zeichnen sich im allgemeinen durch eine längere Krankheitsdauer aus, wovon wieder nur die sächsichen Städte eine Ausnahme machen.

Die Einwirkung von Alter und Geschlecht sowohl bei den Pflichtmitgliedern als auch bei den freiwilligen Mitgliedern geht gleichzeitig aus dem folgenden Schaubild (Fig. 15) hervor, das der großen Leipziger Statistik entstammt und in seiner Legende deren Erklärung wörtlich bringt. Auch hier zeigen wieder die freiwilligen Mitglieder eine ganz abweichende Krankheitsdauer, die in allen Altersklassen diejenige der Pflichtmitglieder übertrifft. Bei den Pflichtmitgliedern steigt die Krankheitsdauer mit dem Alter, bei den Frauen ist sie geringer; jedoch zeigt das gebärfähige Alter ein exzeptionelles Verhalten.

Von noch viel größerer Wichtigkeit als für die Krankheitshäufigkeit ist der Beruf für die Krankheitsdauer. Aus der auf S. 172 u. 173 abgedruckten Tabelle über die Krankheitsverhältnisse der Straßburger Ortskrankenkasse ist ersichtlich, welchen Einfluß der Beruf auf die Krankheitsdauer hat. Man erkennt auch, warum bei dieser Kasse die Frauen eine geringere Krankheitsdauer haben als die Männer, während sonst im allgemeinen die Krankheitsdauer bei den Frauen größer ist. In manchen Berufen überwiegt eben die Krankheitsdauer bei den Männern, und diese Berufe sind in Straßburg wegen des Bestehens zahlreicher Innungs- und Ersatzkassen bei der Ortskrankenkasse so stark vertreten, daß das Gesamtresultat dadurch verändert wird. Man sieht, daß also das Bestehen anderer Kassenorganisationen auch für die Kassenergebnisse von Bedeutung sein kann. Die Krankheitsdauer über-

Allgemeine Krankheitsdauer nach der Leipziger Statistik:

Die Kurve der Krankheitstage ist in solche der männlichen und weiblichen Pflichtmitglieder bzw. freiwilligen Mitglieder nach fünfjährigen, zehnjährigen und zwanzigjährigen Altersklassen aufgelöst. Die Kurve der Krankheitstage, welche auf die gleiche Anzahl beobachteter Personen der verschiedenen Altersklassen bei den männlichen Mitgliedern entfallen, ist für die berufstätigen männlichen Mitglieder eine von Beginn an ohne Unterbrechung steigende. Die Zahl der Tage, welche auf eine Person der steigenden Altersklassen entfällt, steigt um zunehmende Beträge, abgesehen von der höchsten Altersklasse. Es ist der Ausdruck der Tatsache, daß die Widerstandskraft des Menschen von Jahr zu Jahr eine geringere wird. Dieselbe Tatsache läßt sich auch aus den übrigen drei Kurven ablesen, nur daß hier noch besondere Eigentümlichkeiten hinzukommen. Eine Unregelmäßigkeit zeigt die Kurve der männlichen freiwilligen Mitglieder bei den jüngeren Altersklassen, wo die Steigerung bis zum 24. Jahre auffallend groß ist. Hierin drückt sich die Tatsache aus, daß die jüngeren Personen, die nicht pflichtversichert, aber kränklich sind, die Gelegenheit benutzen, durch freiwillige Versicherung sich gegen Krankheit zu schützen.

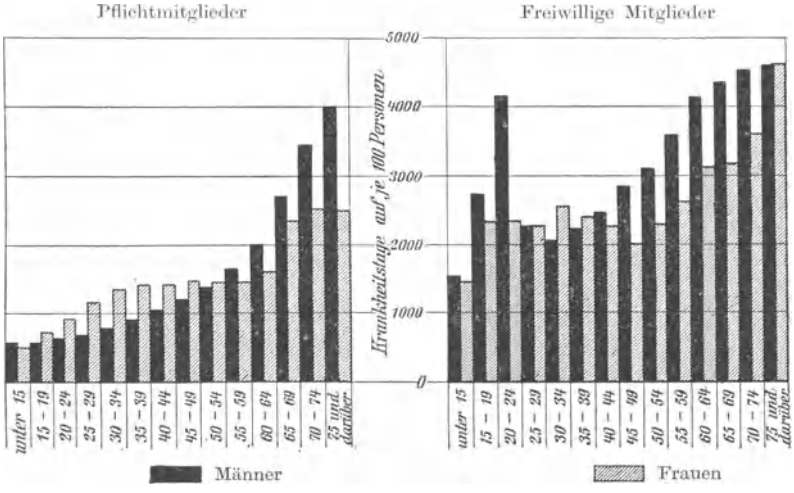


Fig. 15. Allgemeine Krankheitsdauer bei freiwilligen und Pflichtmitgliedern.

In den höheren Altersklassen treten nicht so viel Personen in die freiwillige Versicherung ein, weil eine große Anzahl der jüngeren Personen durch Tod ausgeschieden sind, andere sich selbständig gemacht oder noch eine leichte, versicherungspflichtige Beschäftigung gefunden haben. Die Kurve der weiblichen Pflichtmitglieder zeigt bis zum 39. Jahr einen schroffen Anstieg, um dann zwei Jahrzehnte hindurch auf derselben Höhe zu bleiben. In der Abweichung von der steigenden Kurve der Männer ist der Einfluß der Gebärtätigkeit ausgedrückt. Bei den freiwilligen weiblichen Mitgliedern ist die Krankentagezahl in der gebärfähigen Zeit vom 15. bis zum 39. Lebensjahre sehr hoch, nimmt sogar bis zum 49. Jahre etwas ab und steigt dann erst wieder nach dem Altersgesetze.

Vergleicht man die männliche und weibliche Morbidität der Berufstätigen, so zeigt sie sich ungünstiger für das weibliche Geschlecht in den jüngeren Altersklassen, vom 50. Jahre ab für das männliche Geschlecht. Die freiwilligen weiblichen Mitglieder rekrutieren sich zum großen Teil aus Personen, die wegen Schwangerschaft und Geburt ihre Tätigkeit aufgegeben haben. Sie stellen demgemäß eine bessere gesundheitliche Auslese dar als die männlichen freiwilligen Mitglieder und haben darum auch eine günstiger liegende Kurve als diese. Beim weiblichen Geschlechte sind die Zahlen hier nur in den Altersklassen vom 25. bis 39. Lebensjahre höher, sonst werden sie stets beim männlichen Geschlecht übertroffen, bis auf die höchsten Altersstufen.

Besonders ungünstig schneidet die 20—24 jährige Altersklasse der männlichen freiwilligen Mitglieder ab, sie zeigt in übertriebener Weise ungünstige Verhältnisse, wie sie bei den weiblichen freiwilligen Mitgliedern nur leicht angedeutet sind. Dieselbe Ungunst ergibt sich auch in der Sterblichkeit, während für das weibliche Geschlecht diese Ungunst auch vorhanden, aber nicht so stark ausgeprägt ist. Auch die allgemeine deutsche Sterbetafel zeigt für das männliche Geschlecht eine Übererhöhung der Sterblichkeit in dem 20. bis 23. Lebensjahre.

wiegt bei den Frauen im Baugewerbe, in Buchbindereien, Wäschereien, Schokolade- und Bonbonfabriken, Hänfereien und Seilereien, Nahrungsmittelfabriken, im Bureaubetrieb bei Rechtsanwälten, Architekten usw.,

Die Krankheitsverhältnisse einer Krankenkasse (O. K. K. Straßburg)

Laufende Nr.	Gewerbe	Mitglieder insgesamt			Wöchnerinnen-Unterstützungsfälle
		männl.	weiblich	zus.	
1	Bäckereien	52	141	193	—
2	Bauunternehmer (Maurer, Steinhauer, Zimmerer, Asphalteure, Zementeure und Pflasterer)	2955	27	2982	1
3	Brauereien und Mälzereien	228	—	228	—
4	Buchdruckereien, lithographische Anstalten usw.	888	383	1271	23
5	Buchbindereien, Kartonnagefabriken usw.	113	106	219	10
6	Büglerinnen, Wäschereien usw.	56	634	690	25
7	Bürsten-, Kork- und Korbwarenfabriken	47	46	93	1
8	Schokolade- und Bonbonsfabriken	178	198	376	15
9	Konditoreien und Pastetenbäcker	172	73	245	1
10	Konfektionsbranche, Schneider, Schneiderinnen usw.	465	1528	1993	50
11	Dachdecker	55	—	55	—
12	Friseurgeschäfte	62	12	74	1
13	Gerbereien	150	1	151	—
14	Glasergeschäfte, Glas- und Porzellanmaler	127	2	129	—
15	Goldschmiede, Bijouteriefabriken, Vergolder	80	18	98	—
16	Gipser und Stukkateure	197	—	197	—
17	Hasenhaarschneider, Gelatine- und Wachswarenfabriken	115	106	221	10
18	Hänfereien und Seilereien	94	36	130	4
19	Handlungsgeschäfte und kaufmännische Betriebe	2766	1958	4724	41
20	Holz- und Kohlengeschäfte	621	6	627	—
21	Hut-, Mützen-, Handschuh- u. Schirmfabr., Kürschnereien	153	402	555	30
22	Klempner, Installateure, Galvaniseure, Vernickler usw.	601	31	632	1
23	Küfer	33	—	33	—
24	Malergeschäfte (Dekorationsmaler und Anstreicher)	417	—	417	—
25	Maschinenbauer, Schlosser, Schmiede, Schiffbauer, Werkzeugfabriken usw.	725	—	725	—
26	Mechaniker, Elektrizitätsgeschäfte, Uhrmacher, Optiker	831	86	917	1
27	Metzger, Wurstler usw.	179	60	239	—
28	Milchanstalten und Molkereien	91	132	223	9
29	Militärverwaltungen	626	359	985	26
30	Nahrungsmittelfabriken	103	103	206	10
31	Ofenfabriken und Kachler	69	7	76	—
32	Photographen	48	19	67	2
33	Rechtsanwälte, Notare usw., Architekten u. div. Verwaltungen	363	63	426	—
34	Sattler	85	2	87	—
35	Schornsteinfeger	10	—	10	—
36	Schreiner (Bau- und Möbelschreiner), Drechsler, Stuhlfabr.	952	14	966	—
37	Schuh- und Schäftefabriken	257	72	329	3
38	Schuhzertrenner und Lumpenhandlungen	66	132	198	16
39	Seifen-, Parfümerie-, Gummi- und chemische Fabriken	168	70	238	9
40	Spediteure, Fuhrunternehmer, Droschkenkutscher usw.	1076	24	1100	3
41	Staatliche Verwaltungen	195	16	211	—
42	Städtische Betriebe	1028	146	1174	2
43	Tabak- und Zigarrenfabriken	20	110	130	12
44	Tapezierer und Posamentierer	125	71	196	2
45	Wagenbauer	104	—	104	—
46	Weinhandlungen, Destillationen, Mineralwasserfabriken und Bierdepots	269	26	295	—
47	Wirtschafts- und Restaurationsbetriebe	227	398	625	7
48	Sonstige Betriebe	209	98	307	3
49	Dienstboten (nicht versicherungspflichtige Mitglieder)	43	1298	1341	14
50	Freiwillige Mitglieder (nicht versicherungspflichtige Mitglieder)	1022	1561	2583	262
	Insgesamt	19516	10575	30091	594

nach Gewerben und Geschlecht (1909).

Erkrankungsfälle entfallen auf 100 Mitglieder						Krankengeldtage entfallen auf ein Mitglied			Wöchnerinnen entfallen auf 100 weibliche Mitglieder
mit Arbeitsfähigkeit			mit Arbeitsunfähigkeit						
männlich	weiblich	zusammen	männlich	weiblich	zusammen	männlich	weiblich	zus.	
59,6	31,9	39,4	65,4	22,0	33,7	8,8	4,1	5,4	0,0
35,1	74,1	35,4	142,0	185,2	142,4	25,5	42,5	25,6	3,7
29,8	—	29,8	75,5	—	75,5	12,4	—	12,4	—
48,6	44,9	47,5	52,8	42,0	49,6	11,1	11,0	11,1	6,0
34,5	40,6	37,4	56,6	62,3	59,4	9,4	12,2	10,7	9,4
55,4	35,8	37,4	39,3	53,6	52,5	10,0	13,6	13,3	4,0
57,4	43,5	50,5	61,7	65,2	63,4	11,5	6,7	9,2	2,2
35,4	39,4	37,5	60,1	81,3	71,3	9,8	16,7	13,4	7,6
61,6	39,7	55,1	39,0	23,3	34,3	6,8	5,9	6,5	1,4
63,2	48,3	51,9	59,4	50,0	52,3	8,0	9,7	9,3	3,3
69,1	—	69,1	141,8	—	141,8	34,1	—	34,1	—
56,5	33,3	52,7	29,0	16,7	27,0	6,1	2,3	5,4	8,3
33,3	0,0	33,1	124,7	0,0	124,0	22,4	0,0	22,2	0,0
33,9	0,0	33,3	55,1	200,0	57,4	7,1	38,0	7,5	0,0
68,7	50,0	65,3	42,5	61,1	46,0	4,9	8,7	5,6	0,0
34,5	—	34,5	119,8	—	119,8	19,8	—	19,8	—
42,6	29,2	36,2	127,8	132,1	130,0	10,6	28,2	19,0	9,4
40,4	37,1	39,2	129,8	168,6	139,2	27,3	44,9	31,8	11,4
48,4	55,1	51,1	47,2	50,9	48,7	5,9	10,2	7,6	2,0
38,3	0,0	38,0	121,4	0,0	120,3	18,3	0,0	18,1	0,0
69,3	44,8	51,5	73,9	54,5	59,8	10,9	9,6	10,0	7,5
36,3	0,0	34,5	97,7	58,1	95,7	16,9	3,9	16,2	3,2
45,5	—	45,5	112,1	—	112,1	21,8	—	21,8	—
47,0	—	47,0	89,2	—	89,2	18,4	—	18,4	—
49,2	—	49,2	95,9	—	95,9	15,9	—	15,9	—
56,7	7,0	51,9	58,0	32,6	55,6	8,2	6,0	8,0	1,2
25,1	21,7	24,3	62,6	28,3	54,0	11,2	9,5	10,8	0,0
38,5	37,9	28,1	43,9	27,3	34,1	6,1	5,2	5,6	6,8
62,0	63,0	62,3	61,0	85,0	69,7	16.5	17,8	17,0	7,2
44,7	30,1	37,4	63,1	119,4	91,3	6,2	19,5	12,8	7,9
27,5	0,0	25,0	88,4	0,0	80,3	10,4	0,0	9,5	0,0
106,3	0,0	76,1	37,5	15,8	31,3	3,0	1,5	2,5	10,5
46,3	27,0	43,4	29,2	33,3	29,	4,2	14,1	5,7	0,0
34,1	0,0	33,3	50,6	0,0	49,4	8,5	0,0	8,3	0,0
10,0	—	10,0	60,0	—	60,0	9,7	—	9,7	—
37,8	0,0	37,3	79,3	0,0	78,2	17,0	0,0	16,7	0,0
51,4	32,0	47,1	67,7	59,7	66,0	20,3	11,1	18,3	4,2
39,4	47,0	44,4	154,5	140,0	145,0	29,5	38,6	35,6	12,1
22,6	34,3	26,0	75,6	58,5	70,3	13,7	10,1	12,6	12,9
31,3	0,0	30,7	88,2	79,2	88,1	24,3	12,3	24,1	12,5
54,9	50,0	54,5	47,7	25,0	46,0	11,9	1,5	11,1	—
39,8	54,8	41,8	100,0	43,8	93,9	18,0	12,7	17,3	1,4
40,0	50,9	49,2	40,0	124,6	111,5	4,8	21,4	18,9	10,9
36,0	59,2	44,4	86,4	85,9	86,2	15,9	18,1	16,7	2,8
37,5	—	37,5	57,7	—	57,7	8,9	—	8,9	—
39,8	53,8	41,0	54,3	96,2	58,0	10,3	15,8	10,8	0,0
51,1	56,3	54,4	45,4	40,2	42,1	10,2	11,9	11,3	1,8
48,8	51,0	49,5	57,9	28,6	48,5	7,7	6,9	7,4	3,1
20,9	42,2	41,6	4,7	20,6	20,1	2,0	5,4	5,3	1,1
52,4	60,4	57,2	88,8	55,1	64,6	19,8	14,1	16,3	16,8
44,0	48,2	45,5	82,5	51,9	71,8	15,2	11,5	13,9	5,6

I. Männer.

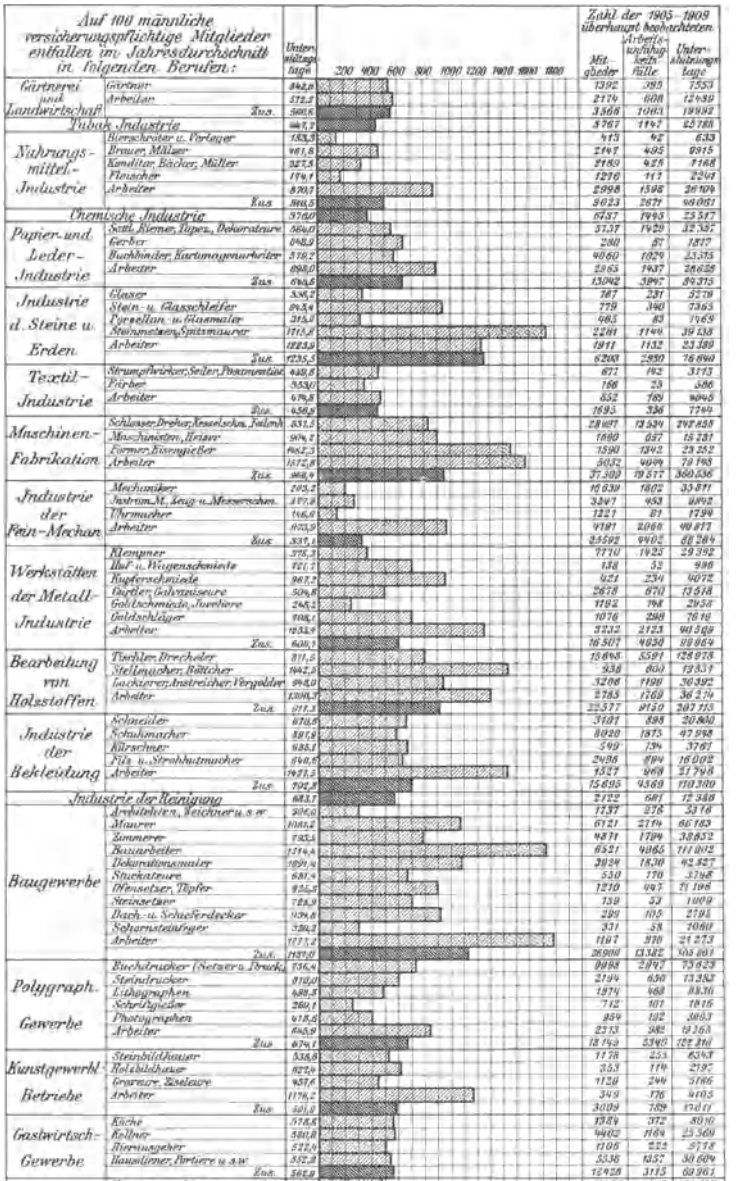


Fig. 16. Allgemeine Krankheitsdauer nach Berufsarten 1905—1909 in der Ortskrankenkasse Dresden.

in Tabakfabriken usw. In allen diesen Berufen haben die Frauen eine besonders lange Krankheitsdauer. Bei den Männern zeigen die Bauarbeiter, Dachdecker, Gerber, Arbeiter in Seilereien, Küfer, Droschkenkutscher und andere Personengruppen eine Krankheitsdauer, die weit über dem Durchschnitt steht. Besonders günstig schneiden ab: Photographen, Friseure, Glaser, Goldschmiede, Handlungsgehilfen, Schreiber usw. Ich habe aber

II. Frauen.

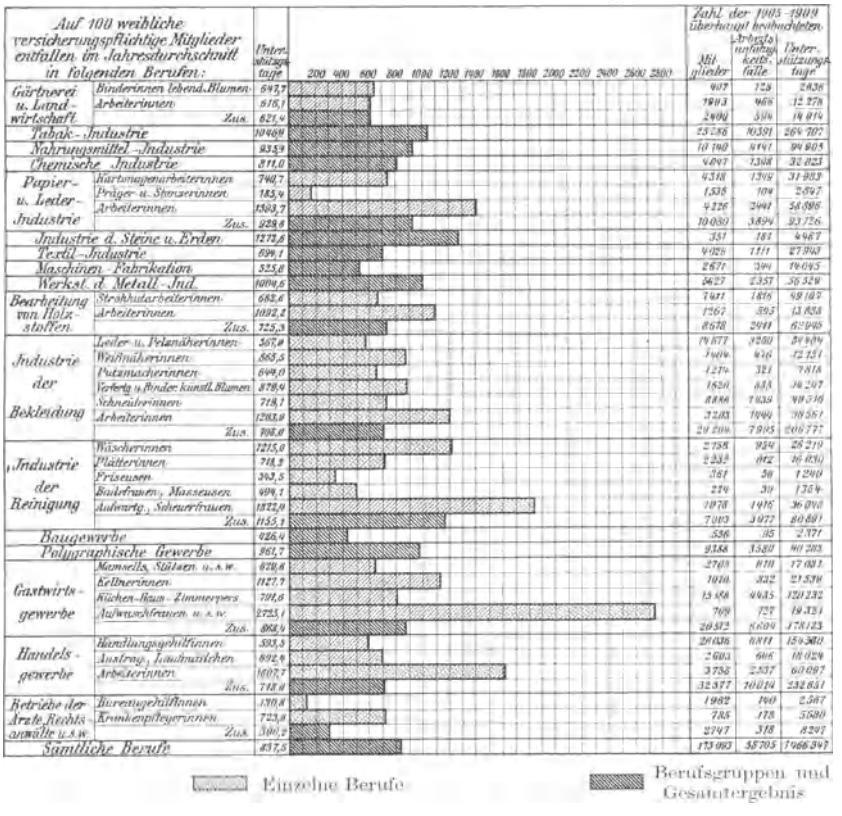


Fig. 17. Allgemeine Krankheitsdauer nach Berufsarten 1905—1909 in der Ortskrankenkasse Dresden.

schon erwähnt, daß in der Straßburger Kasse eine große Anzahl von Berufen überhaupt nicht oder doch nur schwach vertreten sind, da viele Personen in Innungs- oder Ersatzkassen versichert sind. In dieser Beziehung ist die Berufserkrankungsstatistik der Dresdener Ortskrankenkasse, die sich auf mehr als 450 000 Personen bezieht und für die Dresdener Hygieneausstellung bearbeitet worden war, umfangreicher. Andererseits sind die hier ermittelten Zahlen geringer, als sie bei andern Kassen zu sein pflegen. Jedoch sind sie zum Vergleich unter sich von absolutem Wert. Das Schaubild (Fig. 16) zeigt zunächst die Krankheitsdauer der Männer nach Einzelberufen und nach Berufsgruppen. Sodann sind die Arbeitsunfähigkeitsfälle und die Unterstützungstage sowohl wie die Mitgliederzahlen in absoluten Ziffern, die Unterstützungstage auch in Verhältniszahlen angegeben. Die längste Krank-

heitsdauer weisen nun die Mitglieder in der Industrie der Steine und Erden auf, dann folgt das Baugewerbe, das Verkehrsgewerbe und die Bearbeitung von Holzstoffen; die geringste Krankheitsdauer findet man in der Industrie der Feinmechanik und in der chemischen Industrie. Bei den einzelnen Berufen überragen Bauarbeiter, Steinmetzen und Spitzmaurer alle andern, dann folgen die Arbeiter in der Maschinenfabrikation, Former, Eisengießer, Stellmacher usw.; die niedrigsten Ziffern zeigen die Uhrmacher, die Bierschröter und -verleger. Auf dem nächsten Schaubild (Fig. 17) ist in entsprechender Weise die Krankheitsdauer der weiblichen Personen dargestellt, nur sind hier die Verhältnisse viel übersichtlicher, da es sich um eine geringere Anzahl von Berufen handelt. Unter den Berufsgruppen ist auch hier wieder die Krankheitsdauer am längsten in der Industrie der Steine und Erden, alsdann in der Industrie der Reinigung und in der Tabakindustrie. In den Einzelberufen überragen bei weitem die Aufwaschfrauen in dem Gastwirtgewerbe und in der Industrie der Reinigung; dann folgen die Arbeiterinnen im Handelsgewerbe und in der Papier- und Lederindustrie. Am günstigsten stehen sich die Bureaugehilfinnen, dann die Prägerinnen und Stanzerinnen in der Papier- und Lederindustrie. Bei den Männern schwanken die Zahlen zwischen 1,4 und 17,7 Tage, bei den Frauen zwischen 1,3 und 27,2 Tagen auf das Mitglied in den einzelnen Berufen. Die Krankheitsdauer in einer Krankenkasse ist somit durchaus von der Zusammensetzung der Mitglieder nach Berufen bedingt; hiernach richtet es sich auch, ob Männer oder Frauen eine größere Krankheitsdauer zeigen.

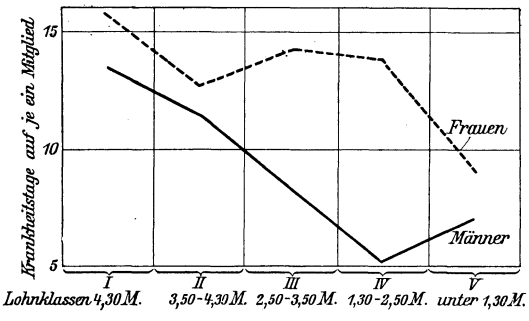


Fig. 18. Allgemeine Krankheitsdauer nach Lohnklassen.

Nächst dem Beruf ist das Einkommen von größter Wichtigkeit für die Krankheitsdauer. Ich kann hier auf die Ausführungen verweisen, die ich darüber in entsprechender Hinsicht bei der Krankheitshäufigkeit gemacht habe. Der Einfluß des Einkommens muß aber bei der Krankheitsdauer noch erheblicher sein als bei der Krankheitshäufigkeit. Denn der gutsituierte Kranke kann sich Zeit lassen, bis seine Krankheit völlig auskuriert ist, der schlechter gestellte muß dagegen schon frühzeitig die Arbeit wiederaufnehmen, auch wenn er noch nicht völlig wiederhergestellt ist. Diese Tatsache hat dann wieder zur Folge, daß die Krankheit sich leicht wieder verschlimmert und zu neuer Arbeitsunfähigkeit führt, oder daß der geschwächte Organismus anderen Krankheitseinflüssen leichter unterliegt. Auch bei der Krankheitsdauer äußert sich der Einfluß der Lohnklassen nach den früher genannten zwei Richtungen. Je höher die Lohnklasse ist, umso günstiger sind die äußern Bedingungen, desto weniger leicht sollte Krankheit zu erwarten sein. Ist eine Krankheit aufgetreten, so sind die äußeren Bedingungen so günstig, daß die Krankheit in schnellster Zeit der Heilung zugeführt werden sollte. Dieser Einfluß wird aber durch den andern, nach entgegengesetzter Richtung wirkenden paralysiert und sogar unkenntlich gemacht. Je höher eben das Einkommen ist, umso leichter kann der Kranke sich Zeit bei seiner Wieder-

herstellung und zu seiner Erholung lassen. In besonders klarer Weise tritt der Einfluß des Einkommens auf dem Schaubild (Fig. 18) zutage, das die Krankheitsdauer nach Lohnklassen bei der O. K. K. der Kaufleute zu Berlin darstellt.

Allgemeine Krankheitsdauer bei der O. K. K der Kaufleute in Berlin nach Lohnklassen.

I. Männer.

Lohnklasse	Krankheitstage				
	absolut	auf je 1 Mitglied			
	1910	1909	1910	1911	Durchschnitt 1909—1911
I.	324 130	13,79	12,97	13,55	13,43
II.	195 523	11,62	11,26	11,38	11,42
III.	120 276	8,85	7,90	8,24	8,33
IV.	59 792	5,63	5,69	5,73	5,35
V.	35 428	7,44	6,84	6,82	7,03

II. Frauen.

Lohnklasse	Krankheitstage				
	absolut	auf je 1 Mitglied			
	1910	1909	1910	1911	Durchschnitt 1909—1911
I.	50 653	15,35	16,73	15,42	15,83
II.	59 343	11,88	12,89	13,91	12,89
III.	207 386	13,59	13,96	15,18	14,24
VI.	258 349	13,37	13,07	13,88	13,44
V.	92 256	9,13	9,02	9,35	9,16

Bei den Männern ist die Krankheitsdauer am höchsten in der ersten, bestbezahlten Lohnklasse, mit jeder neuen Lohnklasse sinkt die Krankheitsdauer weiter und steigt erst wieder in der letzten Lohnklasse an. Bei einem Krankengeld von 50 Pfennig ist man eben gezwungen, so schnell als möglich die Arbeit wiederaufzunehmen; das rächt sich dann aber wieder dadurch, daß der geschwächte Organismus immer wieder zu neuen Erkrankungen neigt und durch diese Steigerung der Krankheitshäufigkeit auch eine solche der Krankheitsdauer bedingt wird. Die Krankheitsdauer der Frauen ist in dem Schaubild in allen Lohnklassen länger. Die Kurve selber zeigt aber bemerkenswerte Abweichungen von derjenigen der Männer. Die Kurve fällt zunächst in entsprechender Weise wie bei den Männern ab. Bereits in der dritten und vierten Lohnklasse nimmt dann aber die Krankheitsdauer zu. Es muß hierin wohl der Einfluß des gebährfähigen Alters zu erblicken sein, der aus äußern, gesellschaftlichen und sozialen Rücksichten in den beiden ersten Lohnklassen nicht derartig zum Ausdruck kommt. In der letzten Lohnklasse sinkt dann wieder die Krankheitsdauer. Diese Verschiedenheiten im Verlauf der Kurve bei Männern und Frauen sind einmal dadurch bedingt, daß die Männer mit wenigen Ausnahmen fast durchweg für eine Familie zu sorgen haben. Nur bei der letzten Lohnklasse, die hauptsächlich Lehrlinge enthält, trifft das nicht zu. Bei den Frauen ist der Familienstand recht verschieden. Außerdem sind aber gerade die schlechter gezahlten Frauen noch Mitglieder der elterlichen Familie, so daß der Einfluß des Einkommens weniger hervortritt, während die besser bezahlten Frauen häufig Witwen mit Kindern sind oder aus andern Rücksichten alle ihre Kräfte anspannen müssen, um

möglichst viel Geld zu verdienen, so daß auch bei diesen der besondere Einfluß der Einkommenshöhe nicht zum Ausdruck kommt.

Wir hatten schon gesehen, daß die Krankheitshäufigkeit in ganz besonderer Weise von der Art der Kassenleistungen abhängt. Dieser Einfluß macht sich bei der Krankheitsdauer noch stärker bemerkbar. Wenn wir annehmen, daß die Gewährung der Regelleistungen eine gewisse Krankheitsdauer bedingt, so steigert eine jede Mehrleistung, welcher Art sie auch sein möge, diese Krankheitsdauer. Die Verkürzung der Wartezeit äußert sich z. B. in der Weise, daß alle die Tage, die bisher unentschädigt blieben, nun in Anrechnung kommen. Außerdem hat die Verkürzung der Wartezeit noch zur Folge, daß die Krankheitshäufigkeit steigt, wie vorher ausgeführt wurde, und diese Steigerung bedingt ihrerseits natürlich wieder eine Steigerung der Krankheitsdauer. Eine Erhöhung des Krankengeldes über den Regelbetrag wiederum hat eine Erhöhung der Krankheitshäufigkeit und damit eine ebensolche der Krankheitsdauer zur Folge. Ähnlich wirkt die Einführung der Rekonvaleszentenfürsorge, die Erweiterung der Wochenhilfe usw. Durch Aufstellung von Morbiditätsserientafeln hat Mayet in der Leipziger Statistik ermittelt, welch einen Einfluß die Erweiterung der Kassenleistungen auf die Krankheitsdauer hat. Sie erhöht sich beispielsweise bei Verlängerung der Unterstützungszeit von 26 auf 34 Wochen bei der Leipziger Kasse um 2,6 %. Ein gewisser Gradmesser für die Mehrleistungen ist die statistisch vergleichbare Verlängerung der Unterstützungsfrist. Die Krankenhilfe dauert in der Regel 26 Wochen. Diejenigen Kassen, die überhaupt Mehrleistungen gewähren, pflegen zuerst an die Verkürzung der Wartezeit und an die Erhöhung des Krankengeldes zu gehen. Erst dann folgt gewöhnlich eine Verlängerung der Unterstützungszeit auf 39 oder 52 Wochen oder in seltenen Fällen sogar darüber hinaus. Die Verlängerung der Unterstützungszeit hat also gemeinhin auch die Gewährung anderer Mehrleistungen zu Vorgängern, die bereits ihrerseits auf die Verlängerung der Krankheitsdauer einwirken. In dem Schaubild (Fig. 19) sind nun einmal die Krankheitstage bei den einzelnen Kassenarten während der Zeit von 1885—1910 als Kurve dargestellt, ferner ist das Prozentverhältnis der Kassen, die länger als 26 Wochen Krankenhilfe gewähren, zum Ausdruck gebracht. Es findet sich, daß die Dauer der Krankenhilfe und die Dauer der Krankheit in einem Verhältnis zueinander stehen, das gewiß nicht zufällig ist. Natürlich kann die Dauer der Krankenhilfe nicht alle Mehrleistungen zugleich umfassen, deswegen sind z. B. die Ortskrankenkassen verhältnismäßig zu hoch an der Krankheitsdauer beteiligt; das Schaubild gibt aber immerhin doch ein gewisses Bild davon, wie die Erweiterung der Krankenhilfe auf die Krankheitsdauer einwirkt. Die Ersatzkassen allein konnten nicht berücksichtigt werden, da bei ihnen ganz einzigartige Verhältnisse vorliegen. Ihr Mitgliedermaterial ist anders zusammengesetzt, worauf ich schon mehrfach hingewiesen habe;

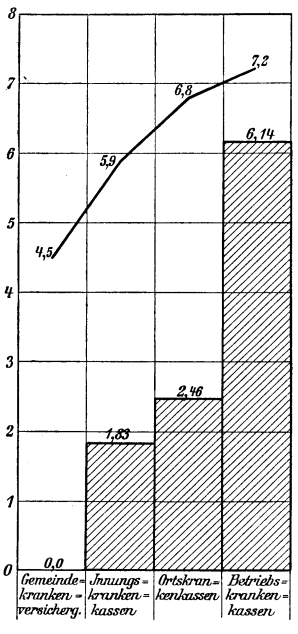


Fig. 19. Unterstützungsdauer und allgemeine Krankheitsdauer.

die Mitglieder werden vor ihrer Annahme auf den Gesundheitszustand untersucht, die Beiträge wurden zum Teil von den Versicherten allein aufgebracht, die Mehrleistungen müssen als Werbemittel dienen, die Organisation ist vielfach eine gewerkschaftliche usw. Alle diese Umstände treten zusammen und bewirken, daß zwar mehr als 15 % der Ersatzkassen (damals noch eingeschriebene Hilfskassen) eine Verlängerung der Unterstützungsdauer hatten, daß die Krankheitsdauer trotzdem aber nur 6,9 betrug. Diese Tatsache beweist, daß es auch Einflüsse gibt, welche die Wirkung der Kassenleistungen aufheben können. Im allgemeinen ist aber daran festzuhalten, daß die Erweiterung der Kassenleistungen auch eine Verlängerung der Krankheitsdauer zur Folge hat. Das Schaubild hatte bereits zum Ausdruck gebracht, daß die Krankheitsdauer in den verschiedenen Kassenarten recht verschieden ist. Diese Verschiedenheit wird eben in erster Linie durch die Verschiedenheit der Kassenleistungen, sodann aber durch die Art der ärztlichen Versorgung, die Beschaffenheit des Mitgliedermaterials, die Art der Verwaltung u. a. m. bedingt.

Die Art der ärztlichen Versorgung steht ohne Zweifel in Beziehungen zur Krankheitsdauer, nur wird ihr Einfluß vielfach übertrieben, um agitatorisch ausgenutzt zu werden. Besonders will man damit die freie Arztwahl treffen und beweisen, daß dieses System unweigerlich zu einer Erhöhung der Krankheitsdauer führen müsse, die die Kassenfinanzen ruiniere. Daß die Krankheitshäufigkeit und -dauer in Beziehungen zu der ärztlichen Versorgung stehen, ist ohne weiteres einleuchtend; aber dieser Einfluß ist geradezu bedeutungslos gegenüber den vielfachen anderen, die mit elementarer Macht die Krankheitsdauer beeinflussen. Der Hauptverband deutscher Krankenkassen bringt in seinem Geschäftsbericht für 1911 das Ergebnis einer Umfrage, die er bei den ihm angeschlossenen Ortskrankenkassen angestellt hat. In dieser Umfrage ist die Art der ärztlichen Versorgung und ihr Einfluß auf Krankheitshäufigkeit und -dauer behandelt. Des Zusammenhangs wegen komme ich hier nochmals auf die Krankheitshäufigkeit zurück. Die Umfrage umfaßte 259 Kassen mit 2 563 147 Mitgliedern. Die ärztliche Versorgung erfolgt

A durch bestimmte fixierte Kassenärzte;
B durch fixierte Kassenärzte, unter denen die Wahl freisteht;
C durch Ärzte mit organisiert freier Arztwahl;
D durch beliebige Ärzte, ohne daß ein Arztvertrag besteht.

Bei der letzten Gruppe, die nur 14 Kassen mit 50 000 Versicherten umfaßt, kommen durchschnittlich kleinere Orte in Betracht. Nun verhielt sich bei

	A	B	C	D
die Krankheitshäufigkeit (Fälle mit Arbeitsunfähigkeit)	39,17	47,87	50,40	47,17
die Krankheitsdauer	9,1	10,4	10,5	9,4

Von grundlegenden Unterschieden kann man angesichts solcher Zahlen wohl nicht sprechen. Es geht daraus nur hervor, daß in kleinen Städten, wo sowohl A als D allein möglich sind, die Krankheitshäufigkeit und -dauer kleinere Ziffern zeigen als in großen Orten. Das Arztsystem selber hat wohl einen gewissen Einfluß, der aber von keiner grundsätzlichen Bedeutung ist und gegenüber dem Einfluß des Alters, Geschlechts, Berufs und Einkommens der Mitglieder und besonders dem Einfluß der Kassenleistungen verschwindet.

Ebensowenig von grundsätzlicher Bedeutung für die Krankheitsdauer ist die Krankenkontrolle, die aber trotzdem einen mindernden Einfluß ausübt.

So wichtig die Kontrolle und die ärztlichen Nachuntersuchungen aus finanziellen Rücksichten für die Kassen sein mögen, so darf man doch nicht daraus den Schluß ziehen, daß Simulation in der Krankenversicherung besonders häufig sei. Es ist immer nur ein kleiner Teil von Mitgliedern, die überhaupt nachuntersucht werden, und es sind stets solche Leute, die der Arzt oder der Kontrolleur selbst bestimmt haben, da ihnen Zweifel an der weiteren Arbeitsunfähigkeit des Patienten aufgestiegen waren. Es muß auch erwähnt werden, daß manche Ärzte die Nachuntersuchungskommission mißbrauchen, indem sie selber sich scheuen, Kranke arbeitsfähig zu schreiben und das Odium von sich auf die Kommission abwälzen wollen.

Auf 100 Mitglieder kamen Krankheitstage bei Ortskrankenkassen mit einer Mitgliederzahl von

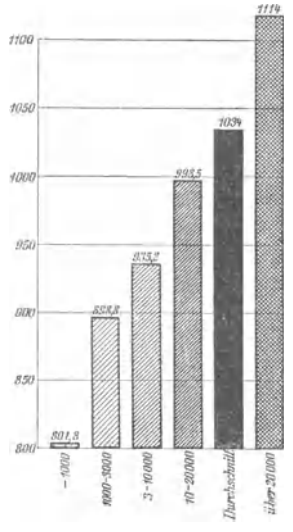


Fig. 20. Allgemeine Krankheitsdauer in Ortskrankenkassen verschiedener Größe.

Die Grundlagen sind die nämlichen wie in der Fig. 14. Jedoch ist hier als Maßstab die Zahl der Krankheitstage auf 100 Mitglieder verwertet. Die Abbildung zeigt, daß die Zahl der Krankheitstage in lückenloser Folge mit der Größe der Krankenkassen anschwillt, und daß die Differenz zwischen den ganz kleinen und den ganz großen Krankenkassen sehr erheblich ist.

Ich komme nunmehr zu den Beziehungen zwischen Kassengröße und Krankheitsdauer. An sich kann natürlich die Kassengröße keinen Einfluß auf die Krankheitsdauer haben, aber es kommen eine Reihe von Momenten zusammen, die einen solchen Einfluß ausüben, und die selber von der Kassengröße abhängig sind. So äußert sich der Einfluß der Großstadt, der Lohnverhältnisse, der Lebensmittelpreise, der Wohnungsverhältnisse usw. zum Teil in der Kassengröße. Denn ganz kleine Kassen sind unter normalen Verhältnissen nur in kleinen Städten oder auf dem Lande zu finden, ganz große Kassen wieder nur in Großstädten. Das Schaubild (Fig. 20) zeigt, wie die Krankheitsdauer mit der Kassengröße beständig zunimmt. Die kleinsten Kassen haben auch die kürzeste Krankheitsdauer, die größten wiederum die längste. Wenn darin zum Teil auch die Leistungsfähigkeit der größeren Kassen ausgedrückt wird, so geschieht es doch nur zum Teil. Es ist nicht zu verkennen, daß die Größe der Kassen selber zum andern Teil daran schuld ist. Denn je größer die Kasse ist, um so unübersichtlicher werden die Verhältnisse, die Kontrolle leidet, die Kassen werden ungebührlich ausgenutzt, die Verwaltung wird schwerfällig, die Selbstverwaltung hört auf und der Kassenrendant beginnt zu herrschen. Es ist auffallend, daß alle diese Tatsachen nicht berücksichtigt werden, und daß man einer ungehinderten Zentralisierung der Kassen das Wort redet. Das Schaubild beweist jedenfalls, daß das heutige Ideal, Kassenmonstra zu schaffen, nicht das Ideal der Zukunft sein wird.

Entwicklung der allgemeinen Krankheitshäufigkeit und -dauer.

Krankheitshäufigkeit mit Arbeitsunfähigkeit und Krankheitsdauer haben im Laufe der Jahre eine Entwicklung durchgemacht, die aus dem Schaubild (Fig. 21) ersichtlich ist. Die Krankheitshäufigkeit zeigt zwar im Laufe der Zeit Schwankungen. Aber diese Schwankungen gleichen sich schnell wieder aus, so daß die Kurve mit einer gewissen Gleichmäßigkeit verläuft. Die Krankheitshäufigkeit hat sich nicht nennenswert verändert, auch der Abstand zwischen Männern und Frauen in der Krankheitshäufigkeit zeigt sich konstant. Die Frauen erkranken in der Gesamtheit nicht so häufig wie die Männer. Ganz anders ist der Verlauf der Kurve, welche die Krankheitsdauer darstellt. Bei beiden Geschlechtern hat die Zahl der Krankheitstage zugenommen,



Fig. 21. Entwicklung der allgemeinen Krankheitshäufigkeit und Krankheitsdauer.

bei den Frauen erfolgte die Zunahme schneller als bei den Männern. Die Jahre 1899 und 1903 bringen Unregelmäßigkeiten in die Kurve, von denen die letztere wohl durch das Gesetz von 1903 bedingt worden ist. Im Laufe der Jahre zeigen bald die Männer, bald die Frauen eine größere Krankheitsdauer. Nur die Steigerung der Krankheitsdauer ist auf alle Fälle ein konstantes Symptom. Es fragt sich nun, wie diese Erscheinung zu beurteilen ist. Hat man darin ein Zeichen der Degeneration oder der zunehmenden Simulation zu erblicken? Oder hat sich der Gesundheitszustand des Volkes verschlechtert? Nichts von alledem ist der Fall. Die Zunahme der Krankheitsdauer ist vielmehr ein Vorgang, der der Entwicklung des Wirtschaftslebens und der sozialen Gesetzgebung vollkommen entspricht. Wir haben gesehen, wie immer neue Gruppen der Bevölkerung von der Versicherung erfaßt wurden, wie die Versicherung eine Ausdehnung erfahren hat, daß sie nun nicht mehr nur die wirtschaftlich schwachen Volkselemente, sondern weit darüber hinaus auch andere Kreise versorgt. Wir haben gesehen, daß die bessergestellten Personen sich allgemein durch eine längere Krankheitsdauer auszeichnen. Auch der Fortschritt des wirtschaftlichen Lebens und die allgemeine Erhöhung der Löhne sowie die bessere Lebenshaltung haben ihrerseits zu der Vermehrung der Krankheitstage beigetragen. Im Laufe der Zeit haben sich die Krankenkassen zu immer leistungsfähigeren Gebilden entwickelt, sie haben ihre Leistungen erhöht, vermehrt und erweitert, und auch hier muß sich als unausbleibliche Folgerung eine Zunahme der Krankheitsdauer ergeben. Nicht gering ist auch der Umstand zu veranschlagen,

daß die ärztliche Versorgung eine bessere geworden ist. Auch in den kleinen Städten und auf dem Lande ist sie heute wohl überall ausreichend, was man vor 10 bis 20 Jahren nicht behaupten konnte. Die Ärzte sind erheblich besser ausgebildet als früher, und Fortbildungskurse sorgen dafür, daß auch die neuen Errungenschaften der Wissenschaft den Praktikern bekannt und von ihnen ausgenutzt werden. Die Behandlung der Zahnkrankheiten ist ein Gebiet, das früher überhaupt nicht bekannt war. Die Behandlung mit Bädern aller Art, mit elektrischem, ultraviolettem und sonstigem Licht, die Röntgenbehandlung und -durchleuchtung, die Tuberkulin- und Salvarsanbehandlung, die erweiterte Anwendung der Hydro- und Mechanotherapie haben zur Folge, daß für die Patienten mehr Zeit und Geld angewandt wird als früher. Das äußert sich in der allgemeinen Erhöhung der Krankheitskosten und in der Verlängerung der Krankheitsdauer. Nicht die Einführung der freien Arztwahl, sondern der Fortschritt der medizinischen Wissenschaft ist der Faktor, der die ärztliche Versorgung so gänzlich umgestaltet hat, und der auch darauf eingewirkt hat, daß die Krankheitsdauer gestiegen ist, und daß sich die Krankheitskosten vermehrt haben. Es ist nicht wunderbar, daß überall dort, wo die modernen Hilfsmittel der medizinischen Wissenschaft am leichtesten erreichbar sind, nämlich in der Großstadt, auch die Krankheitsdauer die größte ist, wie wir an Berlin sehen. Wenn die Errungenschaften erst auch in den kleineren Städten und auf dem Lande verbreitet sind, so werden wir auch hier eine Zunahme der Krankheitsdauer erleben, es wird dann im Gesamtresultat eine noch größere Zunahme der Krankheitsdauer zu beobachten sein. Auf der andern Seite sehen wir, daß die Krankheitshäufigkeit im allgemeinen nicht zugenommen hat. Trotz aller der Momente, die wir vorher im einzelnen kennen gelernt haben, ist es in der Gesamtheit zu einer Steigerung in der Zahl der Krankheitsfälle nicht gekommen. Hierfür ist nur eine Erklärung möglich. Die einzelnen Krankheiten müssen heute, da sie alle zur Kenntnis kommen und trotzdem keine statistische Steigerung bewirken, tatsächlich abgenommen haben. Die enorme Steigerung der Betriebsunfälle z. B. hat trotzdem nicht vermocht, die Krankheitsziffer zu beeinflussen, wenn auch ein solcher Einfluß auf abgegrenzten Gebieten, wie beim Bergbau, nachweisbar ist. Wir können somit in dem Verhalten der Krankheitshäufigkeit und Krankheitsdauer nur ein erfreuliches Zeichen sehen, das wir ungern missen würden. In dieser Auffassung kann es uns auch nicht irre machen, wenn die nächste Zukunft weitere Steigerungen der Krankheitstage bringt, und wenn diese Steigerung infolge der neuen Gesetzgebung abrupt eintritt und sich sogar vorübergehend auf die Krankheitshäufigkeit erstrecken wird. Es ist überaus schwer, aus der Abnahme der Sterblichkeit bei uns gerade den gesundheitsfördernden Einfluß der sozialen Gesetzgebung beweisen zu wollen. Ich glaube aber, daß nichts diesen Einfluß deutlicher kenntlich machen kann als die Entwicklung der Krankheitshäufigkeit und -dauer bei unserer Krankenversicherung. Auch der wirtschaftliche Wert der Versicherung darf nicht außer acht gelassen werden, da unzweifelhaft viele Personen durch die moderne und intensivere Heilbehandlung lange Zeit hindurch in ihrer Arbeitsfähigkeit erhalten worden sind, die früher schon längst der Armenbehörde zur Last gefallen oder in kümmerlichen Verhältnissen umgekommen wären.

Besondere Krankheitshäufigkeit.

Wir wenden uns jetzt den einzelnen Krankheitsursachen zu und können voraus bemerken, daß dieselben Einflüsse auch bei ihnen wirksam sind, die wir bei der allgemeinen Krankheitshäufigkeit und -dauer kennen gelernt haben. Da wir es aber mit kleineren Zahlen zu tun haben, ist der statistische Nachweis schwierig, wenn nicht gar unmöglich. Immerhin können wir auch hier bemerkenswerte Beziehungen feststellen. Zunächst ist das

Auf 100 Mitglieder kamen 1909—1911 Erkrankungsfälle mit und ohne Arbeitsunfähigkeit:

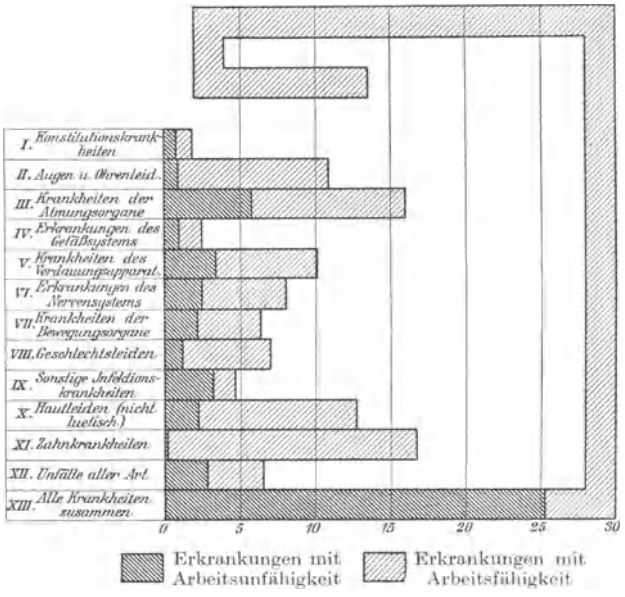


Fig. 22. Besondere Krankheitshäufigkeit der Kaufleute. (Kranken- und Begräbniskasse des Verbandes Deutscher Handlungsgehilfen. Leipzig. Ersatzkasse.)

Verhalten der Krankheiten in bezug auf die Arbeitsfähigkeit recht verschieden. In dem Schaubild (Fig. 22) ist die Krankheitshäufigkeit eines einzelnen Standes, der Kaufleute, zum Ausdruck gebracht. Wir sehen, daß die einzelnen Krankheitsgruppen in ganz verschiedener Bedeutung auftreten. Hier überwiegen nur bei den Infektionskrankheiten die Fälle mit Arbeitsunfähigkeit, während sie bei Zahnkrankheiten, Augen- und Ohrenleiden, Geschlechtskrankheiten eine untergeordnete Rolle spielen. Wenn wir nur die Arbeitsunfähigkeit berücksichtigen, so stehen die Krankheiten der Atmungsorgane an erster Stelle, dann folgen die Krankheiten des Verdauungsapparats, Infektionskrankheiten, Unfälle, Nervenerkrankungen usw. An letzter Stelle stehen die Zahnkrankheiten, dann kommen Augen- und Ohrenleiden und die Erkrankungen des Gefäßsystems. Bei den Fällen mit Erhaltung der Arbeitsfähigkeit überragen die Zahnkrankheiten alle andern bei weitem, dann kommen Krankheiten der Atmungsorgane, Augen- und Ohrenleiden, Hautleiden, Krankheiten des Verdauungsapparats, Geschlechtsleiden usw. Nur wenig Fälle mit Arbeitsfähigkeit finden wir bei den Konstitutionskrankheiten, Infektionskrankheiten, Erkrankungen des Gefäßsystems und

Krankheitshäufigkeit bei Kaufleuten. (Kranken- und Begräbniskasse des Verbandes Deutscher Handlungsgehülfen E. H. Leipzig.)

Art der Krankheiten	Erkrankungen mit Arbeitsfähigkeit				Erkrankungen mit Arbeitsunfähigkeit			
	1909	1910	1911	Durchschnittlich auf 100 Mitglieder	1909	1910	1911	Durchschnittlich auf 100 Mitglieder
I. Konstitutionskrankheiten: Blutarmut, Bluterkrank., Gicht, Rachitis, Skrofulose, Zuckerkrankh.	477	591	565	1,18	262	328	238	0,60
II. Augen- und Ohrenleiden	3 989	4 071	4 373	9,03	382	332	400	0,81
III. Krankh. d. Atmungsorgane: Nasen-, Rachen-, Kehlkopf-, Luftröhren-, Bronchien- u. Lungenerkr., Brust- u. Rippenfellentzündungen . . .	4 426	4 557	5 176	10,28	2 597	2 418	2 855	5,72
IV. Erkrank. d. Gefäßsystems: Arterienverkalkung, Krampfadern, Herzleiden	582	774	730	1,52	427	391	382	0,91
V. Kr. d. Verdauungsapparates: Bauchfell- und Blinddarmentz., Darm-, Gallenstein-, Hämorrhoidal-, Leber-, Magen-, Milz-, Speiseröhrenleid., Gelbsucht	2 781	3 287	3 443	6,91	1 468	1 521	1 667	3,33
VI. Erkr. d. Nervensyst.: Basedowsche Kr., Epilepsie, Gehirnleiden, Geistesstör., Ischias, Nervenl., Rückenmarkskr. .	2 569	2 758	2 537	5,71	1,176	1 105	1 045	2,42
VII. Kr. d. Bewegungsorgane: Gelenk-, Knochen-Muskel-Erkr., Rheumatismus, Sehnenscheidenentz.	1 590	1 955	2 411	4,33	910	808	1 060	2,02
VIII. Geschlechtsleiden: Harnröhren-, Hoden-, Blasenleiden, Leistendrüsenentz., Syphilis . .	2 727	2 787	2 811	6,05	445	472	491	1,02
IX. Sonstige Infektionskrankheiten: Brechdurchfall, Cholera, Diphtherie, Influenza, Keuchhusten, Masern, Pocken, Spitzpocken, Scharlach, Typhus, Genickst. . . .	688	771	636	1,52	1 316	1 578	1 509	3,20
X. Hautleiden (nicht luetisch), Hautauschläge u. Geschwüre aller Art, Nagelbetterkr., Rose. . .	4 645	4 352	4 229	9,61	917	1 120	1 012	2,21
XI. Zahnkrankheiten . .	6 957	7 377	7 806	16,46	86	84	91	0,19
XII. Unfälle aller Art: Ertrinken, Knochenbrüche, Verbrennungen, Verletz., Verstauchungen	1 400	1 742	1 937	3,69	1 382	1 235	1 245	2,80
Alle Erkrankungen zusammen.	32 831	35 022	36 660	76,29	11 368	11 392	11 995	25,23
Mitgliederzahl	44 236	46 105	47 282	—	—	—	—	—

den Krankheiten der Bewegungsorgane. Es handelt sich nun hier nicht etwa um Standardwerte, die eine allgemeine Gültigkeit haben. Vielmehr ist bei jedem Beruf und bei jeder Krankenkasse die Situation eine andere. Auch Verschiedenheiten der Registrierung finden sich, die einen Vergleich erschweren. Nach Prinzing ist dies besonders bei der Angina der Fall, die in Frankfurt zu den Krankheiten der Atmungsorgane, in Wien zu denen

Von je 100 Erkrankungen mit Arbeitsunfähigkeit und je 100 Erkrankungen mit Arbeitsfähigkeit betrafen die einzelnen Krankheitsgruppen:

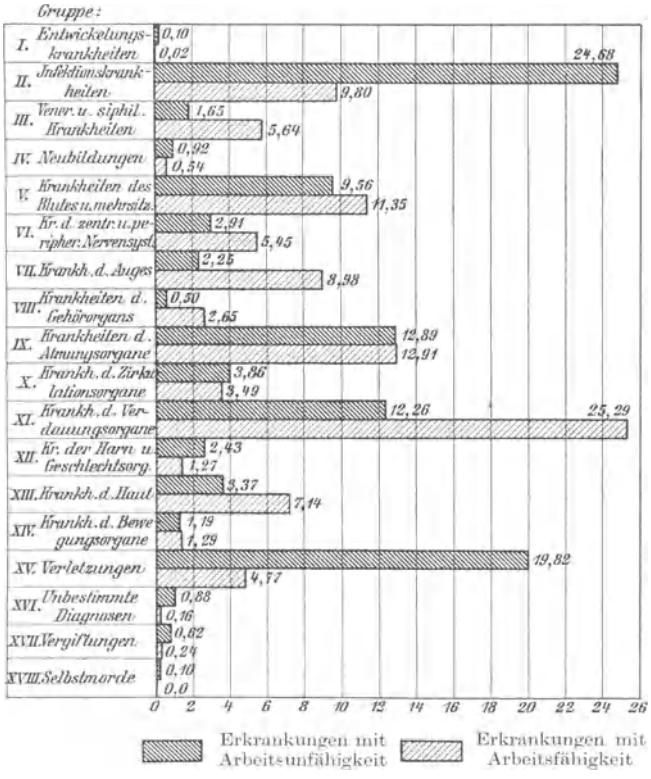


Fig. 23. Besondere Krankheitshäufigkeit der Männer (nach dem Bericht der Genossenschaftskrankenkassen Wiens und Niederösterreichs 1910).

der Verdauungsorgane gezählt wird. Die Krankheiten der Lymphgefäße werden in Magdeburg den Krankheiten der Haut, in Frankfurt denen des Gefäßsystems zugerechnet. In Wien sind Gicht und Rheumatismus zu den Krankheiten des Bluts gezogen, während sonst Gicht bei den allgemeinen und Gelenkrheumatismus bei den Infektionskrankheiten untergebracht ist.

In den folgenden Schaubildern (Fig. 23 und 24) ist die Krankheitshäufigkeit nach Krankheitsgruppen und Geschlechtern getrennt zur Darstellung gebracht, wie sie 1910 bei den Genossenschaftskrankenkassen Wiens beobachtet wurde. Es sind 18 Krankheitsgruppen unterschieden, bei den Frauen kommt noch als 19. Gruppe Geburt und Wochenbett hinzu. Bei den Männern ragt unter den Erkrankungen mit Arbeitsunfähigkeit die Gruppe Infektionskrankheiten und Verletzungen hervor. Unter den Erkrankungen mit Arbeits-

fähigkeit dominieren die Krankheiten der Verdauungsorgane. Bei den Frauen liegen die Verhältnisse ebenso, nur spielen bei ihnen die Verletzungen keine erhebliche Rolle. Recht häufig bedingen Arbeitsunfähigkeit weiterhin: die Krankheiten der Verdauungsorgane, Krankheiten der Atmungsorgane, Krankheiten des Bluts. Die Reihenfolge ist bei beiden Geschlechtern die nämliche. Dann folgen bei den Frauen die Entwicklungskrankheiten, die

Von je 100 Erkrankungen mit Arbeitsunfähigkeit und je 100 Erkrankungen mit Arbeitsfähigkeit betrafen die einzelnen Krankheitsgruppen:

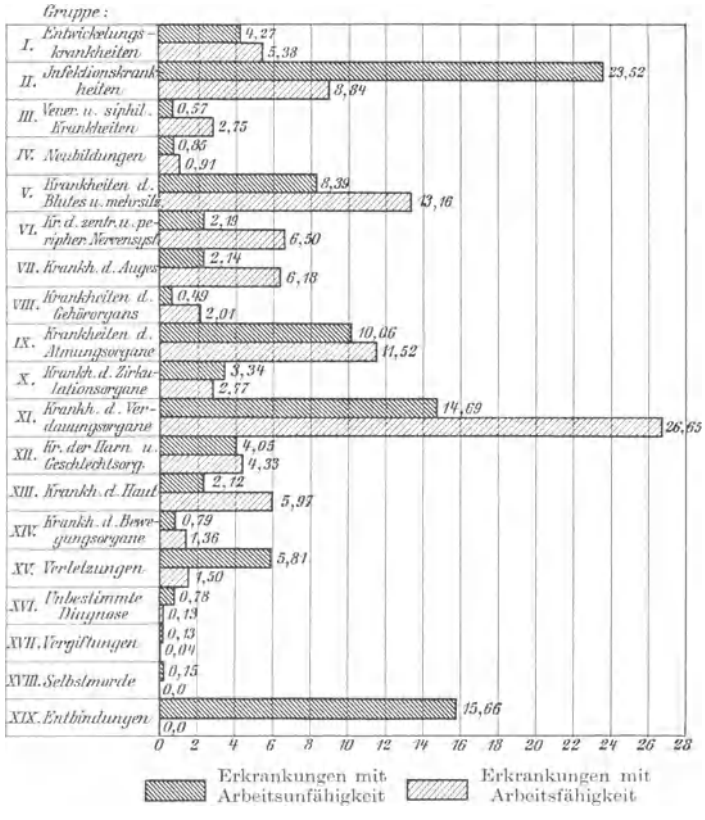


Fig. 24. Besondere Krankheitshäufigkeit der Frauen (nach dem Bericht der Genossenschaftskrankenkasse Wiens und Niederösterreichs 1910).

bei den Männern überhaupt nicht nennenswert in Erscheinung treten. Bei den Frauen haben sie auch einen beträchtlichen Anteil unter den Krankheiten mit Arbeitsfähigkeit. Man begreift dieses unterschiedliche Verhalten, wenn man hört, daß die Bedeutung dieser Gruppe hauptsächlich durch Menstruations-, Schwangerschafts- und Geburts- und Wochenbettsanomalien bedingt wird. Bei den Infektionskrankheiten wird mehr als die Hälfte durch Tuberkulose verursacht, etwa der 5. Teil durch Zellgewebsentzündung und rund der 10. Teil durch Influenza. Der bedeutende Anteil der Verdauungskrankheiten an den Erkrankungen mit Arbeitsfähigkeit wird hauptsächlich durch die Zahnkrankheiten hervorgerufen, die fast die Hälfte der Krankheitsfälle dieser Gruppe bedingen. Sonst sind bei den Krankheiten der Verdauungs-

organe die Fälle mit Arbeitsfähigkeit und -unfähigkeit fast gleich verteilt; von Bedeutung sind dabei: akuter Magenkatarrh, akuter Darmkatarrh und Erkrankungen der Mandeln. Unter den Krankheiten der Atmungsorgane steht an erster Stelle der akute Bronchialkatarrh, der die Hälfte der Fälle mit Arbeitsunfähigkeit und gar ¾ der Fälle mit Arbeitsfähigkeit verursacht. Die 5. Gruppe: Krankheiten des Bluts und mehrsitzige, zeigt eine recht verschiedenartige Beteiligung nach Geschlechtern. Bei den Männern überwiegt der akute und chronische Rheumatismus so sehr, daß alle andern Krankheiten dahinter verschwinden. Bei den Frauen macht er auch ⅔ bis ½ aller Fälle aus, der Rest fällt aber bei ihnen fast ausschließlich auf Chlorose und Anämie, die bei den Männern seltener vorkommen. — Ein gleichartiges Verhalten zeigen in gewisser Weise die Krankheiten des Nervensystems, der Augen und der Haut. Bei allen drei Gruppen ist der Anteil an den Krankheiten mit Arbeitsfähigkeit doppelt so groß wie derjenigen mit Arbeitsunfähigkeit. Auch sind die Erkrankungen der Augen und der Haut bei den Frauen verhältnismäßig stärker vertreten als bei den Männern. Bei den Krankheiten des Nervensystems mit Verlust der Arbeitsfähigkeit treten Neuralgien, Hysterie, Geistesstörungen und Rückenmarksentzündung stärker hervor, bei den Krankheiten mit Erhaltung der Arbeitsfähigkeit wird mehr als die Hälfte durch Neuralgien, der Rest hauptsächlich durch Hysterie bedingt. Unter den Augenerkrankungen verursachen die Leiden der Bindehaut und der Hornhaut die allermeisten Fälle von Arbeitsunfähigkeit, mit Arbeitsfähigkeit gehen besonders funktionelle Störungen und wieder Bindehauterkrankungen einher. Die Krankheiten der Haut verteilen sich mehr oder minder ungleichmäßig auf die einzelnen Diagnosen, einen großen Teil der Fälle bedingt das Ekzem. — Bei den Geschlechtskrankheiten ist auch die Arbeitsfähigkeit häufig erhalten. Am meisten tritt diese Tatsache beim Tripper hervor, wo die Fälle mit Arbeitsunfähigkeit noch nicht den 10. Teil der ambulant behandelten Fälle ausmachen. Bei den Erkrankungen des Gehörorgans ist auch in der Regel die Arbeitsfähigkeit erhalten. Ein anderes Verhalten zeigen die Krankheiten der Zirkulationsorgane. Hier halten sich die Fälle mit Arbeitsfähigkeit und -unfähigkeit die Wage. Unter den letztgenannten beanspruchen die Herzklappenfehler mit mehr als der Hälfte den Löwenanteil, sie gehen aber auch häufig mit Arbeitsfähigkeit einher. Etwa den 10. Teil beanspruchen in beiden Fällen die Erkrankungen der Arterien, während die Krankheiten der Venen viel häufiger sind als diese, aber meist die Arbeitsfähigkeit nicht stören. Unter den Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane werden bei Männern und Frauen Unterschiede beobachtet, die hauptsächlich durch den Geschlechtscharakter bedingt sind. So spielen bei den Männern die Erkrankungen der Hoden usw., bei den Frauen die der Gebärmutter und des Eierstocks eine Rolle. Die Männer erkranken hier vorzugsweise mit Arbeitsunfähigkeit, die Frauen setzen bei den Erkrankungen der Scheide und der Gebärmutter meist die Arbeit fort. Bei den Erkrankungen der eigentlichen Harnorgane tritt der Blasenkatarrh bei beiden Geschlechtern in relativ gleicher Häufigkeit auf, die Nierenentzündung befällt hauptsächlich die Männer und verursacht überwiegend Arbeitsunfähigkeit. Auf die übrigen Krankheiten braucht nicht näher eingegangen zu werden, die Verletzungen werden in dem Kapitel über Unfall genauer behandelt.

Wie ich schon erwähnte, werden bei den meisten Kassen die mit Arbeitsfähigkeit einherlaufenden Krankheitsfälle nicht näher registriert.

Man ist in der Regel auf die Krankheitsfälle mit Arbeitsunfähigkeit beschränkt. In dem folgenden Schaubild (Fig. 25) sind die Krankheitsfälle mit Arbeitsunfähigkeit nach Krankheitsgruppen und Geschlechtern getrennt dargestellt, wie sie sich aus der großen Leipziger Statistik ergeben.

Auf je 1000 männliche und weibliche Pflichtmitglieder entfallen in den einzelnen Krankheitsgruppen Krankheitsfälle:

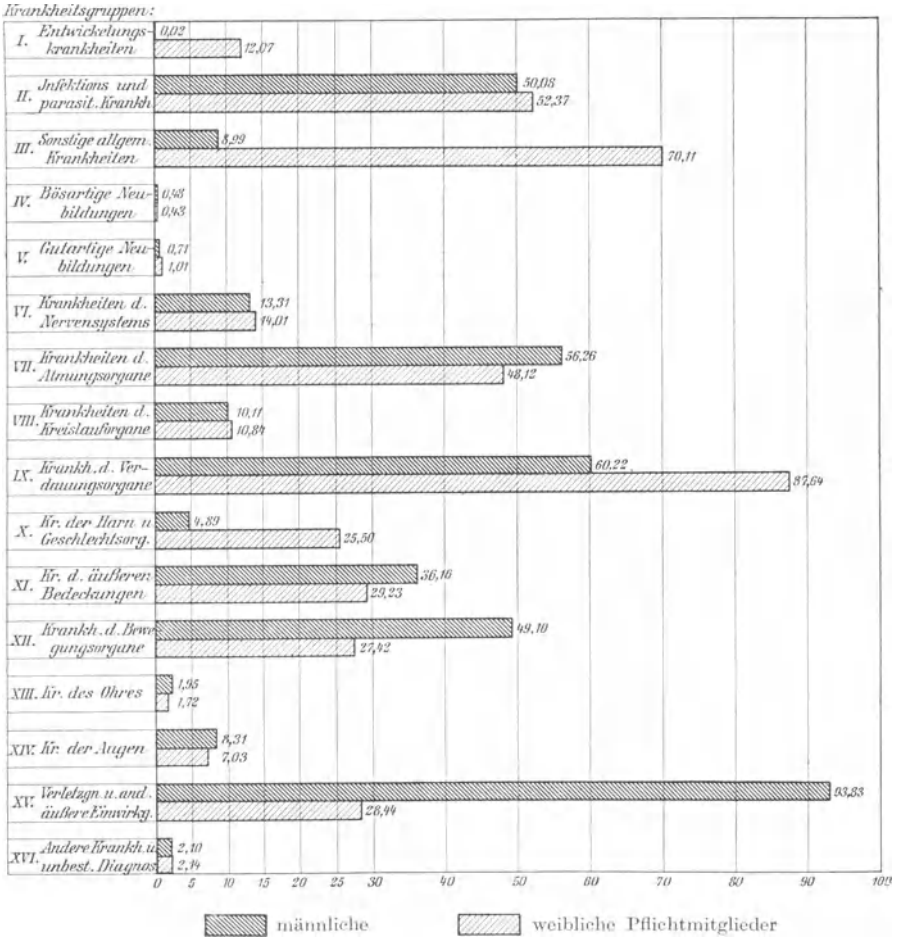


Fig. 25. Krankheitsfälle mit Arbeitsunfähigkeit nach Krankheitsgruppen (Leipziger Statistik).

Die häufigsten Erkrankungen fallen danach bei den Männern auf die Krankheitsgruppen: Verletzungen, Krankheiten der Verdauungsorgane, der Atmungsorgane, Infektionskrankheiten, Krankheiten der Bewegungsorgane. Bei den Frauen treten hervor: Krankheiten der Verdauungsorgane, allgemeine Krankheiten, Infektionskrankheiten, Krankheiten der Atmungsorgane usw. Die Verschiedenheit der Reihenfolge gegenüber der Wiener Statistik ist weniger durch die Verschiedenheit des Materials und der statistischen Aufstellung bedingt als durch die Verschiedenheit, mit der die

Auf 100 durchschnittliche Mitglieder treffen Krankheitsfälle (Frankfurter Statistik)

	a. = arbeitsfähig, u. = arb.-unfäh. erkr.	Männliche Personen										
		Fabrikarbeiter, Tagelöhner	Dienstboten	Fuhrleute, Kutscher	Kellner	Kaufleute aller Art	Buchdrucker	Schneider	Schreiner	Maler	Schlosser	Alle Berufe
1. Infektionskrankheiten	a.	0,9	1,0	0,2	2,1	1,8	1,6	1,7	0,5	1,0	1,0	1,2
	u.	4,3	2,7	3,6	3,0	2,5	5,2	3,8	4,2	3,7	4,1	3,7
2. Anämie u. Chlorose	a.	0,3	0,5	—	0,7	1,5	0,7	0,7	0,6	0,7	0,3	0,5
	u.	0,1	0,1	—	0,1	0,3	0,1	0,2	0,1	0,4	—	0,1
Syphilis	a.	2,2	2,9	1,4	2,7	6,6	3,7	3,3	2,5	1,1	3,6	3,1
	u.	0,4	0,8	0,1	1,5	0,9	0,6	0,2	0,7	—	0,4	0,6
Bleivergiftung	a.	0,1	—	0,1	—	—	0,3	—	—	1,8	—	0,1
	u.	0,7	0,2	—	—	—	0,9	—	0,3	4,2	0,3	0,5
Andere allgemeine Erkrankungen	a.	0,4	0,6	0,1	0,7	1,1	0,3	0,5	0,5	0,1	0,6	0,6
	u.	0,4	0,3	0,4	0,1	0,3	0,7	0,2	0,8	1,5	0,6	0,4
3. Neuralgien	a.	0,7	1,3	1,1	1,1	2,5	1,6	1,5	0,8	0,4	0,9	1,2
	u.	0,2	0,1	0,2	—	0,4	0,5	0,5	0,7	0,3	0,3	0,3
Andere Nervenkrankheiten	a.	0,7	1,2	0,2	1,2	2,7	1,6	1,2	0,8	0,8	0,7	1,1
	u.	0,6	0,9	0,6	0,6	0,8	0,5	1,7	0,7	1,1	0,4	0,7
4. Herz- u. Gefäßerkrank.	a.	0,9	1,2	0,7	1,4	2,4	1,3	1,5	1,0	0,7	1,0	1,2
	u.	0,9	0,7	1,1	0,4	0,8	1,2	0,3	0,8	0,4	1,0	0,8
5. Angina	a.	1,5	3,0	1,2	3,3	3,8	2,4	2,7	2,5	1,0	2,4	2,3
	u.	1,6	1,7	1,5	0,8	2,3	2,3	1,8	1,9	1,4	2,0	1,4
Krankheiten der Atmungsorgane	a.	6,6	9,7	6,8	9,5	12,0	10,7	9,7	10,4	5,5	7,1	8,4
	u.	8,3	4,9	6,3	3,7	4,2	7,2	6,6	7,8	5,5	6,5	6,4
6. Zahnleiden	a.	5,2	7,4	3,6	4,0	9,9	9,2	5,5	5,7	4,7	7,0	6,2
	u.	0,3	0,1	0,3	0,1	0,3	0,4	—	0,3	0,5	0,4	0,3
Krankheiten der Verdauungsorgane	a.	5,7	7,8	6,4	7,4	9,4	6,3	7,0	6,4	4,9	7,3	6,9
	u.	4,9	3,4	3,3	3,0	3,3	3,6	3,7	3,6	5,3	4,1	4,1
7. Krankheiten der Niere und Blase	a.	0,7	0,9	0,6	0,5	1,5	1,2	0,8	1,1	0,3	1,1	0,9
	u.	0,2	0,2	—	0,3	0,4	0,2	0,2	0,1	0,4	0,2	0,2
Krankheiten der Geschlechtsorgane	a.	0,5	1,2	0,6	1,2	3,3	1,6	1,2	1,0	0,3	1,0	1,2
	u.	0,4	0,4	0,7	0,5	0,4	0,2	0,2	0,8	0,5	0,6	0,5
8. Krankheiten der Bewegungsorgane	a.	4,9	6,7	4,1	6,1	7,0	4,5	7,7	5,5	4,1	5,2	5,5
	u.	7,9	5,0	7,9	3,7	2,9	4,6	4,2	7,4	5,7	6,5	5,9
9. Krätze	a.	0,3	0,7	0,7	0,8	0,4	0,5	0,5	0,4	0,3	0,4	0,4
	u.	0,2	0,4	0,3	0,3	—	0,1	1,0	—	—	0,4	0,3
Geschwüre u. Abzesse	a.	1.7	2,6	1,2	2,7	4,0	3,1	1,8	2,2	1,7	2,5	2,3
	u.	1,3	0,8	1,7	1,0	0,9	1,0	0,8	0,7	1,1	1,5	1,1
Andere Hautkrankh.	a.	4,3	6,6	3,2	7,5	11,7	7,3	4,8	4,5	3,9	5,8	6,1
	u.	3,2	2,8	1,8	2,3	1,5	2,1	2,7	3,7	2,5	4,1	2,8
10. Krankheiten des Auges	a.	5,4	5,0	3,6	2,7	11,2	8,1	9,5	5,0	4,6	11,6	6,8
	u.	0,9	0,5	0,3	0,6	0,8	1,4	0,8	0,8	0,7	2,4	1,0
Krankheiten d. Ohres	a.	1,4	1,7	1,0	1,4	2,6	1,8	3,0	1,0	1,1	2,1	1,7
	u.	0,2	0,1	—	0,2	0,3	0,3	0,2	—	—	0,3	0,2
11. Unfälle u. Verletzung.	a.	5,3	6,1	6,9	6,0	6,5	3,9	3,3	6,6	2,8	8,0	5,7
	u.	11,0	6,6	11,6	4,8	2,5	5,4	2,8	7,0	5,4	12,5	7,9
12. Ohne Angaben	a.	0,8	0,9	0,6	0,5	1,0	0,8	0,8	0,7	0,6	1,0	0,8
	u.	0,5	0,3	0,3	0,3	0,3	0,4	—	0,3	0,3	0,4	0,4
Zusammen	a.	50,5	69,0	44,3	63,5	102,9	72,5	68,7	59,7	42,4	70,6	64,2
	u.	48,5	33,0	42,0	27,3	26,1	38,9	31,9	42,7	40,9	49,0	39,9

einzelnen Krankheiten bei den Krankheitsgruppen untergebracht werden. Jedenfalls ergibt sich auch hier, daß Männer und Frauen in ganz verschiedener Häufigkeit von den einzelnen Krankheiten befallen werden, daß bald der Anteil der Männer und bald derjenige der Frauen überwiegt.

Aber auch bei demselben Geschlecht unterscheiden sich die einzelnen Personenkategorien voneinander nach Beruf, Alter, Einkommen usw. Der Einfluß des Berufs geht aus den Tabellen hervor, die der Frankfurter Krankheitsstatistik entnommen sind. Bei den Infektionskrankheiten sind die Kellner besonders häufig in der Lage, ihrem Berufe nachgehen zu können, während diese Möglichkeit bei den Fuhrleuten und Kutschern anscheinend fast gleich Null ist. Trotzdem stehen nicht die Fuhrleute und Kutscher bei den Fällen mit Arbeitsunfähigkeit an der Spitze, sondern die Buchdrucker, so daß in dieser Tatsache der besondere Zusammenhang zwischen Berufsschädlichkeit und Infektionsgefahr sich ausdrückt. Bei der Syphilis zwingen vielfach soziale Rücksichten gewisse Gesellschaftskreise, die Krankheit geheim zu halten, während diese Rücksichten in andern Kreisen wegfallen. Daher stellen die Kaufleute, die schon überhaupt häufig nach dieser Statistik hieran erkranken, das größte Kontingent bei den Fällen mit Arbeitsfähigkeit. Bei der Angina sieht man, daß gewisse Beziehungen zwischen den Fällen mit Arbeitsfähigkeit und Arbeitsunfähigkeit bestehen. Kaufleute, Kellner und Dienstboten setzen dabei meistens die Arbeit fort, aber Kaufleute und Dienstboten erkranken auch über dem Durchschnitt mit Arbeitsunfähigkeit. Bei den Krankheiten der Atmungs-, der Verdauungs- und der Bewegungsorgane ergeben sich bei den einzelnen Berufen erhebliche Verschiedenheiten, die aus den mannigfachsten Ursachen herrühren. Bei den Frauen ergeben sich ähnliche Verhältnisse, obwohl hier nur wenige Berufe miteinander verglichen sind. So

In Frankfurt kamen 1896 auf je 100 weibliche Kassenmitglieder

	Dienstboten		Kellnerinnen		Ladnerinnen		Näherinnen		Alle Berufe	
	arbeitsfähig	arbeitsunfähig	arbeitsfähig	arbeitsunfähig	arbeitsfähig	arbeitsunfähig	arbeitsfähig	arbeitsunfähig	arbeitsfähig	arbeitsunfähig
Infektionskrankheiten	1,5	3,3	1,5	3,6	1,5	3,9	1,0	4,4	1,6	4,0
Mandelentzündung	2,2	1,9	3,2	2,0	5,1	3,7	4,1	3,2	3,0	3,0
Anämie und Chlorose	9,6	1,9	9,2	1,7	23,9	6,2	17,1	6,2	14,6	5,0
Syphilis	0,3	0,5	—	0,2	0,1	—	0,5	0,3	0,4	0,2
Nervenkrankheiten	2,3	0,3	2,3	0,3	7,3	1,7	4,4	1,8	4,5	1,2
Krankh. d. Verdauungsorgane	8,3	4,1	12,6	4,3	10,2	5,5	9,8	6,7	9,5	6,1
,, ,, Zirkulationsorgane	0,9	0,5	2,3	1,5	2,0	0,7	0,9	0,8	1,2	0,8
,, ,, Geschlechtsorgane	2,1	1,0	3,7	2,2	3,7	1,4	2,6	1,0	3,0	1,6
,, ,, Atmungsorgane	6,0	3,3	5,5	4,4	10,7	5,8	8,2	7,0	7,8	5,8
,, ,, Bewegungsorgane	4,7	4,1	7,9	2,5	5,0	2,5	4,7	4,0	4,9	3,9
,, ,, Haut	6,1	4,1	7,9	4,1	11,3	3,0	6,7	2,2	7,5	3,4
,, ,, Augen	3,8	0,6	2,0	0,5	8,0	0,6	6,5	0,6	5,8	0,6
Unfälle und Verletzungen	3,2	2,3	2,3	2,5	2,8	1,0	1,6	1,2	2,4	1,9
Andere Erkrankungen	7,6	1,7	5,0	1,5	18,7	1,9	12,7	1,4	12,8	1,9
Alle Erkrankungen	58,6	29,6	65,1	31,3	110,3	37,9	80,8	40,8	79,0	39,4

erkranken Ladnerinnen und Nähterinnen besonders häufiig an Anämie und Chlorose, gerade bei ihnen findet sich aber auch eine besondere Steigerung der Fälle mit Arbeitsfähigkeit. Diese besondere Steigerung der Fälle mit Arbeitsfähigkeit wiederholt sich bei so vielen Einzelkrankheiten, daß schließlich diese beiden Berufe bei der gesamten Krankheitshäufigkeit auch eine besondere Steigerung bei den Fällen mit Arbeitsfähigkeit zeigen. Umgekehrt liegen die Dinge bei den Unfällen und Verletzungen, wo die Dienstboten

und Kellnerinnen häufiger betroffen werden, aber auch hier zeigt sich, daß das weibliche Geschlecht wenig Neigung zeigt, wegen Krankheit die Arbeit einzustellen.

Der Einfluß des Alters auf die Krankheitshäufigkeit bei den einzelnen Krankheiten geht aus folgender Tabelle der Leipziger Statistik hervor. Im allgemeinen nimmt bei den Männern wie bei den Frauen die Krankheitshäufigkeit mit dem Alter zu. Man kann nun erkennen, daß dieses Gesetz sich auch bei den meisten Einzelkrankheiten bestätigt. Einige Erkrankungen

Auf 1000 ein Jahr unter Beobachtung stehende Personen kamen Erkrankungsfälle mit Arbeitsunfähigkeit (Leipziger Statistik):

Krankheiten	Männliches Geschlecht			Weibliches Geschlecht		
	15—34 Jahre	35—54 Jahre	55—74 Jahre	15—34 Jahre	35—54 Jahre	55—74 Jahre
Bei Schwangerschaft, Geburt . . .	—	—	—	17,3	12,6	—
Tuberkulose	7,4	11,8	12,2	6,9	9,4	8,2
Venerische Erkrankungen	5,7	1,6	0,8	4,2	1,4	0,4
Andere Infektionskrankheiten . . .	36,2	45,6	56,1	40,6	62,5	71,3
Blutarmut	3,5	1,6	1,3	77,3	37,7	9,2
Bleivergiftung	3,5	4,5	3,5	0,8	1,7	0,2
Andere Allgemeinkrankheiten . . .	2,0	7,9	17,7	2,4	7,7	12,0
Krankheiten des Nervensystems .	10,4	24,0	33,4	13,6	32,4	24,5
Krankheiten der Atmungsorgane .	50,9	71,0	137,3	46,1	77,3	117,5
Krankheiten des Herzens	5,9	6,7	15,3	7,0	11,3	13,9
Andere Krankheiten des Kreislaufes.	3,8	5,3	9,2	4,0	8,0	9,4
Halsentzündung	19,7	9,4	4,3	26,2	12,9	5,0
Krankheiten der Verdauungsorgane	41,3	52,4	74,2	60,8	89,1	88,2
Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane	5,2	4,7	8,7	27,3	34,4	10,4
Zellgewebsentzündung	14,0	13,3	12,9	8,4	8,9	10,0
Panaritium	7,0	4,2	3,4	6,5	6,2	4,7
Andere Krankheiten der Haut . . .	16,2	16,7	24,1	12,5	24,3	27,8
Muskelrheumatismus	25,6	54,8	76,9	14,7	47,0	67,4
Chron. Gelenkrheumatismus. . . .	3,3	12,4	19,3	1,8	10,6	14,9
Andere Krankh. d. Bewegungsorgane	9,7	11,7	15,2	6,5	8,0	12,0
Krankheiten des Ohres	2,2	1,6	1,4	1,8	1,6	0,9
Krankheiten der Augen	8,3	8,9	11,1	6,7	9,1	15,8
Verletzungen	90,7	95,7	94,5	26,8	32,7	48,5
Unbestimmte Krankheiten	2,2	2,2	3,1	2,2	2,9	2,9
Zusammen	374,7	468,0	635,9	422,4	549,7	575,1

machen aber nun doch bemerkenswerte Ausnahmen. So ist der Verlauf entgegengesetzt oder zum mindesten gestört bei den Geschlechtskrankheiten, Blutarmut, Bleivergiftung, Halsentzündung, Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane, Zellgewebsentzündung, Panaritium und Krankheiten des Ohrs. Daß die venerischen Krankheiten in den jüngeren Jahren häufiger sind, ist wohl so selbstverständlich, daß darauf nicht näher eingegangen zu werden braucht. Auch die Erkrankungen des Urogenitalapparats werden wegen der gesteigerten Inanspruchnahme des Geschlechtsapparats eine stärkere Beteiligung der jüngeren Altersklassen bedingen. Die Blutarmut ist besonders bei dem weiblichen Geschlecht eine so ausgesprochene Erkrankung der der Pubertät nachfolgenden Periode, daß auch hier die größere Beteiligung der jüngeren Altersklassen nicht weiter auffällig ist. Dagegen ist es wenig bekannt, daß die Krankheiten, die durch bakterielle Eitererreger

hervorgerufen werden, wie Halsentzündung, Zellgewebsentzündung, Panaritium, besonders die jüngern Altersklassen befallen. Ob die jüngern Personen sich durch Unachtsamkeit leichter Infektionen bzw. Erkältungen aussetzen, mag dahingestellt bleiben; wahrscheinlicher ist, daß die Resistenz gegen die Eiterbakterien mit den Jahren etwas zunimmt. Wenn die mittlere Altersklasse etwas stärker von der Bleivergiftung befallen wird, so erklärt sich dies wohl dadurch, daß in den gefährdeten Betrieben meist nur kräftige Männer des besten Lebensalters beschäftigt werden. Auf die Verschiedenheiten, die sich in der Häufigkeit der einzelnen Krankheiten nach dem Einkommen, nach der Jahreszeit usw. ergeben, gehe ich nicht näher ein.

Besondere Krankheitsdauer.

Ich wende mich nunmehr der Dauer der einzelnen Krankheiten zu und will hier die Unterschiede nach Geschlecht und Alter näher beleuchten. Die Zahl der Krankheitstage verteilt sich in sehr verschiedener Weise auf die einzelnen Krankheitsgruppen. Bei den Wiener Genossenschaftskrankenkassen wird dies durch das Schaubild (Fig. 26) dargetan. Die Infektionskrankheiten nehmen mehr als ein Drittel sämtlicher Krankheitstage in Anspruch, und unter ihnen wieder fällt der Tuberkulose der Hauptanteil zu. Sie beansprucht in Wien mehr als den vierten Teil sämtlicher Krankenpflegetage. Dieses Verhalten ist natürlich nur für Wien charakteristisch. In Deutschland liegen die Verhältnisse vielleicht etwas günstiger. Aber auch hier bestehen recht große Unterschiede in der Tuberkulosesterblichkeit der einzelnen Landesteile, und diesen Unterschieden der Sterblichkeit müssen ebensolche der Krankheitshäufigkeit und der Krankheitsdauer entsprechen. Es werden in Deutschland die Kassen durch die Tuberkulose in Mitleidenschaft gezogen, wie wir das bei keiner andern Krankheit kennen. Die Kassen haben daher auch ein eminentes Interesse an der Bekämpfung der Tuberkulose, da die Krankheitskosten größtenteils von dem Krankengeld beeinflußt werden und dessen Gesamtausgabe von der Anzahl der Krankheitstage abhängt. Die Belastung der Kassen durch die Tuberkulose läßt sich nur aus den wenigsten Kassenergebnissen ersehen. Es geht hieraus hervor, daß man diesen Tatsachen zuwenig Beachtung schenkt. In Leipzig, dessen Tuberkulosemortalität unter dem Reichsdurchschnitt liegt, kamen bei der Ortskrankenkasse, um dies vorweg zu nehmen, auf 100 Krankheitstage überhaupt nicht weniger als 12 allein auf Lungentuberkulose. Dabei darf nicht vergessen werden, daß eine Anzahl der Krankheitsfälle unter harmlosen Diagnosen wie Lungenkatarrh, Lungenleiden usw. unerkannt durchgeht, sowie daß zu der Lungentuberkulose noch die andern Formen der Tuberkulose hinzutreten. Man kann schätzungsweise annehmen, daß der 5. bis 4. Teil sämtlicher Krankheitstage bei unsern deutschen Krankenkassen durch die Tuberkulose bedingt wird. Es ist darum durchaus berechtigt, wenn die Krankenkassen selbst in den Kampf gegen die Tuberkulose eintreten. Gewöhnlich unterstützen sie die lokalen Tuberkulosekomitees und Fürsorgestellen durch Geldmittel, andere beteiligen sich an der Errichtung von Walderholungsstätten. Nur sehr wenige Kassen sind bis jetzt an die Errichtung von Lungenheilstätten herangetreten, wie z. B. die Ortskrankenkasse der Kaufleute zu Berlin. Selten nur schicken die Kassen ihre Mitglieder in fremde Heilstätten, sondern warten vielfach erst das Eingreifen der Invalidenversicherung aus leicht verständlichen Gründen ab. Auch die Unterbringung

erholungsbedürftiger Personen in Erholungs- oder Genesungsheimen dient dem Kampf gegen die Tuberkulose. Im ganzen fehlt es aber bis jetzt an einer energischen Initiative der Krankenkassen gegen diesen Feind der Volksgesundheit.

Nächst der Tuberkulose belasten die Verletzungen und Unfälle am meisten das Budget der Krankenkassen. Jedoch sind hier bei Männern

Auf 100 Krankheitstage der Männer bzw. Frauen überhaupt kommen in den einzelnen Krankheitsgruppen Krankheitstage:

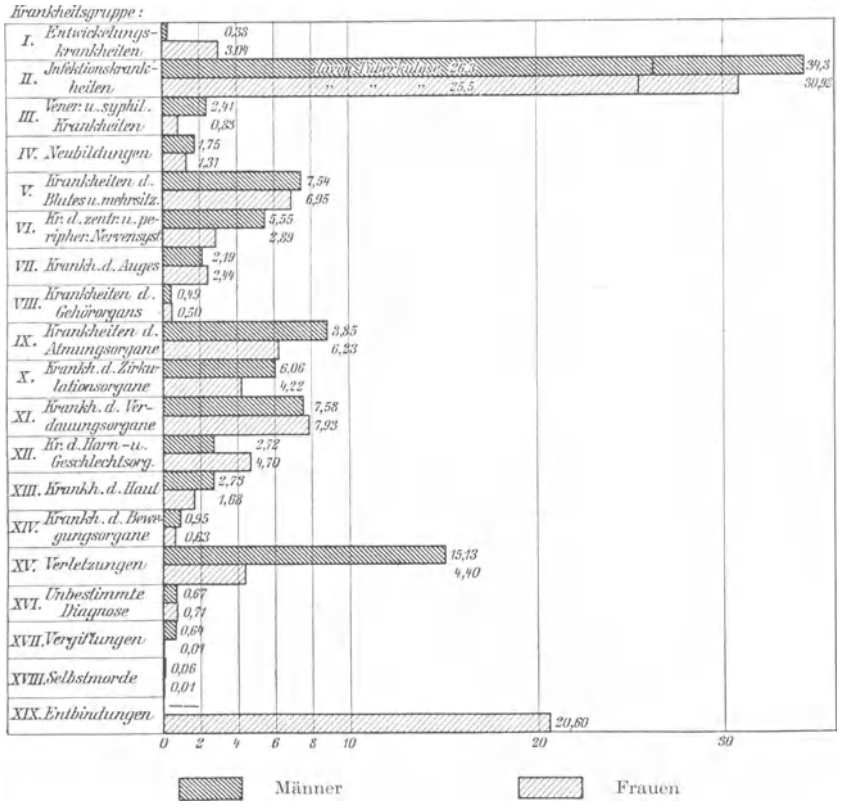


Fig. 26. Krankheitstage nach Krankheitsgruppen (nach dem Bericht des Verbandes der Genossenschafts-Krankenkassen Wiens und Niederösterreichs 1910).

und Frauen große Unterschiede. In Wien kamen auf 100 Krankheitstage bei den Männern 15 Tage, bei den Frauen nur 4 Tage auf Verletzungen. In Leipzig entfielen bei der Ortskrankenkasse 1911 auf Unfälle im Betriebe 12 Tage, außerhalb des Betriebes 7 Tage bei Männern, im Betriebe 2 Tage, außerhalb des Betriebes 3 Tage bei Frauen. Auch hier wird die Zahl der Krankheitstage sich durchaus nach dem Beruf der Mitglieder richten, die gefährdeten Berufe werden auch mehr Krankheitstage durch Unfälle verursachen und so zur Belastung der Kassen beitragen. Es liegt daher im Interesse der Kassen, wenn sie verständnisvoll mit den Berufsgenossenschaften Hand in Hand arbeiten, die Unfallverhütung unterstützen, soweit es ihnen möglich ist, und die Berufsgenossenschaften rechtzeitig von den schwereren

Unfällen in Kenntnis setzen. Eine Übersicht über die Häufigkeit und Dauer der Verletzungsfolgen gibt nachstehende Tabelle:

Verletzungen bei Handwerkern (mit Arbeitsunfähigkeit) nach der Krankenstatistik der Leipziger Ortskrankenkasse.

	Häufigkeit auf 1000 Arbeiter	Krankheitsdauer auf 1000 Arbeiter in Tagen
Klempner, Installateure	86,6	1607
Musikinstrumentenmacher	93,7	1695
Uhrmacher, Mechaniker, Optiker	63,8	1019
Stellmacher	103,9	1637
Tischler	81,3	1478
Drechsler, Bildhauer, Kammacher, Xylographen	86,3	1423
Lederarbeiter	63,9	1134
Kürschner	51,5	873
Sattler	58,9	1080
Tapezierer, Polsterer	59,6	1034
Schuhmacher	34,9	516
Schneider	27,0	498
Schneiderinnen, Näherinnen	13,2	234
Putzmacherinnen	10,4	211
Stickerinnen und Häklerinnen	13,7	231
Buchbinder und Kartonnagenarbeiter	62,8	1086
Buchbinder und Kartonnagenarbeiterinnen	33,9	664
Bäcker	49,5	932
Fleischer	142,5	2438
Kellner	33,9	583
Kellnerinnen	15,5	310
Maler, Lackierer und Anstreicher	60,2	1167

Die genannten beiden Krankheiten: Infektionskrankheiten einschließlich der Tuberkulose und Verletzungen machen bei den Wiener Genossenschaftskrankenkassen fast die Hälfte sämtlicher Krankheitstage der männlichen Mitglieder aus. Das ganze große Heer der übrigen Krankheiten muß sich in die andere Hälfte teilen. Bei den weiblichen Mitgliedern fällt auf sie der 3. Teil der gesamten Krankheitstage. In weitem Abstande folgen nun die andern Krankheitsgruppen: Krankheiten der Verdauungsorgane, der Atmungsorgane, des Blutes und mehrsitzige, der Zirkulationsorgane usw. Im allgemeinen entspricht hier die Krankheitsdauer auch der Häufigkeit der einzelnen Gruppen und Krankheiten, ohne daß jedenfalls erhebliche Differenzen in Betracht kämen. Es erübrigt sich daher nochmals näher auf Einzelheiten einzugehen. Es sei nur noch erwähnt, daß in Wien der 5. Teil der gesamten Krankheitstage bei Frauen auf Entbindungen und ihre Folgen entfällt.

In einer Tabelle ist auch das prozentuale Verhältnis der bedeutenderen Krankheitsdiagnosen nach den Ergebnissen der Leipziger Ortskrankenkasse 1911 wiedergegeben. Die Ziffern für Lungentuberkulose und Unfälle habe ich schon erwähnt. Sonst beansprucht keine Krankheit mehr als 10 durchschnittliche Krankheitstage. Mehr als fünf Tage erfordern bei den Männern: Bronchitis, Magen- und Darmleiden, Nervenleiden, Rheumatismus; bei den Frauen: Bleichsucht und Blutarmut, Frauenkrankheiten, Magen- und Darmleiden, Nervenleiden. Bronchitis und Rheumatismus haben weniger als fünf Krankheitstage bei den weiblichen Mitgliedern. Mehr als ein Krankheitstag entfällt bei den Männern auf: Augenleiden, Brust- und Rippenfellentzündung, Erkrankungen der Knochen und Gelenke, Geschlechtskrankheiten, Geschwüre, Hautkrankheiten, Herzkrankheiten, Influenza, Lungen-

Krankheitsdauer bei der O. K. K. Leipzig 1911.

Laufende Nummer	Bezeichnung der Krankheiten	Mitglieder männl. Geschlechtes				Mitglieder weibl. Geschlechtes			
		Prozentverhältnis zur Gesamtzahl der Erkrankungsfälle	Prozentverhältnis zur Gesamtzahl der Krankheitstage	Tage	Tage pro Fall	Prozentverhältnis zur Gesamtzahl der Erkrankungsfälle	Prozentverhältnis zur Gesamtzahl der Krankheitstage	Tage	Tage pro Fall
1	Alkoholismus	0,07	0,10	1 378	32	—	—	—	—
2	Arterienverkalkung	0,36	0,84	11 281	54	0,07	0,20	1 472	82
3	Augenleiden	1,29	1,17	15 685	21	1,31	1,14	8 050	23
4	Basedowsche Krankheit	0,01	0,02	208	30	0,10	0,10	859	33
5	Bauchfellentzündung	0,07	0,09	1 195	31	0,16	0,26	1 813	41
6	Blasenleiden	0,34	0,41	5 533	29	0,43	0,37	2 570	22
7	Bleichsucht u. Blutarmut	1,00	0,90	12 113	21	13,83	12,31	87 120	23
8	Bronchitis	5,23	5,41	72 834	24	3,90	3,89	27 655	26
9	Brust- und Rippenfellentzündung	1,09	1,41	18 988	30	0,96	1,12	8 586	33
10	Diphtherie	0,09	0,07	926	19	0,21	0,20	1 354	24
11	Drüsen- und Lymphgefäßentzündung	0,57	0,46	6 233	19	0,65	0,60	4 295	25
12	Entzündung äußerer Körperteile	1,01	0,69	9 261	16	0,91	0,69	4 502	18
13	Epilepsie	0,17	0,28	3 758	38	0,13	0,27	1 894	54
14	Erkrankung der Knochen und Gelenke	1,27	1,67	22 443	31	0,78	1,10	7 761	37
15	Erkrankung im Wochenbett	—	—	—	—	0,69	0,29	2 021	11
16	Fehlgeburten	—	—	—	—	2,73	12,33	16 560	23
17	Frühgeburten	—	—	—	—	0,13	10,10	839	25
18	Frauenkrankheiten	—	—	—	—	5,94	6,46	45 964	29
19	Gallensteine	0,15	0,22	2 909	35	0,37	0,46	3 228	32
20	Gehirnerkrankung	0,06	0,13	1 812	52	0,05	0,19	1 303	87
21	Geistesstörung	0,12	0,69	9 333	131	0,09	0,38	2 657	111
22	Geschlechtskrankheiten	1,99	2,37	31 864	28	0,91	0,88	6 235	26
23	Geschwüre	4,30	2,75	37 076	15	3,19	2,52	17 942	21
24	Gicht	0,68	0,92	12 360	31	0,25	0,46	3 229	47
25	Hautkrankheiten	1,62	1,30	17 481	19	1,45	1,07	7 571	19
26	Herzkrankheiten	2,08	3,43	46 275	39	2,19	3,09	21 850	37
27	Influenza	6,22	4,46	60 069	17	5,68	4,02	29 025	19
28	Ischias	1,11	1,26	16 922	26	0,40	0,56	3 915	37
29	Kehlkopfkrankheiten	0,63	0,06	7 804	21	0,62	0,54	3 854	23
30	Knochenfraß	0,01	—	271	9	0,01	—	41	41
31	Krebs	0,05	0,22	2 906	94	0,08	0,20	2 070	99
32	Leberleiden	0,32	0,42	5 607	30	0,18	0,20	1 406	29
33	Lungenleiden:								
	a) Lungen-Emphysem	0,18	0,35	4 733	46	0,02	0,06	423	71
	b) Lungen-Entzündung	0,78	1,22	16 367	37	0,39	0,62	4 354	42
	c) Lungen-Tuberkulose	5,25	12,00	161 671	53	5,63	12,61	89 758	59
34	Magen- und Darmleiden	9,81	7,56	101 935	18	12,26	9,85	69 701	21
35	Milzbrand	0,01	—	100	25	0,01	—	65	22
36	Mund- und Halskrankheiten	4,68	1,69	22 725	8	6,30	2,70	19 149	11
37	Nasen- und Ohrenleiden	1,50	1,18	15 839	18	1,09	0,87	6 179	21
38	Nervenleiden	5,27	8,25	111 162	37	6,64	8,63	61 329	34
39	Nierenleiden	0,41	0,72	9 755	41	0,42	0,90	6401	57
40	Rheumatismus:								
	a) der Gelenke	1,80	2,51	33 848	33	1,54	2,55	18 006	43
	b) der Muskeln	3,02	2,11	28 434	16	1,28	1,02	7 152	21
	c) ohne nähere Angabe	4,92	5,04	67 896	24	3,35	3,47	24 647	27
41	Rose	0,39	0,29	3 841	17	0,65	0,52	3 696	21
42	Rückgratserkrankung	0,08	0,28	3 739	83	0,02	0,07	535	89
43	Scharlach	0,07	0,10	1 318	33	0,14	0,18	1 331	34

Laufende Nummer	Bezeichnung der Krankheiten	Mitglieder männl. Geschlechtes				Mitglieder weibl. Geschlechtes			
		Prozentverhältnis zur Gesamtzahl der Erkrankungsfälle	Prozentverhältnis zur Gesamtzahl der Krankheitsfälle	Tage	Tage pro Fall	Prozentverhältnis zur Gesamtzahl der Erkrankungsfälle	Prozentverhältnis zur Gesamtzahl der Krankheitstage	Tage	Tage pro Fall
44	Schleimbeutelentzündung . .	0,16	0,14	1 935	20	0,15	0,17	1 252	31
45	Sehnenscheidenentzündung . .	0,42	0,24	3 192	13	0,21	0,10	871	16
46	Typhus (Darmtyphus) . . .	0,30	0,09	1 173	78	0,01	0,18	201	50
47	Unfälle außerhalb der Betriebe	10,19	7,31	96 284	16	3,96	3,06	21 873	21
48	Unfälle in Betrieben	13,51	12,43	163 669	21	2,2	2,10	14 939	24
49	Venenentzündung	0,08	0,12	1 535	34	0,19	0,25	1 789	35
50	Vergiftungen								
	a) durch Blei	0,35	0,47	6 349	32	0,08	0,10	789	38
	b) des Blutes	0,08	0,07	891	19	0,03	0,05	396	48
	c) sonstige	0,04	0,03	361	14	0,07	0,04	330	14
51	Zellgewebsentzündung . . .	0,62	0,85	11 394	12	1,02	0,63	4 511	17
52	Zuckerharnruhr	0,07	0,20	2 618	65	0,03	0,10	665	95
53	Sonstige Krankheiten . . .	3,37	3,00	39 905	21	3,83	3,26	23 145	23

entzündung, Ischias, Mund- und Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten. Bei den Frauen fehlen hiervon Geschlechtskrankheiten, Ischias, Lungenentzündung, Nasen- und Ohrenkrankheiten. Außer Bronchitis und Rheumatismus kommen hinzu Fehlgeburten.

Eine besondere Beachtung verdient noch der Einfluß des Alters auf die Krankheitsdauer bei den einzelnen Krankheitsgruppen. Die folgenden Kurven (Fig. 27) sind der großen Leipziger Statistik entnommen und zeigen in Abständen von 10 Jahren, wieviel Krankheitstage auf 1000 ein Jahr beobachtete Personen der betreffenden Altersklasse kommen. Dabei ist nach Männern und Frauen (Pflichtmitgliedern) unterschieden. In allen Krankheitsgruppen zeigt sich nun die Tendenz der Kurven, mit fortschreitendem Alter zu steigen. Der Anstieg der Kurven ist aber recht verschieden hoch. Bei den Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane ist die männliche Kurve von Anfang sehr niedrig und steigt auch im ganzen nur wenig an. Dagegen zeigt die Männerkurve bei den Krankheiten der Atmungsorgane einen außerordentlich steilen Anstieg. Zwischen diesen beiden Extremen ist der Verlauf der Kurven bei den Männern recht verschieden, aber grundsätzlich von stets aufsteigender Tendenz. Diese Kurve, die gewissermaßen der Normalen entspricht, wird bei den weiblichen Mitgliedern durch ein bestimmtes Moment mehr oder minder abgeändert. Es ist das der Einfluß der Geschlechtstätigkeit, der bei manchen Krankheiten die normale Alterskurve abändert. In erster Linie ist es die Geburtstätigkeit, sodann aber wohl auch weiter die Menstruation mit ihren mancherlei Abweichungen, die die Variation der Kurve bei den Frauen bedingen. Ein solcher Einfluß muß sich natürlich am deutlichsten bei den Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane zeigen. Tatsächlich zeigt hier die Kurve nicht eine mehr oder minder große Konkavität, sondern verläuft ausgesprochen konvex. Das Maximum liegt im Alter von 25—34 Jahren, von hier fällt die Kurve erst langsam, dann immer steiler ab. Sehr ähnlich ist auch die Kurve der Verdauungskrankheiten gebildet, nur daß hier noch im letzten Jahrzehnt ein neuer Anstieg erfolgt. Bei einigen Krankheiten scheint sich auch der Einfluß der Menopause, des Fortbleibens der Menstruation, zu zeigen. So zeigen die Krankheiten des Nervensystems

ihren Gipfel erst nach dem 45. Lebensjahre. Selbst bei Krankheiten, die so wenig Beziehungen zu der Geschlechtssphäre zu haben scheinen wie die Krankheiten der Atmungsorgane und die Infektionskrankheiten, ist der Verlauf der Kurve bei den Frauen deutlich während der Geschlechtsperiode verändert. Von einem solchen Einfluß völlig frei sind die Kurven, die die Krankheiten der Bewegungsorgane und die Verletzungen darstellen. Hier ist der Verlauf der Kurven bei den Frauen ein entsprechender wie bei den Männern.

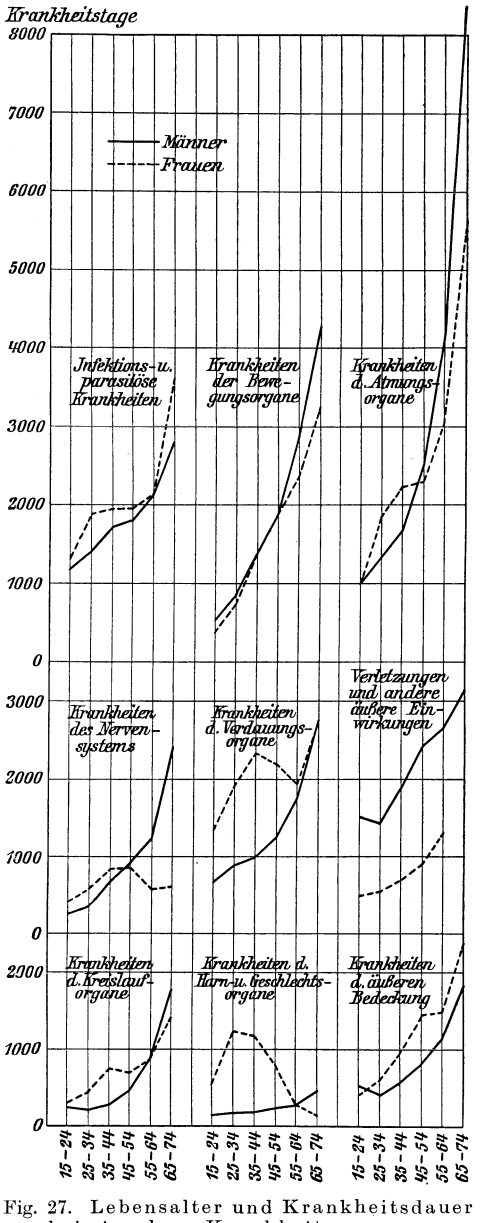


Fig. 27. Lebensalter und Krankheitsdauer bei einzelnen Krankheitsgruppen.

Letalität.

Die Krankheit, wie sie uns bei der Krankenversicherung entgegentritt, kann auf dreierlei Weise beendet werden: durch Heilung, durch Ablauf des Versicherungsverhältnisses und durch den Tod. Der Tod hat für die Krankenkassen insofern noch eine Bedeutung, als er einen besonderen Versicherungsfall schafft, für den ein Sterbegeld gewährt werden muß. Insofern hat also auch die Letalität der einzelnen Krankheiten ein gewisses Interesse. Seit der großen Leipziger Statistik haben wir einen sehr guten Maßstab für das Verhältnis von Krankheit zu Sterblichkeit. Mayet hat besondere Letalitätstabellen aufgestellt, aus denen die Häufigkeit der Sterbefälle zu den Krankheitsfällen und zu der Krankheitshäufigkeit ersichtlich ist. In der ersten Tabelle (s. S. 198) ist eine Anzahl von häufigeren Todesursachen verglichen mit der Zahl von Krankheitsfällen, die jenen in den einzelnen Altersklassen entsprechen. Man sieht, daß auf 1,4—1,8 Krankheitsfälle von Gehirnschlag bereits ein Todesfall kommt. Recht viele Todesfälle ziehen die bösartigen Neubildungen und die Tuberkulose nach sich. Dann folgt eine Reihe von andern Todesursachen, ganz zuletzt kommt die Influenza. Aber gerade bei ihr macht sich der Einfluß des Alters besonders geltend. In der Altersklasse von 15—34 Jahren

Letalität nach Krankheitsarten.

Todesursachen mit mindestens 20 Todesfällen	1 Todesfall entfällt auf .... Krankheitsfälle in der Altersklasse		
	15—34	35—54	55—74
Gehirnschlag	1,4	1,5	1,8
Krebs, Sarkom und andere bösartige Neubildungen	4,0	1,8	1,7
Tuberkulose aller Art	3,5	3,0	2,6
Andere Krankheiten, unbestimmte Diagnosen, auch Selbstmord	7,0	3,0	2,0
Lungenentzündung ohne nähere Angabe	11,5	5,3	2,7
Nierenentzündung	13,8	5,7	3,4
Bauchfellentzündung	9,2	6,1	7,5
Herzkrankheiten	20,8	6,1	3,7
Lungenemphysem	79,5	15,0	7,5
Brustfellentzündung	77,0	39,8	13,4
Lungenleiden ohne nähere Angabe	93,0	44,4	59,1
Akute und chronische Bronchitis	192,9	69,9	35,6
Magenkatarrh, Magenkrampf	407,2	59,9	18,8
Darmkatarrh, Darmkrampf, Durchfall	284,0	107,0	58,6
Influenza	340,7	133,5	34,9

Tageletalität bei Männern (Leipziger Statistik).

Krankheitsform (mit 50 und mehr Todesfällen)	Tage-Letalität der männlichen versicherungspflichtigen Mitglieder			
	Für Insgesamt Letalitätsziffer	1 Todesfall entfällt auf .... Krankheitstage in der Altersklasse		
		15—34	35—54	55—74
Alle Krankheiten zusammen	**1118**	**1562**	**927**	**583**
Verletzung ohne nähere Angabe der Art und des Sitzes	38	46	29	21
Andere Krankheiten und unbestimmte Diagnosen, Selbstmord	84	113	60	59
Blutvergiftung	113	150	88	20
Gehirnschlag	113	103	84	148
Krebs, Sarkom und andere bösartige Neubildungen	158	335	155	138
Lungenentzündung o. n. A.	219	359	173	100
Tuberkulose aller Art	266	279	258	210
Fibrinöse Lungenentzündung	338	504	318	89
Herzkrankheiten	356	644	251	194
Nierenentzündung usw.	387	603	285	232
Typhus, gastrisches Fieber	505	606	371	217
Erkrankungen der Leber	531	1701	400	260
Lungenemphysem	516	2108	579	397
Geisteskrankheiten	812	1206	637	775
Magengeschwür	798	1495	809	277
Blinddarmentzündung	953	1045	687	692
Brustfellentzündung	1348	1928	1237	545
Bluthusten, Lungenblutsturz usw.	1353	2097	859	253
Magenkatarrh, Magenkrampf	1820	6265	1342	531
Darmkatarrh usw.	1898	3458	1635	695
Akute und chronische Bronchitis	1922	3200	1563	1100
Luftröhrenkatarrh	2472	5018	2029	851
Knochenbrüche	2274	3356	1832	1270
Lungenleiden o. n. A.	2325	3048	1625	1857
Influenza	2918	4794	2293	1505
Quetschungen und Zerreißungen	7786	10592	6336	3405

kommt erst auf 340 Krankheitsfälle ein Todesfall, in der nächsten Altersklasse bereits auf 133 Krankheitsfälle und in der letzten Altersklasse gar schon auf 58 Krankheitsfälle. Im allgemeinen wird die Hinfälligkeit mit zunehmendem Alter größer. Wieweit die angeführte Tabelle allgemeine Gültigkeit hat, muß sich aus näheren Untersuchungen ergeben. Mayet hat auch die Todesfälle mit der Zahl der Krankheitstage verglichen (Tageletalität). Es ist dabei berechnet, auf wieviel Krankheitstage ein Todesfall kommt. Das ist allgemein festgestellt, und dann wieder besonders für das männliche und weibliche Geschlecht und für drei Altersstufen. Man kann daraus berechnen, wieviel Todesfälle bei einer bestimmten Krankenkasse auf Grund der Krankheitstage zu erwarten sind. Von praktischer Bedeutung

Tageletalität bei Frauen (Leipziger Statistik).

Krankheitsform (mit 50 und mehr Todesfällen)	Tage-Letalität der weiblichen versicherungspflichtigen Mitglieder			
	Für Insgesamt Letalitätsziffer	1 Todesfall entfällt auf .... Krankheitstage in der Altersklasse		
		15—34	35—54	55—74
Alle Krankheiten zusammen	**1938**	**2106**	**1786**	**788**
Krebs, Sarkom und andere bösartige Neubildungen	192	390	196	137
Lungenentzündung	233	300	206	46
Tuberkulose aller Art	240	233	281	288
Andere Krankheiten und unbestimmte Diagnosen, Selbstmord	249	267	338	83
Kindbettfieber	264	337	70	—
Herzkrankheiten	689	829	534	258
Dysmenorrhöe, Parametritis, Gebärmutterentzündung, Gebärmutterblutung . . .	8277	10301	4146	—

kann der umgekehrte Fall werden, wenn man von einer bestimmten Personenkategorie, für die eine Krankenkasse errichtet werden soll, oder die in eine schon bestehende Krankenkasse aufgenommen werden soll, für eine Reihe von Jahren die Sterblichkeit und die Todesursachen kennt. Dann kann man berechnen, wieviel Krankheitstage für diese Personenkategorie zu erwarten sind. Man kommt somit zu einer Grundlage für die Berechnung der erwartungsgemäß entstehenden Krankheitskosten.

Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett.

Die Krankenversicherung sieht auch einen physiologischen Zustand vor, in dem der Versicherungsfall eintritt oder auf Grund von Mehrleistungen eintreten kann, das ist Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Ich habe schon früher (S. 102) darauf hingewiesen, welche Gründe maßgebend gewesen sind, diese physiologischen Zustände in die Versicherung hineinzubeziehen. Für die Krankenkassen werden dadurch ganz besondere und eigenartige Verhältnisse geschaffen. An sich ist die Gebärtätigkeit von ganz andern Umständen abhängig als die Krankheit. Sie betrifft nur Frauen, kommt nur für eine gewisse Altersperiode in Frage und unterliegt in ganz anderer Weise dem Einfluß von Beruf, Einkommen usw. Sie ist insofern von der Jahreszeit abhängig, als die Konzeptionsmaxima in das Frühjahr und den Herbst fallen. In jedem Stadium ist eine Komplikation durch krankhafte Veränderungen möglich, so daß alsdann ein Krankheitsfall vorliegt. Was das

Verhältnis der versicherungspflichtigen Mitglieder zu den freiwilligen anbetrifft, so liegen hier auch die Dinge anders als bei den übrigen Versicherten. Eine ganze Anzahl von Frauen sind infolge der Beschwerden der Schwangerschaft oder aus gesellschaftlichen Rücksichten gezwungen, ihre Arbeit aufzugeben. Diese Frauen bleiben natürlich als freiwillige Mitglieder in der Kasse, um später die Versicherungsleistungen zu erhalten. Die Zahl der Frauen, die bis zu dem Tage der Niederkunft arbeiten können und deshalb versicherungspflichtig sind, wird sogar kleiner sein. Im Interesse der Volksgesundheit und im finanziellen Interesse der Kassen wäre es zu wünschen, wenn die

Früh- und Fehlgeburten auf 100 Wochenbetten nach Berufsarten.
(Statistik der Leipziger Ortskrankenkasse.)

	Pflichtmitgl.		Freiwill. Mitgl.	
Bureau- und Kontorpersonal	34,3	über dem Durchschnitt	8,6	über dem Durchschnitt
Arbeiterinnen in Schriftgießereien	22,9		4,2	
Ladenpersonal (Verkäuferinnen usw.)	28,1		3,8	
Dienstmädchen	20,9		4,1	
Arbeiterinnen in Kürschnereien	18,0		4,8	
Köchinnen	22,3		3,6	
Arbeiterinnen in Webereien, Strickerinnen, Wirkerinnen	18,4		3,2	
Arbeiterinnen in Essig-, Mineralwasser- usw. Fabriken	23,6		3,6	
Laufmädchen, Sortiererinnen, Packerinnen	17,2		5,2	
Durchschnitt	**17,2**		**2,6**	
Putzmacherinnen	10,2	unter dem Durchschnitt	2,4	
Arbeiterinnen in Schuhfabriken	14,0		—	
,, in Metallwarenfabriken	16,5		0,6	
,, in Buchbindereien, Kartonnagefabriken	12,9		2,5	
,, in Spielwaren-, Stock- usw. Fabriken	25,5	über dem Durchschnitt	1,1	
,, in Buntpapierfabriken	20,0		1,1	
,, in Wollkämmereien, Spinnereien	19,5		1,2	
,, in Buchdruckereien	19,3		1,5	
,, in Papier- und Pappefabriken	17,3		2,0	
,, in Tabak- und Zigarrenfabriken	14,1	über dem Durchschnitt	6,8	
,, in Gärtnereien, Land- und Forstwirtschaft	10,9		3,7	
Schneiderinnen (in Konfektion)	13,2		3,2	
,, (nicht in Konfektion)	14,9		6,6	
Poliererinnen in Metall	53,6		—	

Zahl der versicherungspflichtigen Kreißenden gleich Null wäre. Ich habe in dem ersten Bande schon darauf hingewiesen, wie Mutter und Kind geschädigt werden, wenn die Mutter sich nicht die genügende Ruhe und Schonung gönnen kann. Nach der Leipziger Statistik kamen auf die 10 752 Wochenbetten der erwerbstätigen Frauen in 15,5 % der Fälle Fehlgeburten und in 1,7 % der Fälle Frühgeburten, auf die 11 018 Wochenbetten der freiwilligen Mitglieder kamen nur 2,3 % Fehlgeburten und 0,3 % Frühgeburten. Die Wochenbetten der erwerbstätigen Mitglieder waren 3034 mal mit Krankheit verbunden, die der freiwilligen Mitglieder nur 1456 mal. Die eigentlichen Schwangerschaftskrankheiten traten bei den Pflichtmitgliedern in 5,5 %, bei den freiwilligen in 2,1 % der Fälle auf. Während sich also in dieser Form der schädigende Einfluß der Arbeit und der günstige Erfolg der Arbeitsruhe auf den Verlauf der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbetts zeigt, macht sich unter den freiwilligen Mitgliedern die Tatsache bemerkbar, daß nun auch viele Personen die Arbeit infolge von Schwächlichkeit eingestellt haben. Während die erwerbstätigen Frauen im Verlauf des Wochenbetts häufig auch an interkurrenten Krankheiten erkranken, sind es bei den freiwilligen Mitgliedern fast ausschließlich eigentliche Wochenbettskrankheiten.

In Leipzig kamen auf 1000 Gebärfähige, d. h. Frauen im Alter von 15 bis 54 Jahren, unter den Pflichtmitgliedern 42,9, unter den freiwilligen Mitgliedern 427,9 Wochenbetten. Von den verschiedenen Berufen blieben insbesondere Bureau- und Kontorpersonal, Ladenpersonal, Verkäuferinnen, Köchinnen, Dienstmädchen, Laufmädchen, Sortiererinnen, Packerinnen unter dem allgemeinen Durchschnitt. Aber gerade diese Personen stehen bei den Früh- und Fehlgeburten über dem allgemeinen Durchschnitt, wie die vorstehende Tabelle S. 200 zeigt. „Die häufige Anwendung künstlicher Beschränkung der Schwangerschaft einerseits, willkürliche Herbeiführung von Früh- oder Fehlgeburt andererseits wird hier vermutet werden dürfen."

Unter den Schwangerschaftskrankheiten haben Blutungen, Placenta praevia, unstillbares Erbrechen die hauptsächlichste Bedeutung; verhältnismäßig klein ist dagegen die Zahl der Bauchschwangerschaften oder andern Schwangerschaftsbeschwerden.

Auch unter den Wochenbettserkrankungen stehen Blutungen an erster Stelle. Dann folgen Kindbettfieber und Erkrankungen der Brüste. Ein mehr singuläres Vorkommen zeigen dagegen Eklampsie, Zurückbleiben der Nachgeburt, Phlegmasia alba dolens.

Literatur.

Ellmann: Die Krankheit und die Arbeitsunfähigkeit (Invalidität) an und für sich und in ihren gegenseitigen Beziehungen, in Hinsicht sowohl auf die Verhütung als auch auf die Versicherung. VIII. Intern. Kongreß für die Arbeiterversicherung. Rom 1908.

Krankheits- und Sterblichkeitsverhältnisse in der Ortskrankenkasse für Leipzig und Umgegend. Berlin, 1910.

Prinzing: Handbuch der medizinischen Statistik. Jena 1906.

Bleicher: Frankfurter Krankheitstafeln. Untersuchungen über Krankheitsgefahr und Erkrankungshäufigkeit nach Alter, Geschlecht, Zivilstand und Beruf. Beitr. z. Stat. der Stadt Frankfurt, N. F., H. 4, 1900.

Gessner: Krankenkassen und freie Arztwahl. Zentralblatt der Reichsversicherung 1910, S. 65.

Berichte verschiedener Krankenkassen.

Zehntes Kapitel.

Betriebsunfall[1]).

Begriff des Betriebsunfalls.

Während die Krankheit ein im allgemeinen leicht faßlicher Begriff ist, der durch die soziale Versicherung doch nur eine gewisse Begrenzung erhält, ist der Schaden, der als Folge eines Betriebsunfalls besteht, viel schwieriger begrifflich festzustellen, da alles an ihm der Deutung unterliegt, sowohl der Begriff des Betriebs als des Unfalls, als des Zusammenhangs einer Krankheit oder des Todes mit dem Unfall. Die Unfallversicherung erstreckt sich auf Personen, die in bestimmten Betrieben oder Tätigkeiten beschäftigt sind, während der Dauer dieser Beschäftigung (§ 544). Diese Personen sind gegen Unfälle bei den Betrieben versichert (Betriebsunfall, § 544). Gegenstand der Versicherung ist der Ersatz des Schadens, der durch Körperverletzung oder Tötung entsteht (§ 555).

Wir wenden uns zunächst dem Begriff Betriebsunfall zu. Wie alle der artigen Begriffe ist auch er im Gesetz nicht definiert. Wir haben hier zwei wesentliche Merkmale des Begriffs Betriebsunfall zu erörtern, nämlich „Betrieb" und „Unfall".

Die Versicherung erstreckt sich auf alle Gefahren, die sich aus der Tätigkeit bei einem Betriebe ergeben. Auch die gewöhnliche Betriebsarbeit kann einen Betriebsunfall herbeiführen, es ist nicht notwendig, daß die Arbeit über den Rahmen des sonst Üblichen hinausgeht. Früher wurde von dem Reichsversicherungsamt ein Unterschied gemacht zwischen den eigentlichen Gefahren des Betriebs, die also ein Betrieb in irgendeiner Form mit sich bringt, und den „Gefahren des täglichen Lebens". Wenn jemand z. B. auf ebener Erde aus irgendeinem Grunde stolpert und sich ein Bein bricht, so liegt eine Gefahr des täglichen Lebens vor. Kam dementsprechend ein solcher Unfall in einem versicherten Betriebe vor, so wurde er früher nicht als ein Betriebsunfall angesehen, Ereignete sich derselbe Unfall in einer Walkerei, wo der Boden etwa infolge von Seife glitschig war, so konnte nicht abgelehnt werden, daß das Ausgleiten eine Folge der Schlüpfrigkeit des Bodens sei, und dementsprechend wurde Betriebsunfall angenommen. In neuerer Zeit ist aber das Reichsversicherungsamt zu der Ansicht gekommen, daß alle Gefahren in einem Betriebe, auch die Gefahren des täglichen Lebens, die Ursache eines Betriebsunfalls sein können. Diesen Grundsatz hat die oberste Spruchbehörde in einer Rekursentscheidung vom 9. 11. 09 ausgesprochen (A. N. d. RVA., 1909, S. 443).

---

[1]) Die Abkürzung R. E. bedeutet Rekursentscheidung des Reichsversicherungsamts, die Angabe dahinter bezieht sich darauf, wo die Rekursentscheidung abgedruckt ist.

Der ursächliche Zusammenhang des Unfalls mit dem Betrieb kann ein mittelbarer oder unmittelbarer sein; der Betrieb kann die alleinige Ursache des Unfalls bilden oder auch nur die mitwirkende Ursache. Die unmittelbare Wirkung des Betriebs auf einen Unfall würde z. B. dann vorliegen, wenn die Arbeitsmaschine dem bedienenden Arbeiter ein paar Finger der Hand wegreisst. Mittelbar würde der Betrieb dann wirken, wenn durch die Betriebstätigkeit eine Wunde entsteht, die dann die Eingangspforte für Infektionsstoffe bildet. Die Folgen der Infektion, die Eiterung, der Abszeß, der Wundbrand usw., sind dann die mittelbare Folge des Betriebsunfalls (vgl. R. E. vom 2. VI. 1909, Unfall-Versicherungspraxis 1909/10, S. 79). In der Praxis ist ferner der Betrieb meist nicht die alleinige Ursache des Unfalls, sondern nur die mitwirkende Ursache, da bei einem Unfalle gewisse durch den Betrieb selbst nicht ohne weiteres gegebene Umstände mitwirken: Naturereignisse, eigenes Verschulden oder andere in der Person des Verletzten liegende Umstände (z. B. körperliche Veranlagung), Verschulden von Mitarbeitern oder von dritten Personen, vielfach auch mehrere dieser Umstände zusammen.

Über diese mitwirkenden Ursachen äußert sich das Handbuch der Unfallversicherung folgendermaßen: Unfälle, die durch Naturereignisse, außergewöhnliche Witterungsverhältnisse und dergleichen hervorgerufen werden, sind Betriebsunfälle, wenn der Verletzte Einwirkungen solcher Art gerade infolge seiner Tätigkeit im Betriebe ausgesetzt war. Unfälle, von denen Versicherte während der Betriebstätigkeit infolge Blitzschlags betroffen werden, sind schlechthin Betriebsunfälle (R. E., A. N. d. RVA. 1906, S. 268). Auch Hitzschläge sind als Betriebsunfälle anzusehen, wenn die Art oder der Ort der Betriebsarbeit wesentlich dazu beigetragen haben, die natürliche große Hitze und deren Einwirkung auf den Körper des Betroffenen noch zu steigern (R. E., A. N. d. RVA., 1887, S. 407, 1888, S. 177 und 286, 1893, S. 180.)

Unfälle, die auf das Verschulden des Verletzten oder anderer Personen zurückzuführen sind, gelten als Betriebsunfälle. So wurde ein Betriebsunfall angenommen bei einem Streckenarbeiter, der sich innerhalb seiner Arbeitsstätte während einer Arbeitspause an einer gefährlichen Stelle zwischen zwei Gleisen niedergelegt hatte, dabei vom Schlafe übermannt und von einem vorbeifahrenden Zuge überfahren wurde (R. E., A. N. d. RVA. 1888, S. 346). Die Tatsache, daß der Versicherte verbotswidrig gehandelt hat, ist bedeutungslos, aber nur dann, wenn der Unfall sich zweifellos bei der Ausübung einer Betriebstätigkeit, d. h. einer durch den Betrieb veranlaßten Verrichtung, zugetragen hat. Auch Zuwiderhandlungen gegen Unfallverhütungsvorschriften haben den Verlust des Entschädigungsanspruches nicht zur Folge.

Unfälle, die bei Spielereien eintreten, sind keine Betriebsunfälle, jedoch wird eine Ausnahme gemacht bei kindlichen Arbeitern, bei denen der Unfall infolge ungenügender Beaufsichtigung durch eine gefährliche Einrichtung entstanden ist.

Wenn der Unfall durch individuelle Veranlagung des Versicherten bedingt wird, sich aber bei der Betriebstätigkeit zuträgt und die Unfallfolgen mit den Besonderheiten des Betriebs in Zusammenhang stehen, so handelt es sich um einen Betriebsunfall. Ein Arbeiter fiel infolge von epileptischen Krämpfen mit dem Gesicht zu Boden, und zwar in die heiße Asche neben dem Kessel eines Schweißofens, durch welche er sich eine Verbrennung

eines Auges zuzog. Wenngleich hier ein inneres Leiden des Verletzten die erste Ursache des Unfalls war, so wurde doch der Umstand, daß die Arbeiter bei einem Hinfallen in Betriebsräumen der Gefahr ausgesetzt sind, in Maschinenteile, umherliegende Materialien, Erzeugnisse oder Rückstände des Betriebs zu stürzen und sich daran zu verletzen, den Gefahren des Betriebes zugerechnet, die somit hier eine wesentlich mitwirkende Ursache des Unfalls bilden (R. E., A. N. d. RVA. 1888, S. 176). Dagegen ist ein Unfall bei der Betriebsarbeit, der infolge der individuellen Beschaffenheit allein, also z. B. infolge von Krämpfen herbeigeführt wird, kein Betriebsunfall. Eine epileptische Dienstmagd wurde beim Melken von Krämpfen befallen, stürzte zu Boden und zog sich einen Schlüsselbeinbruch zu. Ihr Anspruch wurde abgewiesen, weil es an jedem Anhalt für die Annahme fehlte, daß irgendwelche Einrichtungen des Betriebes dazu mitgewirkt hatten, daß die Magd sich den Schlüsselbeinbruch zuzog. Sie war auch nicht auf ein Betriebsgerät gefallen; es fehlte somit an einem ursächlichen Zusammenhang mit dem Betriebe (R. E., Deutsche Versicherungs-Zeitung 1909/10, S. 193). Die harte Pflasterung des Stalles oder der eiserne Fußbodenbelag der Betriebsstätte kann aber ausreichen, daß eine Verletzung bei einem Krampfanfall oder einem Schwindelzustand als Betriebsunfall angesehen wird (R. E., Komp. Samml. 1906, S. 111, Komp. Samml. 1907, S. 111).

Bei Trunkenheit wird ein Anspruch dann abgelehnt, wenn es sich um sinnlose Trunkenheit handelte, so daß der Verletzte aus diesem Umstand aus der Betriebstätigkeit herausgetreten ist (R. E., Kom. Samml. 1905, S. 251).

Ebenso wird Betriebsunfall abgelehnt, wenn der Verletzte einer selbstgeschaffenen Gefahr erlegen ist, durch die er sich außerhalb des Betriebes gesetzt hat (vgl. R. E., Kom. Samml. 1909, S. 30; 1909, S. 97; 10, S. 193).

Bei Unfällen, die auf das Verschulden von Mitarbeitern oder dritten Personen zurückzuführen sind, so bei Neckerei, Spielerei, Schlägereien, wird Betriebsunfall angenommen, wenn der Unfall oder seine Schwere durch Einrichtungen des Betriebs wesentlich mitbedingt ist. Das ist der Fall, wenn ein Arbeiter bei einer Neckerei mit einem Mitarbeiter in eine ungenügend gedeckte Kalkgrube fällt (R. E., A. N. d. RVA. 1888, S. 176). Dagegen ist ein Betriebsunfall verneint worden bei einem Armbruch, den sich ein Fabrikarbeiter in der Fabrik gelegentlich einer Rauferei mit einem Mitarbeiter durch einen Fall auf die Erde zuzog (R. E., A. N. d. RVA. 1888, S. 70). Bei vorsätzlich beigebrachten Verletzungen wird ein Betriebsunfall dann nicht angenommen, wenn der Anlaß der Körperverletzung oder des Streites nicht mit dem Betrieb in Verbindung steht, sondern rein persönlichen Verhältnissen zwischen den Beteiligten entspringt.

Die Grenzen der Betriebsstätte werden durch die Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts möglichst weit gezogen. Für einen Chausseearbeiter ist die ganze Chausseestrecke, für einen Forstarbeiter die ganze Forst als Betriebsstätte angesehen worden (R. E., A. N. d. RVA. 1893, S. 428, 1895, S. 235). Auch werden die Wege außerhalb der eigentlichen Betriebsstätte, die im Interesse des Betriebs unternommen werden (zu Aufsichtszwecken, Reisen der Monteure zu auswärtigen Montagen usw.), zu den versicherten Betriebstätigkeiten gezählt (R. E., A. N. d. RVA. 1891, S. 253). Dagegen werden Wege, die außerhalb der eigentlichen Betriebsstätte liegen, und die der Versicherte macht, um zu seiner Arbeit zu gelangen, nicht zu den

versicherten Betriebstätigkeiten gezählt. Unfälle, die auf dem Wege zu und von der Arbeit geschehen, sind also in der Regel nicht versicherungspflichtig. Dagegen wird ein Betriebsunfall angenommen, wenn der Unfall auf dem Wege zu der Arbeit durch Arbeitsgerät, das im Interesse des Betriebes mitgeführt ist, z. B. eine Sense bei einem landwirtschaftlichen Arbeiter, verursacht wird (Komp. Samml. 1906, S. 33; 1903, S. 113). Der Weg des Arbeiters zu und von der Arbeit ist, soweit er über die Betriebsstätte führt, ein Teil seiner auf dem Arbeitsplatz zu leistenden Verrichtungen. Auf diesem Wege ist er deshalb in gleicher Weise versichert wie bei der eigentlichen Betriebstätigkeit. Demgemäß ist das Vorliegen eines Betriebsunfalls anerkannt worden bei einem Steinmetz, der auf dem Wege von der Mittagspause zu der Arbeit auf dem zur Werkstatt führenden Hofe, welchen sein Arbeitgeber im Sommer und bei gutem Wetter als Arbeits-, sonst als Lagerplatz benutzte, infolge Glatteises hinstürzte (R. E., A. N. d. RVA. 1890, S. 508).

Wird der Unfall nicht aus Nachlässigkeit, sondern aus Vorsatz herbeigeführt, so besteht kein Anspruch auf die Versicherungsleistung (§ 556). Ein mißglückter Selbstmordversuch gilt nur dann nicht als vorsätzlich herbeigeführt, wenn er in geistiger Umnachtung ausgeführt ist. Auf die Stellungnahme des Reichsversicherungsamts zu dieser Frage und den Standpunkt der Wissenschaft gehe ich in dem elften Kapitel näher ein. Im Gebiete der Unfallversicherung steht bei Selbstmord auch den Hinterbliebenen kein Anspruch zu, es sei denn, daß Geisteskrankheit vorgelegen hat und die indirekte Folge des Betriebsunfalls gewesen ist. Hat der Verletzte sich den Unfall beim Begehen einer Handlung, die nach strafgerichtlichem Urteil ein Verbrechen oder vorsätzliches Vergehen ist, zugezogen, so kann der Schadenersatz ganz oder teilweise versagt werden (§ 557).

Über das zweite Merkmal unseres Begriffes, den Unfall, gibt das Handbuch der Unfallversicherung folgende Erklärung: Voraussetzung eines stattgehabten Unfalles ist einmal ‚daß der Betroffene, sei es durch äußere Verletzung, sei es durch organische Erkrankung, eine Schädigung seiner körperlichen oder geistigen Gesundheit — Körperverletzung oder Tod — erleidet, und sodann, daß diese Schädigung auf ein plötzliches, d. h. zeitlich bestimmbares, in einen verhältnismäßig kurzen Zeitraum eingeschlossenes Ereignis zurückzuführen ist, welches in seinen — möglicherweise erst allmählich hervortretenden — Folgen den Tod oder die Körperverletzung verursacht.

Hier wird also zunächst eine Schädigung angenommen durch äußere Verletzung oder durch organische Erkrankung. Wenn jemand eine Körperverletzung erleidet, also z. B. von einem Gerüst stürzt und einen Fuß bricht, so wird jedermann das für einen Unfall halten. Es kann aber auch durch eine organische Erkrankung ein Unfall bedingt sein. Wenn jemand im Anschluß an Haderzupfen unter den Erscheinungen des Milzbrandes erkrankt, so liegt Betriebsunfall vor. Denn der Milzbrand wird nur durch die Milzbrandbazillen hervorgerufen, die aus den Hadern herstammen müssen und irgendwie in den Körper gelangt sind, und zwar in einer auch sonst dem Begriff „Unfall“ entsprechenden Weise, nämlich hinsichtlich der zeitlichen Begrenzung. In zweiter Linie sind zu nennen akute Gasvergiftungen. Ein Arbeiter, der in einem Brunnenschacht arbeitet und durch ausströmende Kohlensäure oder Kohlenoxydgas bewußtlos wird oder gar erstickt, hat einen Betriebsunfall erlitten. Hierher gehören auch die Krankheiten der

Caissonarbeiter. In dritter Linie sind zu nennen Krankheiten als Folge von Witterungseinflüssen; hierher gehören Hitzschlag, Sonnenstich, Erfrierungen, Erkältung und Störungen nach Blitzschlag. Den Veränderungen, die durch Blitzschlag entstehen, sind die Starkstromverletzungen gleichzusetzen, die oft auch ohne äußere Verletzung einhergehen. Von Erkältungskrankheiten sind als Unfallfolgen anerkannt worden: eitrige Knochenmarkentzündung, plötzliche Erblindung eines Tabikers, Lungenentzündung, Gelenkrheumatismus, Ischias, amyotrophische Lateralsklerose. Hitzschläge werden als Betriebsunfall nur dann anerkannt, wenn die Art und der Ort der Betriebsarbeit wesentlich dazu beigetragen haben, die natürliche Hitze und ihre Einwirkung auf den Körper des Betroffenen zu steigern (R. E., Zeitschr. Komp.1904, S. 221).

Die Arbeit selber kann ferner die organische Erkrankung bedingen. Es handelt sich dann immer darum, daß durch die Schwere der Arbeit eine erhebliche Verschlimmerung des Leidens hervorgerufen sein muß, oder daß schwere Folgeerscheinungen besonderer Art auftreten müssen. So tritt Schlaganfall bei brüchigen Arterien oder Miliaraneurysmen, Lungenblutung bei Lungentuberkulose, Dehnung des Herzens bei Herzmuskelentartung, Verblutung bei Platzen eines Aneurysmas auf, wenn eine plötzliche Steigerung des Blutdrucks erfolgt und diese Steigerung einen besonders hohen Grad erfährt. Eine solche Steigerung des Blutdrucks kann durch Überanstrengung bei einer das übliche Maß übersteigenden Arbeitsleistung bedingt werden. Andererseits erfolgt auch im Laufe der Grundkrankheit eine derartige Verschlimmerung, daß zu einer bestimmten Zeit der Schlaganfall, die Lungenblutung usw. ohne besondere äußerliche Mitwirkung auftritt. Wenn in einem solchen Falle das Ereignis bei der Arbeit auftritt, so ist nicht ein ursächlicher Zusammenhang, sondern ein zufälliges Zusammentreffen anzunehmen. So ist ein Schlaganfall beim Holzzerkleinern in gebückter Haltung nicht als Betriebsunfall anerkannt worden. Der Unfall war gleich beim Beginn der Arbeit eingetreten; dafür, daß die Anstrengung bei der Arbeit als mitwirkende Ursache für den Schlaganfall erheblich ins Gewicht gefallen war, konnte in den begleitenden Umständen zuwenig Anhalt gefunden werden. Es lag lediglich ein zeitlicher, kein ursächlicher Zusammenhang mit dem Betriebe vor (R. E., A. N. d. RVA.1901, S. 602). Ebenso ist der Durchbruch eines Magengeschwürs nicht als Betriebsunfall infolge schweren Hebens angesehen worden. Nach der begründeten Ansicht der ärztlichen Sachverständigen war anzunehmen, daß der Durchbruch bei jeder andern Arbeitsverrichtung oder sonstigen Betätigung des täglichen Lebens zu derselben Zeit oder innerhalb kurzer Zeit erfolgt sein würde (R. E., Komp. Samml. 1902, S. 144). — Dagegen ist Schlaganfall in folgendem Falle als Betriebsunfall anerkannt worden. Es handelte sich um einen großgewachsenen Mann, der in gebückter Stellung unmittelbar nach der Mahlzeit unter Aufwendung besonderer Muskelkraft arbeitete. Dabei trat ein Schlaganfall ein. Es wurde angenommen, daß die plötzlich eintretende Blutdrucksteigerung bei dem starken Blutandrang nach dem Gehirn eine Zerreißung der Blutgefäße des Gehirns veranlaßt hat. Dies war umso wahrscheinlicher, als eine Erkrankung der Wandungen kleiner Gehirnarterien schon vorgelegen hatte. Wenn der Schlaganfall bei der schon vorhandenen Erkrankung auch bei anderer Gelegenheit hätte erfolgen können, so war dennoch hier die Arbeit selbst mit großer Wahrscheinlichkeit als begünstigendes und auslösendes Moment anzusehen (R. E., Komp. Samml. 1901, S. 27). Auch bei Lungenblutungen nimmt das Reichs

versicherungsamt den entsprechenden Standpunkt ein. „Wenn ein lungenkranker Arbeiter gelegentlich der Vornahme einer Arbeit, welche der alltägliche Betrieb mit sich bringt, und welche nur die übliche mäßige Anstrengung seiner Kräfte erfordert, von einem Blutsturze befallen wird, so muß in jener Betriebshandlung wohl die zufällige Gelegenheit, nicht aber die Ursache der durch den Blutsturz bedingten Verschlimmerung im Körperzustande jenes Arbeiters erblickt werden" (R. E. vom 23. IX. 1889). Bei einer Rekursentscheidung, die einen Schiffszimmermann betraf, der nach dem Heben einer 280 kg schweren Last, einem Stahlblech, sofort Herzbeschwerden bekam, die in der Folgezeit zunahmen, lautet die dem Urteil zugrunde liegende ärztliche Äußerung: „Im vorliegenden Falle ist ein vorher arbeitsfähiger, wenn auch an Arteriosklerose leidender Mann unmittelbar nach einer Anstrengung, die sehr wohl eine Herzinsuffizienz herbeizuführen geeignet war, an Herzbeschwerden erkrankt, und bald darauf sind objektiv die Zeichen einer Herzdehnung und -schwäche festgestellt worden. Wenn auch der natürliche Verlauf der Arteriosklerose schließlich ebenfalls zu einer Leistungsunfähigkeit des Herzens führen kann, so ist doch hier durch das Trauma eine sichtliche und wesentliche und keineswegs im Verlauf der Krankheit an sich begründete Verschlimmerung herbeigeführt worden, so daß ich die Annahme für gerechtfertigt halte, daß die zum Heben der Platte erforderliche Anstrengung zu einer dauernden Schädigung des wahrscheinlich schon vorher arteriosklerotischen Herzens geführt hat" (R. E., A. N. des RVA. 1906, S. 168). Auf die Forderungen, die gestellt werden, wenn ein Leistenbruch als Unfallfolge anerkannt werden soll, komme ich noch später zurück.

Während bei den bisher genannten Fällen eine außerordentliche Anstrengung gefordert wurde, die über die übliche Arbeitsleistung weit hinausgeht, kann auch die gewöhnliche Betriebsarbeit bei besonders gearteten Fällen als ausreichende Unfallursache angesehen werden. So ist ein ursächlicher Zusammenhang zwischen schwerem, aber betriebsüblichem Heben und dem Platzen eines Eitergeschwürs im Innern des Körpers angenommen worden. Dabei ist ausgeführt, daß hier die Verhältnisse so besonders geartet sind, daß es nicht einer über das Maß des Betriebsüblichen hinausgehenden Anstrengung bedurfte (R. E., Komp. Samml. 1902, S. 143).

Andererseits kann eine große Anstrengung auch bei normaler Körperbeschaffenheit für einen Betriebsunfall verantwortlich gemacht werden. So wurde angenommen, daß Ertrinken eines Ziegeleiarbeiters auf dem Heimwege wesentlich durch Übermüdung infolge anstrengender Betriebsarbeit mitverursacht war; es wurde daher Betriebsunfall anerkannt (R. E., Komp. Samml. 1902, S. 229).

Schließlich gibt es noch ein psychisches Trauma. Hier handelt es sich um hochgradige Störungen des seelischen Gleichgewichts, um schweren Affekt in Zusammenhang mit dem Betrieb. Man bezeichnet eine solche Störung als Schok und rechnet Schreck, Furcht, Angst, Zorn, Scham und ähnliche seelische Erregungszustände hierher. Der Schok geht mit einer erheblichen Erregung des vasomotorischen Systems einher und kann unter Umständen den sofortigen Tod durch Hirnlähmung oder Herzlähmung zur Folge haben. Oft bleiben nur krankhafte Störungen der Seelentätigkeit zurück, die mehr oder minder intensiv sein können. In folgendem Falle nahm das Reichsversicherungsamt Tod infolge von Schreckwirkung an. Es handelte sich um einen Kutscher im Ziegeleibetriebe, der schon längere Zeit an Herzklopfen

litt. Der Kutscher führte einen Zug von drei mit Kies voll beladenen Eisenbahnlastwagen, der Zug stürzte um und verschüttete einen Arbeiter. Bei dem Versuch, den Verschütteten zu befreien und den Kies mit den Händen wegzuscharren, geriet der Kutscher in so hochgradige Erregung, daß er tot zusammensank. In einem andern Falle war der Aufseher L., dessen Tod an Herzlähmung erfolgte, am Tage vorher durch den gräßlichen beim Auflegen des Treibriemens eingetretenen Tod seines Mitarbeiters, bei dem er Augenzeuge war, sowie durch die Befürchtung, es könne ihm ein Verschulden zur Last gelegt werden, in eine hochgradige seelische Erregung versetzt worden, die sich am andern Tage bei der Besichtigung der Unfallstelle und bei der amtlichen Unfalluntersuchung wiederholte. Ferner ist der durch Herzschlag herbeigeführte Tod eines nicht herzkranken Versicherten als mittelbare Folge eines Betriebsunfalls angesehen worden, da die größte Wahrscheinlichkeit dafür vorlag, daß der Herzschlag durch die hochgradige seelische Aufregung und die Furcht herbeigeführt war, in der sich der Verletzte in der Erwartung einer zur Beseitigung der Unfallfolgen vorzunehmenden Operation befand (R. E., A. N. des RVA. 1891, S. 252). Auch Erschrecken infolge barschen Anschreiens durch einen Vorgesetzten ist als Betriebsunfall angesehen. Das Anschreien war wesentlich durch die vom Versicherten verschuldete Vernachlässigung der Betriebsarbeit hervorgerufen, fand also seine Veranlassung in dem Betrieb (R. E., Deutsche Versich. Ztg. 1907/08, S. 290).

Der psychische Schok spielt eine große Rolle bei der Entstehung gewisser Nervenkrankheiten, der sogenannten traumatischen Neurosen, die in dem 14. Kapitel besonders behandelt sind. Hier mag nur soviel gesagt werden, daß diese Neurosen durch Ineinandergreifen verschiedener psychologischer Faktoren entstehen, die schädigend auf das Seelenleben einwirken. Einer dieser Faktoren ist dabei die Sucht nach einer Rente. Die Rentensucht kann auch zu einer Nervenstörung führen, zu der Rentenneurasthenie oder Rentenhysterie. Es ist wohl selbstverständlich, daß man den Rentenkampf an sich nicht als Folge eines Betriebsunfalls ansehen kann, und daß dementsprechend reine Rentenneurasthenie oder Rentenhysterie nie zu Ersatzansprüchen führen kann. Ist im wesentlichen nur der eingebildete, einer rechtlichen Grundlage entbehrende Anspruch auf eine Rente die Ursache des Nervenleidens, so liegt ein ursächlicher Zusammenhang mit dem Unfall nicht vor (R. E., A. N. des RVA. 1903, S. 196).

Als zweite Voraussetzung eines stattgehabten Unfalles wird verlangt, daß die äußere Verletzung oder organische Erkrankung zu einer Schädigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit führt. Diese Schädigung kann die mittelbare oder unmittelbare Folge des Unfalls sein, sie kann plötzlich eintreten oder sich erst allmählich herausbilden, sie kann einen gesunden oder einen schon kranken Körper betreffen, sie kann der Schwere des Unfalls entsprechen oder zu ihr in sichtlichem Kontrast stehen und so ein recht verschiedenartiges Gesicht zeigen.

Die unmittelbaren Folgen des Unfalls bestehen meist in deutlich erkennbarer Veränderung oder gar Zerstörung körperlicher Gewebe. Sie bieten der Beurteilung im allgemeinen keine Schwierigkeiten. Eine äußere Verletzung der Hand, eine Quetschung der Brust, eine Verbrennung der Haut sind leicht erkennbar und auch als Unfallfolgen ohne Schwierigkeit anzusprechen. Mittelbar können die Folgen des Unfalls sich nach zwei verschiedenen Richtungen zeigen. Einmal kann der Unfall zunächst recht un-

bedeutende Gewebsänderungen verursachen, erst später entwickelt sich die eigentliche Gesundheitsschädigung. Der Unfall legt hier gewissermaßen den Krankheitskeim. Das andere Mal ist nicht der Unfall an sich das krankheitauslösende Moment, sondern weitere Schädlichkeiten, die mit dem Unfall verbunden sind. Wenn der Unfall den Krankheitskeim legt, so braucht zunächst irgendeine greifbare Veränderung nicht zu bestehen. Einem Stoß gegen das Knie kann eine Gelenktuberkulose des Kniegelenks folgen, einem Stoß gegen den Magen ein Magenkrebs. In einem Falle, der zur Beurteilung des Reichsversicherungsamts kam, bestand die den Unfall darstellende Verletzung nur in der Zerreißung einer Hautblase, die ein Arbeiter sich beim Plattieren von Filzhüten zugezogen hatte; nachdem durch hinzutretende Ansteckungsstoffe eine Zellgewebsentzündung und eine dauernde Gebrauchsbehinderung der Hand herbeigeführt war, wurden hierin Folgen jenes an sich höchst geringfügigen Betriebsunfalls erblickt. Es wurde hierbei für gleichgültig erklärt, ob die Ansteckungsstoffe innerhalb oder außerhalb des Betriebs eingedrungen seien (Handb. der Unfallv. I, S. 249). Im zweiten Falle stellt sich die Gesundheitsschädigung als Folge der mit dem Unfall verbundenen Maßnahmen dar. Die Verletzten sind verpflichtet, ihrerseits dazu beizutragen, daß die Unfallfolgen nach Möglichkeit beseitigt werden. Sie müssen sich deshalb auch eine Heilbehandlung gefallen lassen, widrigenfalls sie ihres Anspruchs verlustig gehen (§ 580). Ebenso hat sich der Verletzte auf Ersuchen einer ärztlichen Untersuchung zu unterwerfen (§ 581). Dazu sind unter Umständen Reisen notwendig. Unfälle auf Reisen, welche in Verfolg des Heilverfahrens, insbesondere zur Untersuchung oder zur Heilung von Verletzten vorgenommen werden, und Beschädigungen der Gesundheit von Versicherten während des zum gleichen Zwecke erfolgenden Aufenthalts in Krankenhäusern unterliegen der Entschädigungspflicht. Es wird aber verlangt, daß die Unfälle oder Beschädigungen durch den früheren, bei dem Betrieb erlittenen Unfall in dem Sinne mittelbar herbeigeführt sind, daß dieselbe Reise oder derselbe Aufenthalt im Krankenhause den zweiten Unfall nicht herbeigeführt haben würde, wenn nicht infolge der früheren Verletzung eine geringere körperliche Gewandtheit oder Widerstandskraft des Versicherten vorhanden gewesen wäre, oder daß der Verletzte durch die zu dem Untersuchungs- oder Heilungszweck erfolgte Maßnahme besonderen Gefahren ausgesetzt worden ist, die über die Gefahren des gewöhnlichen Lebens hinausgingen. Eisenbahnen und Straßenbahnen liegen dabei im Bereich der Gefahren des täglichen Lebens (R. E., A. N. des RVA. 1902, S. 559, 1905, S. 509). So ist Herzlähmung infolge Überanstrengung auf einer Reise zur ärztlichen Untersuchung als entschädigungspflichtige Folge des Betriebsunfalles angesehen, welcher den Anlaß zur Untersuchung gegeben hatte. Es war angenommen, daß die Widerstandskraft gegen Erkältung und Überanstrengung infolge des früheren Unfalls sehr gering war (R. E., Unf. Vers. Prax. 1907/08, S. 34). Bei einem Versicherten, der wegen der Unfallfolgen in einer Heilanstalt untergebracht war, und der sich bei häuslichen Verrichtungen erneut einen Unfall zuzog, ist dieser zweite Unfall nicht als entschädigungspflichtig anerkannt worden, da er einer allgemeinen, dem täglichen Leben eigentümlichen Gefahr zum Opfer gefallen war, für welche der Aufenthalt im Krankenhause nicht als solcher verantwortlich gemacht werden konnte (R. E., Komp. Samml. 1905, S. 67). In einem andern Falle war ein Unfallverletzter infolge einer falschen Diagnose operiert. Die Ärzte hatten ein Nierenleiden angenommen. Die Niere erwies sich aber bei der Operation

als gesund. Infolge einer durch die Operation bedingten Nachblutung trat der Tod ein. Die Hinterbliebenen wurden entschädigt (R. E., Komp. Samml. 1910, S. 81).

Die unmittelbaren Folgen des Unfalls werden meist sofort oder in kurzer Zeit zutage treten. Bei den mittelbaren Folgen kann die Gesundheitsschädigung sich aber sehr allmählich herausbilden, so daß darüber Wochen und Monate vergehen. Dieser Unterschied in dem Zeitraum macht für den Begriff des Betriebsunfalls nichts aus.

Es ist auch gleichgültig, ob der Unfall einen gesunden oder einen kranken Körper betrifft, ob er eine Krankheit verursacht oder eine bestehende Krankheit verschlimmert. Wenn eine Verschlimmerung zutage tritt, muß natürlich immer geprüft werden, ob es sich hier nicht um eine natürliche Fortentwicklung der Krankheit handelt, die zu dem Betriebsunfall nicht in Beziehung steht. Der Anspruch auf Entschädigung besteht aber dann, wenn wegen eines schon bestehenden (z. B. Lungen-) Leidens die Folgen der Verletzung in wesentlich erhöhtem Maße schädigend wirken oder den Eintritt der Erwerbsunfähigkeit oder des Todes erheblich beschleunigt haben. (R. E., A. N.des RVA. 1887, S. 150.)

Die Schwere des Unfalls steht nicht in Beziehungen zu der Schwere der Gesundheitsschädigung. Dies trifft insbesondere für innere Leiden zu. Die Aufnahme von Tetanusbazillen kann von der kleinsten Wunde aus erfolgen, der Wundstarrkrampf wird sogar erst nach der Heilung der kleinen Wunde ausbrechen können. Die Schwere der Gesundheitsschädigung hängt vielmehr durchaus davon ab, wie der Organismus auf den Unfall reagiert. Die Ansicht des Reichsversicherungsamts, die auch von Thiem gebilligt wird, daß bei Krebsleiden als Unfallfolge eine ernstere, erhebliche Verletzung vorgelegen haben müsse, weist Löwenstein mit Recht zurück. Auf der andern Seite darf man allerdings nun nicht jede Krankheit, wie es heute wohl zu allgemein geschieht, als die Folge irgendeines Unfalls hinstellen. Auf die Frage, wann ein Leiden als die Folge eines Unfalls anzusehen ist, kann ich natürlich nicht eingehen. Hierüber geben die Handbücher der Unfallmedizin Auskunft. Der Kontrast, der zwischen der Schwere des Unfalls und der Schwere der Gesundheitsstörung besteht, ist im allgemeinen am auffallendsten bei den traumatischen Neurosen, die so recht zeigen, daß allein die Reaktion des verletzten Körpers auf die Verletzung für die Schwere der Unfallfolgen maßgebend ist.

Ich wende mich nun dem dritten Merkmal des Unfalls zu. Die Gesundheitsschädigung muß auf ein plötzliches, d. h. in einen verhältnismäßig kurzen Zeitraum eingeschlossenes Ereignis zurückzuführen sein. Dieses Merkmal ist besonders wichtig für alle Unfallfolgen, die sich nicht als Verletzungen darstellen. „Die Frage, ob eine plötzliche oder allmähliche Einwirkung stattgefunden hat, ist unter Umständen schwer zu beantworten, weil die Begriffe „plötzlich" und „allmählich" an der Grenze ineinander gehen; sie kann nur nach der Lage des Einzelfalls entschieden werden. Ein Zeitraum von einigen Stunden, höchstens aber eine — durch nicht zu lange Pausen unterbrochene — Arbeitsschicht ist als ein dem Erfordernisse der „Plötzlichkeit" noch genügender „verhältnismäßig kurzer Zeitraum" aufgefaßt worden "(Handb. der Unfallv. I, S. 69/70). Alle Schädigungen der Gesundheit, die das allmählich sich vorbereitende, wenn auch plötzlich in die Erscheinung tretende Endergebnis wiederholter gesundheitsschädlicher Einflüsse eines Betriebs sind, gleichviel, ob diese von dem Ar-

beiter vorausgesehen werden können und von ihm in Rechnung gezogen werden müssen oder nicht, sind als sogenannte Gewerbekrankheiten anzusehen, für welche eine Entschädigung auf Grund der Unfallversicherung nicht gewährt wird. „Plötzlich" ist nie gleich „unerwartet", sondern im Sinne der erwähnten zeitlichen Begrenzung zu verstehen (R. E., Komp. Samml. 1909, S. 4).

Als Gewerbekrankheiten sind durch das Reichsversicherungsamt bisher angesprochen: Phosphornekrose, Quecksilbervergiftung, Bleivergiftung, Nystagmus der Bergleute, Lungenkrankheiten nach Einatmung von Ätzkalk, Thomasschlackenstaub, Kohlenstaub usw., ferner Beschäftigungsekzeme, Hautleiden nach Röntgenbestrahlung usw. (Handb. der Unfallv. I, S. 70). Auf gleicher Stufe mit den Gewerbekrankheiten im engeren Sinne stehen Schädigungen infolge gewisser Einflüsse ungesunder Betriebsstätten (z. B. der dauernden Zugluft in einer Werkstatt, der Feuchtigkeit in einem Bergwerke) sowie infolge anhaltender Arbeit unter ungünstigen Witterungsverhältnissen. Dabei macht es keinen Unterschied, ob die Erkrankung selbst etwa plötzlich in die äußere Erscheinung getreten ist, wie dies z. B. bei Schlaganfällen zutrifft, sofern eben nicht ein plötzliches Vorkommnis nachzuweisen ist, auf welches die Erkrankung sich zurückführen läßt. Als Betriebsunfall wurde angesehen: Durchscheuern eines Fingers beim Eggen während einer halbtägigen Arbeit, eine zehn Minuten lange Druckeinwirkung auf ein Knie, Erkältung infolge siebenstündiger Arbeit im Schnee, Erfrieren der Finger während einer Tätigkeit von acht Stunden, Erkrankung infolge mehrmaliger, innerhalb sechs Stunden geschehener heftigen Abkühlungen, Erkältung eines Schiffsoffiziers, die er sich im Lauf eines Tages zugezogen hatte, Zellgewebsentzündung, Cholera, Typhus, Milzbrand usw., da die einmalige kurz dauernde Aufnahme der Krankheitserreger zur Infektion genügt hat, akute Vergiftung durch Nitrobenzoldämpfe, Metollaugendämpfe, Chlor (Lungengangrän), Paranitranilin innerhalb weniger Stunden. Als Betriebsunfall wurde abgelehnt: Geisteskrankheit infolge wochenlangen Aufenthalts in heißen Schiffsräumen, Augenerkrankung infolge 20 stündiger Tätigkeit auf dem Ausguck eines Schiffes, mehrtägige Einwirkung hoher Temperatur und schlechter Gase, Wundscheuern der Haut (sog. Wolf), Einatmung von Benzoldämpfen während eines Zeitraums von 6—7 Wochen. — So bedauerlich die jetzige Sachlage ist, so ist doch die Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts durch die gesetztlichen Grundlagen gerechtfertigt.

Wirtschaftliche Unfallfolgen.

Wenn ein Betriebsunfall eine Schädigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit eines Versicherten bewirkt, so entsteht für den Versicherten ein Ausfall seiner Erwerbsfähigkeit, für den er Schadenersatz beanspruchen kann. Es kann sich entweder nur um eine vorübergehende Erwerbsunfähigkeit handeln, oder die Erwerbsfähigkeit ist dauernd gestört. In letzterem Falle macht es dann einen erheblichen Unterschied, ob die Erwerbsfähigkeit völlig oder teilweise aufgehoben ist. Die Folgen des Unfalls können sogar so weittragender Art sein, daß der Verletzte in einen Zustand völliger Hilflosigkeit versetzt ist. Schließlich kann der Unfall auch den Tod unmittelbar oder im weiteren Verlaufe der Unfallkrankheit zur Folge haben. Dann steht den Hinterbliebenen ein gesetzlicher Anspruch auf Entschädigung zu (§ 588). Ferner ist dem Versicherten bei Verletzung vom Beginne der 14. Woche Krankenbehandlung zu gewähren (§ 558).

Was zunächst die Krankenbehandlung betrifft, so unterscheidet sie sich sachlich wenig von der Krankenhilfe der Krankenversicherung. Sie umfaßt ärztliche Behandlung und Versorgung mit Arznei (§ 558). Über den Rahmen der Krankenversicherung geht aber die Lieferung von Heil- und Hilfsmitteln hinaus, die erforderlich sind, um den Erfolg des Heilverfahrens zu sichern oder die Folgen der Verletzung zu erleichtern (§ 558). An Stelle dieser Leistungen kann die Berufsgenossenschaft freie Kur und Verpflegung in einer Heilanstalt gewähren (§ 597.) Den Angehörigen steht alsdann eine Angehörigenrente zu (§ 598). Von der fünften Woche ab erhält der Verletzte auch ein um den Unfallzuschuß erhöhtes Krankengeld (§ 573). Auf diese Leistungen sei hier nur kurz hingewiesen, sie sind in dem 7. Kapitel näher behandelt. Die Heilbehandlung der Unfallverletzten durch die Berufsgenossenschaften vor und nach der Wartezeit ist in dem 19. Kapitel ausgeführt.

Auch in der Unfallversicherung besteht ein Unterschied zwischen vorübergehender und dauernder Erwerbsunfähigkeit, wie in der Invalidenversicherung zwischen vorübergehender und dauernder Invalidität. Jedoch besteht die Abweichung, daß in der Unfallversicherung die Übergangsrenten, die der vorübergehenden Erwerbsunfähigkeit entsprechen, höchstens zwei Jahre laufen und dann in Dauerrenten umgewandelt werden müssen (§ 609). Bei der Annahme der dauernden Erwerbsunfähigkeit kann die Dauerrente auch schon vor dem Ablauf von zwei Jahren zugesprochen werden. Der wesentliche Unterschied zwischen Dauerrenten und Übergangsrenten ist der, daß bei Übergangsrenten jederzeit eine neue Feststellung vorgenommen werden darf, ob eine wesentliche Änderung im Zustande des Verletzten eingetreten ist, daß bei Dauerrenten eine neue Feststellung nur in Zeiträumen von mindestens einem Jahre vorgenommen oder beantragt werden darf (§ 609). Der vorübergehenden Erwerbsunfähigkeit entsprechen im allgemeinen alle Verletzungen, bei denen anzunehmen ist, daß die Folgen der Verletzung bald überwunden sein werden. Vielfach handelt es sich dabei um äußere Verletzungen, wie Wunden, Quetschungen, Knochenbrüche, Verstauchungen usw., die meistens die Gliedmaßen betreffen. Etwa 60—70 % der Unfälle betreffen die Gliedmaßen und führen dann meist zu vorübergehender Erwerbsunfähigkeit. Allerdings haben sich hier die Anschauungen geändert. Während man früher den Verlust eines Fingers dauernd mit einer Rente abfand, ist man in neuerer Zeit zu der Überzeugung gekommen, daß hier eine wesentliche wirtschaftliche Einbuße dauernd nicht vorhanden ist. Früher ging das Reichsversicherungsamt von dem Grundsatz aus, daß in der Regel jede Beeinträchtigung der Unversehrtheit der bei der Arbeit vorzugsweise beteiligten Gliedmaßen, namentlich der Hände, die Erwerbsfähigkeit mindert. Im Jahre 1904 bezeichnete das Reichsversicherungsamt selbst diese Ansicht als veraltet und führte aus, daß jener Grundsatz gegenüber den Erfahrungen bei der Rechtsprechung nicht so unbedingt aufrecht erhalten werden kann, daß insbesondere Fingerverletzungen wegen der hier in der Regel früher oder später eintretenden völligen Gewöhnung zu einem dauernden Rentenbezug nicht schon deshalb berechtigen, weil damit die Unverletztheit von Gliedmaßen zerstört worden ist. Im weiteren Verlaufe kam man auch zu der Überzeugung, daß der Verletzte kleine Unbequemlichkeiten und Belästigungen die sich aus dem Unfall ergeben, ohne besondere Entschädigung ertragen müsse, wenn sonst weiter keine Beschränkung der Erwerbsfähigkeit vorliege. Damit sind alle Fingerverletzungen und eine Reihe anderer Verletzungen der Gliedmaßen aus den Ursachen ausgeschieden,

die früher dauernde Erwerbsunfähigkeit verursachten. Die Folgen eines Unfalls sind eben zu verschiedenen Zeiten nach dem Unfall in wirtschaftlicher Beziehung ganz verschieden. Wenn der Unfall einen Krebs, eine Tuberkulose, ein Herzleiden usw. zur Folge hat, so wird man mit einem allmählichen Fortschreiten der Krankheit, günstigstenfalls mit einem Stationärbleiben zu rechnen haben. Es wird sich hier immer um dauernde Erwerbsunfähigkeit handeln. Bei einem Nierenleiden, einer Zuckerkrankheit usw. wird das Leiden stationär bleiben und die Erwerbsfähigkeit dauernd in derselben Weise schädigen. Bei andern Krankheiten wie beim Krebs wird aber von vornherein damit zu rechnen sein, daß der Zustand sich verschlimmert; damit wird die Erwerbsfähigkeit auch immer mehr und mehr eingeengt werden. Ganz anders liegen die Verhältnisse bei Gebrechen, wo es zu einer Heilung mit Defekt gekommen ist. Wenn jemand durch einen Schlaganfall auf der rechten Seite gelähmt ist, so ist er in der ersten Zeit nach dem Schlaganfall völlig hilflos. Denn die Gebrauchsfähigkeit der linken Hand kann nicht ausgenutzt werden, sie ist ungeschickt und kann die rechte Hand nicht ersetzen. Nach kurzer Zeit versteht es aber der Gelähmte eine Anzahl von Bewegungen, die er früher nur mit der rechten Hand ausgeführt hat, jetzt mit der linken zu machen, er lernt wohl auch mit der linken Hand schreiben und ist also nun nicht mehr hilflos, ohne daß sich in dem Krankheitszustand etwas geändert zu haben braucht. Diese Besserung, die mit der Änderung des Krankheitszustandes nichts zu tun hat, ist rein funktioneller Natur. Derartige wirtschaftliche Besserungen werden als Gewöhnung und Anpassung bezeichnet. „Die Anpassung an irreparable Veränderungen (Grunewald) erfolgt im Wege technisch modifizierter, oft andersartiger, jedoch zur Erwerbsfähigkeit führender Arbeit, während die Gewöhnung die Unfallfolgen durch qualifizierte Arbeit selbst relativ behebt oder doch abschwächt Die Anpassung an Defekte setzt beim Verletzten nicht selten eine Änderung der Arbeitsart voraus, sie ermöglicht ihm aber, auf dem allgemeinen Arbeitsmarkte Erwerb zu finden; die Gewöhnung gestattet dem sogenannten „qualifizierten" Arbeiter, im erlernten Berufe zu verharren; für ihn wird die Arbeit selbst, die unermüdliche, große Willenskraft voraussetzende Übung, zum Faktor relativer funktioneller Heilung, zur besten Ecole d'apprentissage." (Bum.) In einer Anzahl von Entscheidungen, die von der Sektion I der Norddeutschen Eisen- und Stahl-Berufsgenossenschaft gesammelt sind, hat das Reichsversicherungsamt den Grundsatz ausgesprochen, daß der Verlust von ein oder mehreren Fingergliedern nach eingetretener Gewöhnung nicht mehr zu entschädigen ist. Seitdem wird die Gewöhnung als Besserungstatsache entsprechend gewürdigt. Doch wird von Ledderhose hervorgehoben, daß in erster Linie nicht die Größe des Defekts bei der Beurteilung der Erwerbsfähigkeit die entscheidende Rolle spielt, sondern die Frage, ob Komplikationen und in welchem Maße solche etwa vorhanden sind. Die Lage und Beschaffenheit der Narbe (ob reizlos, frei verschieblich, nicht druckempfindlich), die aktive und passive Beweglichkeit der Gelenke, die Störungen der Blutversorgung und der Empfindlichkeit sind in jedem einzelnen Fall zu verschieden, als daß ein allgemeiner Maßstab für den Grad der Gewöhnung aufgestellt werden könnte.

Dieser letzte Hinweis lehrt schon, daß die anatomischen Verhältnisse für das Endmaß der Gewöhnung bestimmend sind. Wird bei der chirurgischen Behandlung nicht dafür gesorgt, daß bei der Behandlung aseptisch verfahren wird, bei der Amputation die gute Stumpfbildung vor allen andern

Erwägungen zunächst zurücktritt und die durch immobilisierende Dauerverbände eintretende Versteifung der Gelenke verhütet wird, so ist auch nicht damit zu rechnen, daß eine völlige Gewöhnung an den Verlust eintritt. Hieraus ergibt sich, welchen Wert die sachgemäße Behandlung der Verletzung selber für die Berufsgenossenschaften hat.

Auch heute ist noch keine Konsequenz in der Beurteilung der Gewöhnung seitens des Reichsversicherungsamts zu finden. Selbst an hochgradige Veränderungen gewöhnt sich der Mensch, so daß ein voller Ausgleich der Erwerbsfähigkeit stattfindet. Ich habe schon Beispiele früher angeführt, und in der Literatur sind sie zahlreich beschrieben, wo Leute mit erheblichen Gebrechen vollständig erwerbsfähig sind. Dann besteht aber meist kein Anspruch auf Rente, sondern die Not des Lebens zwingt zur Arbeit und zur Anpassung an die Verhältnisse. Wenn nun jemand ein Auge verloren hat, so wird der Verlust nach der heutigen Rechtsprechung auch für die Dauer mit 25 resp. 33⅓ % bewertet. Auch hier tritt allmählich Gewöhnung ein, und der einäugige Arbeiter ist in keiner Weise gegenüber dem doppeläugigen in der Erwerbsfähigkeit behindert, wenn man von Ausnahmefällen absieht. Einäugige Kinder sind, soweit nicht qualifizierte Berufe in Frage kommen, bei der Berufswahl überhaupt nicht behindert, und bei Personen in jüngeren Jahren ist ebenfalls ein vollständiger Ausgleich, bei Personen in mittleren Jahren ein erheblicher Ausgleich durch Gewöhnung anzunehmen. Der Hinweis auf die Notwendigkeit der Schonung des unversehrten Auges, um dessen unersetzlichen Verlust zu vermeiden, genügt allein wohl nicht, um den Einfluß der Gewöhnung auszuschließen, da eine solche Schonung doch überhaupt nur für krankhaft veranlagte Augen in Betracht kommt und sonst nie von den Versicherten beachtet wird.

Ich habe schon darauf hingewiesen, daß die Unfallfolgen entweder stationär bleiben oder sich bessern oder verschlimmern. In den meisten Fällen, besonders nach Verletzungen der Glieder, ist anfänglich die Erwerbsfähigkeit stärker beeinträchtigt, als es nach kurzer Zeit zu sein pflegt. Auch in andern Fällen ist es ähnlich, ich erinnere z. B. an den vorher angezogenen Fall eines Schlaganfalls mit rechtsseitiger Lähmung. Abgesehen von der Anpassung pflegt sich der Krankheitszustand selber so weit zu bessern, daß nach Jahresfrist nur wenig noch von der vielleicht schweren Erkrankung übrig geblieben ist. Das geht besonders bei vielen Verletzungen so, derart daß die Erwerbsfähigkeit vielleicht einen Monat ganz aufgehoben, dann um 50 % beschränkt ist und nach einem halben Jahre nur noch eine Schädigung von 10 % zeigt. Nach Ablauf eines Jahres ist die Erwerbsfähigkeit vielleicht vollständig wiederhergestellt.

Die Übergangs- oder Gewöhnungsrenten stellen eine Belastung der Berufsgenossenschaften dar, die von zeitlicher Dauer ist. Die Dauerrenten dagegen werden zwar nicht lebenslänglich gewährt, aber von vornherein ist bei ihnen mit einer Dauer von Jahren bis Jahrzehnten zu rechnen. Bei beiden Arten von Renten kann eine Änderung nur dann vorgenommen werden, wenn in den Verhältnissen, die für die Feststellung der Entschädigung maßgebend gewesen sind, eine wesentliche Änderung eintritt § (608). Eine solche wesentliche Änderung wird erblickt in der deutlichen Besserung oder Verschlimmerung der Unfallfolgen. Jedoch werden Rentenänderungen von 5 % nicht vorgenommen, da sie wirtschaftlich nicht ins Gewicht fallen. Eine wesentliche Änderung ist ferner, wie eben erwähnt wurde, die Gewöhnung an den krankhaften Zustand oder die Anpassung an eine neue

Tätigkeit oder die Erwerbung neuer Fertigkeiten (z. B. im Stenographieren) oder die Gewährung künstlicher Gliedmaßen. Ist jedoch einmal ein Leiden als Unfallfolge anerkannt, so kann eine andere Auffassung der Dinge nicht zu einer Aufhebung der Anerkennung führen. Selbst wenn das Leiden aus Irrtum anerkannt ist, gilt es als anerkannte Unfallfolge und muß bei etwaiger Verschlimmerung auch höher bewertet werden (R. E., A. N. des RVA. 1895, S. 256). Als eine wesentliche Änderung kann auch die andere Beurteilung des unveränderten Gesundheitszustandes nicht angesehen werden. Wenn also ein Leiden mit Unrecht auf beispielsweise 50 % Beschränkung der Erwerbsfähigkeit abgeschätzt ist und dieser Bescheid dem Versicherten rechstkräftig zugegangen ist, so kann eine Rentenänderung nicht vorgenommen werden, weil die erste Abschätzung zu hoch war und eine Rente von 30 % etwa ausgereicht hätte. Die frühere Feststellung (Bescheid, Urteil, Vergleich) ist rechtskräftig und darf nur in derjenigen Richtung abgeändert werden, in der sich die tatsächlichen Verhältnisse geändert haben (Handb. der Unfallv. I, S. 522). Eine wesentliche Änderung ist auch nicht vorhanden, wenn der Gesundheitszustand ohne Beziehung zu den Unfallfolgen sich verschlimmert, wenn etwa Altersbeschwerden die Erwerbsunfähigkeit herabsetzen. Das gilt auch von Augenverletzungen. Bezieht also jemand für den Verlust oder die Verletzung eines Auges eine Rente, so hat er keinen Anspruch auf deren Erhöhung, wenn später unabhängig von dem Unfalle das andere Auge Schaden erleidet oder verloren geht, und zwar auch dann nicht, wenn dieses andere Auge bereits zur Zeit der Rentenfestsetzung erkrankt war und sein Zustand bei der Bemessung berücksichtigt worden ist (R. E., A. N. des RVA. 1902, S. 560; 1908, S. 571). Als wesentliche Änderung ist ferner nicht anzunehmen die Zunahme der Kräfte, wie sie bei jugendlichen, noch in der Entwicklung begriffenen Personen mit zunehmendem Alter einzutreten pflegt, die Einziehung zum Militärdienst, die Veränderung des bisherigen Arbeitsverhältnisses.

Aus praktischen Rücksichten scheidet man die Dauerrenten bei der statistischen Betrachtung in Vollrenten und Teilrenten. Dieser Unterschied besteht an sich auch bei den Übergangsrenten, deren große Veränderlichkeit aber zu einer derartigen statistischen Differenzierung nicht ermuntert.

Der Unterschied zwischen Übergangsrenten und Dauerrenten ist durch die Reichsversicherungsordnung verschärft worden, während bisher fließende Übergänge bestanden. Es erübrigt sich daher, auf eine gesonderte Betrachtung der Ursachen für die Übergangsrenten und Dauerrenten näher einzugehen. Die allgemeinen Ursachen werden später näher erörtert werden.

Solange der Verletzte infolge des Unfalls so hilflos ist, daß er nicht ohne fremde Wartung und Pflege bestehen kann, ist die Rente entsprechend, jedoch höchstens bis zum vollen Jahresarbeitsverdienste, zu erhöhen (§ 560 RVO). Diese Rente wird als Hilflosenrente bezeichnet. Derart hilflos, daß er ohne fremde Wartung und Pflege nicht bestehen kann, ist nicht schon derjenige, welcher für gewisse einzelne Verrichtungen, wenn auch regelmäßig, auf fremde Hilfe angewiesen ist, sofern sich diese Hilfeleistungen ohne beträchtliche Schwierigkeiten und Aufwendungen beschaffen lassen, sondern nur der, für dessen Pflege dauernd eine fremde Arbeitskraft ganz oder doch in erheblichem Umfang in Anspruch genommen werden muß, weil er zu den meisten Verrichtungen der gewöhnlichen Lebenshaltung aus eigener Kraft nicht mehr imstande ist (R. E., A. N. 1899, S. 181). Für die Bewilligung der Hilflosenrente ist allein der tatsächliche körperliche Zustand

des Rentenbewerbers entscheidend; es ist gleichgiltig, ob die Wartung und Pflege in der Familie oder in einer Anstalt gewährt wird, und welche Kosten in Wahrheit durch sie verursacht werden. Für die Bemessung der Hilflosenrente besteht ein Spielraum von 33⅓ %, jedoch werden bei ihr auch Unterschiede von 5 % und nicht nur 10 % wie bei der Unfallrente als wirtschaftlich bedeutungsvoll und darum für eine Rentenänderung ausreichend angesehen. (R. E., A. N. d. RVA. 1903, S. 347). Die juristische Einengung des Begriffs der Hilflosigkeit hat zur Folge, daß die Bewilligung der Hilflosenrente nur selten erfolgt.

Im Gebiete der gewerblichen Unfallversicherung wurden gezahlt

	Renten überhaupt	Hilflosenrenten
1906	428 209	1 099
1907	443 647	1 270
1908	460 686	1 407
1909	465 717	1 554
1910	385 876	1 703

Dabei ist nicht zu vergessen, daß es sich um meist exquisit chronische Leiden bei der Hilflosigkeit handelt, so daß im Laufe der Jahre die Hilflosenrenten sich häufen, weil die Ausscheidung gering ist. Wenn man diesen Gesichtspunkt berücksichtigt, so muß man zugeben, daß die Zahl der jedes Jahr neu bewilligten Hilflosenrenten ziemlich gering ist. Nach Leppmann tritt Hilflosigkeit im Sinne des Gesetzes bei folgenden Krankheitszuständen ein:

1. durch Erblindung beider Augen bei Augenverletzung, Augenleiden oder Nervenleiden,
2. durch mechanische Bewegungshemmung mindestens eines Gliedmaßenpaares bei Verstümmelung, vielfachen Knochenbrüchen oder Narbenbildung,
3. durch vorgeschrittene Lähmung bzw. Ataxie mindestens eines Gliedmaßenpaares bei Verletzungen (Wirbelbruch) und Erkrankungen des Gehirns, des Rückenmarks, eventuell der peripheren Nerven,
4. durch gehäufte Krampfanfälle bei Epilepsie, Hysterie (Ausnahme) und anderen Nervenleiden,
5. durch allgemeines schweres Siechtum jeder Art,
6. durch hochgradige Geistesschwäche, Hemmung, Verwirrtheit, Neigung zu Gewalttaten bei Seelenstörungen,
7. durch Gefahr der Verschlimmerung bei Aufgeben der Bettruhe, z. B. wenn bei schwer Herzkranken jede vermeidbare Bewegung verboten ist.

Aus den Entscheidungen des Reichsversicherungsamts können einige Grundsätze hinsichtlich der Beurteilung und der Abschätzung der Hilflosigkeit bei verschiedenen Leiden entnommen werden. Ein Verletzter wird während der Reparatur seines Stelzfußes nicht als hilflos angesehen (RE., Komp. Samml. 1908, S. 200). Für den Begriff der Hilflosigkeit reicht der Umstand, daß der Verletzte sich während der in Betracht kommenden Zeit mit nur einem Bein in seiner im dritten Stockwerke belegenen Wohnung befunden hat und noch nicht im Besitz eines künstlichen Beines gewesen ist, keineswegs aus. Erforderlich ist vielmehr der Erweis, daß er sogar für die gewöhnlichen Leibesverrichtungen und zur bloßen Lebensführung der Handreichung und Hilfe fremder Personen benötigte, wie dieses bei Personen,

die beide Arme oder beide Beine verloren haben, naturgemäß der Fall ist Daß der Verletzte damals nicht die geringste Gelegenheit hatte, Geld zu verdienen, bleibt für den Begriff dieser Hilflosigkeit durchaus unerheblich (RE., Komp. Samml. 1902, S. 39).

Am häufigsten ist bisher bei völliger Erblindung Hilflosenrente gewährt worden. Hierbei wird 80 % des Jahresarbeitsverdienstes gewährt. Bei der Bemessung wird berücksichtigt, daß ein Blinder Speisen zu sich zu nehmen vermag; er kann seine Bedürfnisse verrichten, ohne daß er fremder Hilfe bedarf. Erfahrungsgemäß pflegt er sich auch nach kurzer Zeit derart an eine Örtlichkeit, insbesondere an die Verhältnisse in seiner eigenen Wohnung zu gewöhnen, daß er sich wenigstens in dieser ohne fremde Hilfe bewegen kann (RE., Komp. Samml. 1910, S. 91, auch AN. des RVA. 1902, S. 468, Komp. Zeitschr. 1910, S. 91). Treten andere Leiden noch zu der Erblindung hinzu, so erhöht sich dementsprechend die Hilflosenrente; so sind einem Erblindeten, der noch an einer Beschränkung der Hörfähigkeit litt, 90 % des Jahresarbeitsverdienstes zugesprochen worden (RE., Komp. Samml. 1903, S. 243), einem andern, bei dem noch eine Knieverletzung zu entschädigen war, ebenfalls 90 % (RE., Komp. Zeitschr. 1908, S. 334), ebenso einem Erblindeten, der durch den Unfall auch den rechten Unterarm verloren hatte (RE., Komp. Samml. 1909, S. 82).

Nächstdem führt Geisteskrankheit am häufigsten zu der Bewilligung einer Hilflosenrente. Auch hier werden, wenn keine besonderen Umstände vorliegen, 80 % des Jahresarbeitsverdienstes als Hilflosenrente gewährt. So wurde bei einem gemeingefährlichen Geisteskranken betont, daß er nicht völlig hilflos sei, weil er imstande war, sich selbst anzukleiden, zu essen, sich zu reinigen, sein Bett zu machen usw. (RE., Komp. Zeitschr. 1910, S. 47). Ähnlich wurde der Fall eines verblödeten Kranken mit zeitweiligen Erregungszuständen beurteilt (RE., Komp. Samml. 1909, S. 9). Im Widerspruch dazu wurden einem Geisteskranken, der wegen seines aufgeregten Zustandes dauernd in einer geschlossenen Anstalt verpflegt werden mußte, 100% des Jahresarbeitsverdienstes zugesprochen (RE., Komp. Samml. 1907, S. 77). Auch einem an schwerer Epilepsie leidenden Verletzten ist die volle Hilflosenrente zugesprochen worden. Dazu führten folgende Erwägungen. Der Umstand, daß der Verletzte an anfallsfreien Tagen sich selbst anzukleiden, ohne fremde Hilfe zu essen und seine Bedürfnisse zu verrichten vermag, kann gegen die Annahme vollständiger Hilflosigkeit nicht ins Gewicht fallen, weil der Eintritt von Anfällen vollkommen unberechenbar ist, und der Verletzte deshalb ohne ständige fremde Wartung und Pflege nicht bestehen kann (RE., Komp. Zeitschr. 1909, S. 252).

Bei schwerer Gehirnerkrankung (Hirngeschwulst) mit Erblindung, Kopfschmerz und Benommenheit schätzte das Reichsversicherungsamt die Hilflosigkeit nur auf 90 % des Jahresarbeitsverdienstes ein (nach Leppmann).

Der Verlust eines Gliedmaßenpaares führt zu Hilflosigkeit, jedoch besteht bisher keine einheitliche Auffassung in der Abschätzung der Hilflosigkeit. So hat das sächsische Landesversicherungsamt bei Verlust beider Beine eine Hilflosenrente von nur 75 % des Jahresarbeitsverdienstes bewilligt (RE. vom 19. IX. 1903), das Reichsversicherungsamt dagegen 90 % (RE., Komp. Samml. 1906, S. 161), während das Reichsversicherungsamt andererseits einem Verletzten, dem infolge des Unfalls beide Beine gelähmt sind, die höchste Hilflosenrente (100 % des Jahresarbeitsverdienstes) zugesprochen hat (RE., Komp. Samml. 1904, S. 32).

Die letzte Folge eines Unfalls kann der Tod sein. Der Tod kann, wie ich schon früher ausführte, mittelbar oder unmittelbar durch den Unfall bedingt werden. Die Unfälle, die unmittelbar zum Tode führen, werden als tödliche Unfälle bezeichnet. Zwischen tödlichen Unfällen und sonstigen Unfällen besteht ein erheblicher Unterschied hinsichtlich des Nachweises der Unfallfolgen. Die Beweispflicht, daß die bestehende Beschränkung der Erwerbsfähigkeit mit einem Betriebsunfall in ursächlichem Zusammenhange steht, liegt nicht der Berufsgenossenschaft, sondern dem Verletzten ob (RE., Komp. Zeitschr. 1902, S. 206). Die bloße Möglichkeit daß zwischen dem Leiden des Verletzten und dem Unfall ein ursächlicher Zusammenhang besteht, reicht zur Anerkennung des Betriebsunfalls nicht aus; dazu bedarf es mindestens des Nachweises der Wahrscheinlichkeit (RE., Komp. Zeitschr. 1901, S. 21). Dagegen ist in den Fällen, in denen ein Arbeiter innerhalb der Betriebsstätte tot aufgefunden wird, im Zweifel anzunehmen, daß sich der Unfall in dem Betriebe ereignet hat (RE., Komp. Samml. 1901, S. 227). Ein Betriebsunfall als Ursache des während der Arbeit auf der Betriebsstätte eingetretenen Todes eines Arbeiters ist anzunehmen, wenn die Umstände, insbesondere die Lage der Leiche bei der Auffindung, das Fehlen anderer annehmbarer Ursachen und die Gefährlichkeit der Betriebseinrichtung es wahrscheinlich oder doch am ehesten möglich machen, daß die letztere, wenn auch in einer nicht völlig technisch und medizinisch einwandfrei aufzuklärenden Weise, die tödliche Verletzung herbeigeführt hat. Sache des Versicherungsträgers ist es, in solchen Fällen die Vermutung zu widerlegen und eine andere, nicht mit dem Betriebe zusammenhängende Todesursache nachzuweisen oder glaubhaft zu machen (RE., Komp. Samml. 1909, S. 112). Die Berufsgenossenschaften können zu dem Zwecke bei der Ortspolizeibehörde die Leichenöffnung beantragen. Voraussetzung für die Vornahme der Leichenöffnung ist die Zustimmung der Hinterbliebenen. Diese werden natürlich der Leichenöffnung sich widersetzen, wenn sie ein für sich ungünstiges Resultat zu befürchten haben. Trotzdem darf die Ablehnung der Leichenöffnung nicht ohne weiteres zuungunsten der Hinterbliebenen ausgelegt werden. Das Reichsversicherungsamt hat in einem solchen Falle folgendermaßen Stellung genommen: Die Zweifel über die Natur der Krankheit und den ursächlichen Zusammenhang hätten allerdings wahrscheinlich beseitigt werden können, wenn die Angehörigen des Verstorbenen die Ausgrabung und Öffnung der Leiche gestattet hätten. Das Rekursgericht hat aber aus der Weigerung keinen ungünstigen Schluß gegen den Anspruch der Hinterbliebenen gezogen. Zwar ist unter Umständen in Fällen, in denen die Berufsgenossenschaft die Leichenöffnung nicht veranlaßt hat, zuungunsten der Berufsgenossenschaft die Vermutung für berechtigt erachtet worden, daß der Tod Unfallfolge sei. Die gegenteilige Vermutung kann jedoch nicht ohne weiteres gegen die Angehörigen Platz greifen, die die Leichenöffnung verweigern. Denn die Verhältnisse liegen nicht auf beiden Seiten gleich. Während die Berufsgenossenschaft von der sachgemäßen Prüfung des Falles durch nichts abgehalten wird, stehen die Angehörigen unter dem der ruhigen Überlegung entgegenwirkenden Einflusse der mit dem Todesfalle verbundenen Aufregung und der Pietät gegen den Toten. Hierauf muß Rücksicht genommen werden (RE., Komp. Samml. 1910, S. 199). Es wird also bei einer Weigerung geprüft werden müssen, ob solche Einflüsse geltend waren.

Vielfach liegt es im Interesse der Berufsgenossenschaften, die recht-

zeitige Obduktion herbeizuführen. Manche dunklen Fälle können dadurch aufgeklärt werden. Eine Zahl von überraschenden Ergebnissen bei Leichenöffnungen hat die Zeitschrift Kompaß zusammengestellt. Hinsichtlich der Leichenöffnung, die natürlich sobald als möglich erwünscht ist, sind die Berufsgenossenschaften auf die Mitteilung von dem Tode eines Versicherten seitens der Ärzte und der Betriebsverwaltungen angewiesen. Die frühzeitige Leichenöffnung liegt sowohl im Interesse der Hinterbliebenen als auch im Interesse der Berufsgenossenschaften, um berechtigten Ansprüchen gerecht zu werden, und um Beweise für die Abweisung unberechtigter Entschädigungsansprüche zu erhalten.

In dem Schaubild (Fig. 28) ist dargestellt, wie sich die wirtschaftlichen Unfallfolgen bei der gewerblichen Unfallversicherung verteilen. Eine entsprechende Darstellung für die landwirtschaftliche Unfallversicherung ist deshalb nicht möglich, weil hier die Zahl der Vollarbeiter nur schätzungsweise annähernd bekannt ist. In der gewerblichen Unfallversicherung kommen auf 1000 Vollarbeiter rund 8—9 Personen, für die in dem betreffenden Jahr zum ersten Male Entschädigungen gezahlt worden sind. Hiervon erleiden etwas über 4 Personen nur eine vorübergehende Schädigung der Erwerbsfähigkeit, 3 Personen eine dauernde Erwerbsunfähigkeit und bei 0,6—0,8 Verletzten ist der Tod die Unfallfolge. Bei der dauernden Erwerbsunfähigkeit fällt das Gros der Fälle auf die Teilrenten, die für 3—4 Personen in Frage kommen, während Vollrenten nur etwa an 0,05—0,1 Personen gezahlt werden.

Krankheiten als Unfallfolge und ihre Beurteilung.

Über die Art der Verletzungen und die verletzten Körperteile sind wir durch die statistischen Erhebungen, die 1907 für die gewerbliche und 1901 für die landwirtschaftliche Unfallversicherung angestellt sind, näher unterrichtet. Dabei ist zu bemerken, daß bei der statistischen Aufmachung jeder Verletzte nur einmal gezählt ist, und zwar nach der bei seinem Unfall überwiegenden und entscheidenden Verletzungsart, daß es sich also nicht um eine Nachweisung aller vorgekommenen einzelnen Verletzungen nach Gliedern usw. handelt.

Die Verletzungen sind unterschieden als

1. Verbrennungen, Verbrühungen, Ätzungen,
2. Wunden, Quetschungen, Knochenbrüche usw.,
3. Verletzungen durch Frost und verschiedene,
4. Fälle des Erstickens,
5. Fälle des Ertrinkens und
6. sonstige tödliche Verletzungen (Erfrieren, Blitzschlag, Hitzschlag usw.).

Die Häufigkeit der Arten der Verletzungen, in ihren absoluten Werten und prozentual berechnet, ist aus der nachfolgenden Tabelle (S. 220) zu ersehen.

Sowohl bei der gewerblichen als auch bei der landwirtschaftlichen Unfallversicherung dominieren bei weitem die äußeren Verletzungen, die als Wunden, Quetschungen und Knochenbrüche zusammengefaßt sind. Von allen Verletzten sind 94 bzw. 99 % durch derartige äußere Verletzungen betroffen. Natürlich sind die äußern Verletzungen unter sich ungleich. Denn es macht sehr viel aus, ob die Gliedmaßen, der Rumpf, ein Auge oder ein

anderer Körperteil betroffen sind. Dieser Verschiedenheit sucht die Statistik dadurch gerecht zu werden, daß sie die äußern Verletzungen nach den betroffenen Körperteilen auszählt. Es ergibt sich, daß am häufigsten die Arme, nächstdem die Beine verletzt werden. Erst dann folgen die Verletzungen des Rumpfes, die in der Landwirtschaft absolut und prozentual häufiger sind als bei Gewerbe und Industrie. Bei den Verletzungen, die zuletzt folgen, den Verletzungen an Kopf, Hals und Augen, besteht gerade das umgekehrte Verhältnis, hier ist die Landwirtschaft schwächer beteiligt. Viel größer sind die Unterschiede zwischen den beiden Abteilungen der Unfallversicherung bei den Krankheiten, die nach Verbrennungen, Verbrühungen und Ätzungen auftreten, und bei den Todesfällen durch Ersticken. In der

Die Art der Verletzungen und die verletzten Körperteile.

Gewerbe-, Bau- und See-Unfallversicherung 1907. — Unfallversicherung für Land- und Forstwirtschaft 1901.

	Gewerbe-, Bau- und See-Unfallversicherung		Unfallversicherung für Land- und Forstwirtschaft	
	1907		1901	
	Unfälle	v. H.	Unfälle	v. H.
Wunden, Quetschungen, Knochenbrüche usw.	77 313	93,83	56 291	98,92
Arme	32 620	32,41	18 957	33,31
Beine	20 837	26,02	16 806	29,53
Rumpf	7 944	11,58	10 461	18,38
Kopf und Hals, Augen	8 138	12,11	4 788	8,42
Mehrere Körperteile zugleich	6 726	10,02	5 028	8,84
Ganzer Körper	1 048	1,69	251	0,44
Verbrennungen, Verbrühungen, Ätzungen	2 727	2,89	307	0,54
Ertrinken	398	0,06	48	0,08
Blitzschlag, Hitzschlag, Erfrieren	324	0,21	208	9,37
Ersticken	486	3,01	53	0,09

gewerblichen Unfallversicherung sind eben spezifische Verhältnisse durch die Eigentümlichkeit der gewerblichen Betätigung bedingt, der Umgang mit den differenten Erzeugnissen der chemischen Industrie, mit den glühend heißen Produkten der Hütten- und Schmelzwerke, die Tätigkeit in Gruben des Bergbaus und die besonderen Erstickungsgefahren des Tiefbaus und viele Arten besonderer Berufsgefahr häufen sich in der gewerblichen Unfallversicherung, so daß hier gegenüber der landwirtschaftlichen Unfallversicherung eine beachtenswerte Differenz entsteht. Bei den tödlichen Unfallfolgen hat nur der Erstickungstod eine besondere Häufigkeit; am häufigsten wird er bei der Knappschaftsberufsgenossenschaft mit 3,01 % beobachtet, in weitem Abstande dann bei der Tiefbauberufsgenossenschaft mit 0,98 % und bei der Berufsgenossenschaft der Gas- und Wasserwerke mit 0,92 %. Das Ertrinken hat nur bei besonderen Berufen eine Bedeutung, und zwar im Schiffahrtsbetriebe. Die Zahlen vom Hundert aller Unfälle betragen:

	1907	1897
Westdeutsche Binnenschiffahrtsberufsgenossenschaft	21,38	26,45
Elbschiffahrtsberufsgenossenschaft	11,38	17,13
Ostdeutsche Binnenschiffahrtsberufsgenossenschaft	17,76	18,59
Seeberufsgenossenschaft	14,81	25,95
Zweiganstalt der Seeberufsgenossenschaft	37,69	—

Diese Zahlen lassen eine Abnahme der durch Ertrinken verursachten Unfälle an der Gesamtzahl dieser seit dem Jahre 1897 erkennen.

Ich gehe zunächst auf die Verletzungen der Gliedmaßen und des Rumpfes näher ein, die als direkte Verletzungsfolgen von den indirekten Verletzungsfolgen sich abheben. Im Jahre 1907 sind im ganzen für 32 620 Verletzte wegen Armverletzungen im Gebiete der gewerblichen Unfallversicherung zum ersten Male Entschädigungen gezahlt worden. Außerdem waren die Arme in 1132 Fällen bei den Verbrühungen, Verbrennungen, Ätzungen, in 3599 Fällen bei den Verletzungen mehrerer Körperteile zugleich und in 60 Fällen bei den Verletzungen durch Frost und verschiedene Ursachen beteiligt.

Von den 32 620 Armverletzungen verliefen 0,49 % tödlich. Von den Armverletzungen betrafen den rechten Arm 50,50 %, den linken 48,82 %, und zwar waren mit dem Verlust eines Armteils, der Hand oder von Fingern rechts 12,56 %, links 13,22 % aller Armverletzungen verbunden, während Knochenbrüche rechts bei 10,47 %, links bei 10,24 % der Fälle vorkamen, Verstauchungen und Verrenkungen rechts in 3,25 %, links in 2,52 % der Fälle eintraten, Wunden rechts in 11,26, links in 11,16 % zu verzeichnen waren und Quetschungen rechts sich in 12,96, links in 11,68 % der Fälle ereigneten.

Die Verletzungen der Beine sind etwas weniger häufig als die Armverletzungen, nämlich 20 837; dazu kommt die Beteiligung der Beine an Verbrennungen, Verbrühungen und Ätzungen in 1130 Fällen, an den Verletzungen mehrerer Körperteile zugleich in 3795 Fällen und an den Verletzungen durch Frost und verschiedene Ursachen in 20 Fällen. Von den 20837 Beinverletzungen hatten 359 den Tod zur Folge, das sind 1,722 %. Von den Beinverletzungen betrafen das rechte Bein 48,77 %, das linke Bein 47,88 %, und zwar waren mit Verlust eines Beinteils, des Fußes oder von Zehen rechts 1,58, links 1,79 % aller Beinverletzungen verbunden, während Knochenbrüche rechts in 23,59, links in 22,51 % der Fälle vorkamen, Verstauchungen und Verrenkungen rechts in 5,76, links in 5,59 % der Fälle eintraten, Wunden rechts in 3,32, links in 3,41 % der Fälle zu verzeichnen waren und Quetschungen rechts in 14,52, links in 14,58 % der Fälle sich ereigneten. Beide Beine wurden bei 3,35 % aller Beinverletzungen verletzt. Verlust beider Beine trat in 0,10, Verlust von Beinteilen in 0,23 % aller Fälle ein, Knochenbrüche waren bei 1,10 und Quetschungen bei 1,92 % aller Fälle zu verzeichnen.

Die Verletzungen von Kopf und Hals im weiteren Sinne machen insgesamt 8138 Fälle aus. 3677 Fälle entfielen dabei allein auf Augenverletzungen. Die Augenverletzungen, die wegen der Schädigung des Sehvermögens besonders wichtig sind, werden teils durch Verbrennungen, Verbrühungen und Ätzungen verursacht, teils sind sie Folgen von Wunden, Quetschungen usw., die den Kopf betroffen haben. Diese letzteren Augenverletzungen, die sich schon in etwas den indirekten Unfallfolgen nähern, sind häufiger als die ersteren, sie machen 4,93 % aus, jene nur 0,55 %. Außerdem ist noch ermittelt worden, daß von den Augenverletzungen 61,45 % durch Eindringen von Splittern hervorgerufen worden sind. 7 Fälle = 0,16 % aller Augenverletzungen hatten den Verlust der Sehkraft beider Augen, 303 Fälle = 6,78 % den Verlust der Sehkraft des rechten, 314 = 7,03 % den Verlust der Sehkraft des linken Auges zur Folge.

Die Verletzungen des Rumpfes zerfallen in diejenigen der Brust, des Rückens, der Schultern, der Rippen und des Beckens. Auch die Leisten-

brüche werden hierhin gezählt. Insgesamt wurden 7944 Verletzungen des Rumpfes beobachtet. Hiervon möge auf die Leistenbrüche etwas näher eingegangen werden, da sie ein besonders strittiges Objekt zwischen Verletzten und Versicherungsträgern zu sein pflegen. Im Jahre 1907 wurden bei der gewerblichen Unfallversicherung im ganzen 244 Leistenbrüche zum ersten Male entschädigt. Der prozentuale Anteil der entschädigten Leistenbrüche an der Gesamtzahl der Unfallfolgen betrug 0,28 % im Jahre 1907, dagegen 1,42 im Jahre 1897, und zwar:

	1907	1897
bei den Berufsgenossenschaften	0,25	1,10
„ „ Zweiganstalten	0,59	1,47
„ „ Ausführungsbehörden	0,97	5,80

Der Rückgang ist bemerkenswert; er ist in der Hauptsache darauf zurückzuführen, daß man früher geneigt war, Leistenbrüche allzu bereitwillig als Unfallfolgen anzuerkennen. Es ist auffallend, daß die Leistenbrüche früher bei den Ausführungsbehörden allein fast 6 % aller Unfallfolgen ausmachten, und daß sie auch jetzt noch bei ihnen am häufigsten sind. Es läßt diese Erscheinung darauf schließen, daß die Ausführungsbehörden in ihrer Gesamtheit mit dem Wesen der Unfallversicherung sich weniger vertraut zu machen verstehen als die übrigen Träger der Unfallversicherung, besonders als die Berufsgenossenschaften.

Ich komme nun auf die Beurteilung der direkten Unfallfolgen im einzelnen und kann nur einige wichtige Gesichtspunkte hervorheben, da die erschöpfende Behandlung der Materie Sache der Handbücher der Unfallmedizin ist.

Aus den vorher gegebenen Zahlen geht hervor, welche Bedeutung die äußeren Verletzungen und unter ihnen wieder besonders die Verletzungen der Gliedmaßen haben. Die Verletzungen der Gliedmaßen, Wunden, Quetschungen, Knochenbrüche, Verrenkungen usw., pflegen eine akute Krankheitsperiode von ganz bestimmter Dauer zu haben. In dieser ersten Periode verläuft der Heilungsprozeß, der die anatomische Restitution der zerstörten Gewebe herbeiführt. Sobald diese erste Periode abgeschlossen ist, ist die anatomische Heilung beendet, damit ist aber das Glied noch nicht unbedingt gebrauchsfähig. Denn die anatomische Heilung kann in einer solchen Weise erfolgt sein, daß der Gebrauch des Gliedes aufgehoben oder stark vermindert wird. Das ist z. B. der Fall, wenn nach dem Bruch der Knochen des Unterarms eine knöcherne Verwachsung der Bruchenden untereinander eingetreten ist, so daß die Drehbewegungen aufgehoben sind, oder wenn Sehnen so stark verkürzt sind, daß die Gebrauchsfähigkeit des Glieds erheblich verringert wird, oder wenn eine Gelenkversteifung zurückbleibt. Eine Reihe von Heilungsprozessen erfolgen von vornherein überhaupt mit Defekt, sei es, daß bei dem Unfall oder bei der nachfolgenden ärztlichen Behandlung Teile von Gliedern, Zehen, Finger, einzelne Fingerglieder entfernt werden. Auch nach einer guten anatomischen Heilung, die der Funktion des Gliedes vollkommen angepaßt ist, ist die Gebrauchsfähigkeit in der Regel noch nicht die frühere. Die längere oder kürzere Zeit, in der das Glied während der Heilung nicht gebraucht wurde, reicht dazu aus, eine gewisse Ungelenkigkeit und Ungeschicklichkeit herbeizuführen. Dazu kommt, daß das erneute Gewebe empfindlich ist. Die Arbeitsschwielen haben vielleicht einer zarten frischen Haut Platz gemacht, oder die zurückgebliebene Narbe ist auf Druck schmerzempfindlich oder platzt leicht. Auch besteht eine gewisse Abneigung bei den Verletzten, das früher

verstauchte Gelenk oder den vorher gebrochenen Knochen mit derselben Ungeniertheit wie ehemals zu gebrauchen. Es vergeht also ein zweiter Zeitraum während dessen die Funktionsfähigkeit des verletzten Gliedes auf denjenigen Grad gebracht wird, der dem anatomischen Heilerfolg entspricht. Dann folgt schließlich noch eine dritte Periode, in der die wirtschaftliche Anpassung an die Verletzungsfolgen vor sich geht. Ich habe ja schon über Gewöhnung und Anpassung vorher Ausführungen gemacht, auf die ich verweise. Die soziale Versicherung erzieht zwar nicht zu Heroismus, und so stammen die bewunderungswürdigsten Beispiele von Gewöhnung entweder aus der Zeit vor der Versicherung oder von nicht versicherungspflichtigen Personen. Aber das Studium gerade dieser Fälle hat gezeigt, daß man die Anpassungsfähigkeit des Menschen nicht unterschätzen und daß man auch von den Versicherten verlangen darf, daß sie selber bemüht sind, die Unfallfolgen zu überwinden.

Die Beurteilung von Verletzungen der Gliedmaßen wird also ganz verschieden sein, je nach der Periode, in der die Feststellung erfolgt. In der Zeit der Heilung, wo meist ärztliche Behandlung erforderlich ist, wird gewöhnlich auch die Arbeitsfähigkeit völlig aufgehoben. Die spätere Beurteilung richtet sich in erster Linie nach dem anatomischen Heilerfolg. Es ist selbstverständlich, daß dafür der Grad und die Art der Verletzung hauptsächlich maßgebend ist; der Verlust eines Beines oder eine eiternde Wunde an einem Finger sind eben zu verschiedene Dinge, als daß sie gleichmäßig beurteilt werden könnten. Des weiteren hängt der anatomische Heilerfolg aber von der besonderen Art des ärztlichen Vorgehens ab. Wenn die Verletzungen nicht sorgfältig und aseptisch behandelt, die Knochenbrüche nicht genau eingerichtet oder sonst Kunstfehler gemacht werden, so wird ein schlechtes Heilungsresultat erzielt, das unter Umständen die Berufsgenossenschaft nicht nur höher, sondern auch dauernd belastet. Noch wichtiger beinahe ist neuerdings bei der Behandlung die Rücksicht auf den funktionellen Erfolg geworden. Erst die Unfallversicherung hat diesen Gesichtspunkt in die Medizin hineingetragen. Bis dahin begnügte man sich mit einer möglichst schnellen Heilung unter Erhaltung aller verbliebenen Gewebsteile. Der funktionelle Erfolg wurde nicht bedacht, da man dazu früher keine dringende Veranlassung hatte. Jetzt ist das anders geworden, da gerade die Wiederherstellung der möglichst unveränderten Erwerbsfähigkeit das Ziel der ärztlichen Behandlung geworden ist. Man scheut sich daher jetzt auch nicht, Körpergewebe, das beim Unfall erhalten geblieben ist, zu entfernen, wenn dadurch ein besseres funktionelles Resultat bei dem Verletzten erzielt werden kann. Dem Arbeiter kommt es nicht darauf an, möglichst lange Fingerstümpfe zu behalten, sondern solche, die zu Greifbewegungen möglichst geeignet sind (Ledderhose). Das operative Vorgehen wird also durch solche Gesichtspunkte beeinflußt. Während man bei den Fingern also ruhig ein Stückchen im Interesse des funktionellen Erfolges zu opfern bereit ist, ist man aus demselben Interesse bei dem Daumen ebenso sparsam, da hier jeder Millimeter wichtig ist. Bei den Fingern sind Stümpfe, die nach Verlust des Nagelglieds und eines Teils des Mittelglieds übrig bleiben, nur dann gebrauchsfähig, wenn das Mittelgelenk beweglich ist. Die Beweglichkeit des Mittelgelenks wird also in solchem Falle ausschlaggebend dafür sein, wie weit zu amputieren ist. Die Länge des Amputationsstumpfes wird bei Arm und Bein nicht mehr dadurch bestimmt, wie weit die Verletzung reicht, sondern richtet sich in der Hauptsache nach der Frage der guten Stumpfbildung. Denn ein fehlerhaft gebildeter

Stumpf kann keinen Druck aushalten, der vorstehende Knochen ist dann schmerzhaft oder kann sich gar durchscheuern. Der Knochen muß vielmehr soweit gekürzt sein, daß die Narbe gut gepolstert ist. Auch die Lage der Narbe ist nicht gleichgültig. Sie muß seitlich oder auf der Streckseite angebracht werden, um beim Zufassen oder beim Tragen eines Greifapparats oder eines Stelzfußes nicht zu stören. So sind für den Chirurgen noch zahlreiche Gesichtspunkte (Entfernung der Gelenkkapsel und der Bänder bei Exartikulation der Phalangen, Erhaltung der Metakarpusköpfchen bei Exartikulation der Grundphalangen usw.) bei dem operativen Vorgehen maßgebend geworden, die alle den funktionellen Heilerfolg im Auge haben. Die Rücksicht auf den funktionellen Heilerfolg hat auch dazu geführt, daß man der frühzeitigen Bewegung der Gelenke besondere Aufmerksamkeit schenkt und sie sowohl bei Knochenbrüchen als auch bei Gelenkverrenkungen frühzeitig anwendet. Man hat die Erfahrung, daß die immobilisierenden Verbände zur Versteifung vorher selbst gesunder Gelenke und zu Muskelatrophien führen, sich zunutze gemacht und macht jetzt Bewegungsübungen so frühzeitig, daß die Ärzte der alten Schule ihre Verwunderung daran hätten. Besonders bei Verletzungen der obern Gliedmaßen achtet man darauf, daß der Faustschluß und die Beweglichkeit ungehindert bleiben.

Ein derartiges rationelles Vorgehen ist bei der Behandlung der Unfallfolgen notwendig, um die wirtschaftlichen Nachteile sowohl für die Verletzten als auch für die Berufsgenossenschaften möglichst zu verringern. Beide Teile sind daran interessiert. Der Vorteil der Berufsgenossenschaften liegt auf der Hand. Aber auch die Versicherten erhalten ja den entstehenden Schaden nicht ganz ersetzt, sondern nur zu $^2/_3$. Sie sind darum schon finanziell an der möglichst vollständigen Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit interessiert. Außerdem ist es in ethischer Beziehung wünschenswert, wenn der Verletzte so wiederhergestellt wird, daß er wieder aus eigener Kraft sich helfen kann und nicht auf die Fürsorge der Berufsgenossenschaft angewiesen ist.

Zur Beurteilung der sogenannten glatten Schäden, die ohne Komplikation geheilt sind, keine Erscheinungen seitens Narben zeigen und sich somit wie ein Gebrechen (völlige Heilung mit Defekt) verhalten, hat man mehrfach sogenannte Gliedertaxen aufgestellt, in denen der Verlust eines Fingers, einer Hand, eines Armes usw. bewertet wird. Diese Gliedertaxen rühren von der privaten Unfallversicherung her, wo man einen festen Maßstab für die Folgen einer Verletzung braucht. Hier ist es erwünscht, wenn von vornherein beide Kontrahenten wissen, was der eine dem andern bei Verlust eines Gliedes oder Gliedmaßenteils an Entschädigung zu bezahlen gedenkt. Auch ist es nicht möglich, die privaten Verhältnisse und die Beziehungen zur Erwerbsfähigkeit zugrunde zu legen, da es sich meist um Personen der höheren Stände handelt, bei denen feste Besoldungsverhältnisse oft fehlen, oder die von einer Schmälerung der Erwerbsfähigkeit nicht berührt werden. Wenn ein Kaufmann, der sich bei einer Versicherungsgesellschaft gegen Unfall versichert hat, den kleinen Finger durch Unfall verliert, so wird vielleicht seine Erwerbsfähigkeit nicht nennenswert beeinträchtigt, bei einem Beamten würde es sogar bei schwieriger liegenden Fällen nicht zu einer Gehaltskürzung kommen. Trotzdem liegt hier ohne Zweifel ein Versicherungsfall vor, der entschädigt werden muß. Infolgedessen wendet man die Gliedertaxen an, auf deren Vorzüge und Nachteile im Gebiete der privaten Unfallversicherung hier nicht näher eingegangen werden soll. Bei der staatlichen Unfallversicherung liegen die Verhältnisse

ganz anders. Der Schaden, der hier dem Verletzten durch den Unfall zugefügt wird, besteht in der Einschränkung der Möglichkeit, auf dem ganzen wirtschaftlichen Gebiete nach seinen gesamten Kenntnissen und körperlichen wie geistigen Fähigkeiten Verdienst zu erlangen (RE., A.N. d. RVA. 1888, S. 70). Das Handbuch der Unfallversicherung gibt den Standpunkt des Reichsversicherungsamts folgendermaßen wieder:

Es ist untunlich, ein für allemal für jede Art der Körperverletzung oder den Verlust bestimmter Gliedmaßen einen bestimmten festen Entschädigungstarif aufzustellen. Jeder Fall hat seine Besonderheit, und bei gleichartigen Verletzungen kann die Minderung der Erwerbsfähigkeit wegen der zu berücksichtigenden besonderen persönlichen Eigenschaften des Verletzten (Alter, Geschlecht, körperlicher und geistiger Gesundheitszustand, Beruf usw.) verschieden sein. Es wird dann als Beispiel angeführt die Beschränkung der Erwerbsfähigkeit eines 48 jährigen, hauptsächlich bisher mit Zeichnen beschäftigten Maschinentechnikers durch die Folgen einer, äußerlich betrachtet, geringfügigen Verletzung des rechten Zeigefingers, die gerade nur bei diesem Manne eine so erhebliche Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit bedingt.

Die Herabsetzung einer Rente ist, wie ich schon früher erwähnte, an die Tatsache der wesentlichen Änderung, hier also der Besserung, gebunden. Die Besserung kann seitens des ärztlichen Gutachters nur durch die Änderung des objektiven Befundes gefunden werden, sei es daß die Bewegungsfähigkeit eines früher versteiften Gelenks zugenommen hat, daß der Faustschluß möglich geworden ist, daß die Röte und Empfindlichkeit einer Narbe abgenommen hat usw. Auch indirekt kann auf eine Besserung geschlossen werden, wenn eine Zunahme der Muskulatur des Armes oder Beines, das Vorhandensein von Arbeitsschwielen auf eine erhöhte Gebrauchsanwendung der verletzten Hand oder des verletzten Fußes schließen läßt. Auch ohne Änderung des objektiven Befundes, die z. B. nach einer Amputation doch nur in geringem Maße möglich ist, kann seitens der anderen bei der Rentenfeststellung mitwirkenden Faktoren eine wesentliche Änderung, hier Besserung, erblickt werden. Da die erhöhte Erwerbsfähigkeit an sich nicht direkt beurteilt werden kann, ist es nur möglich, auf indirektem Wege zu einer derartigen Beurteilung zu kommen. Man kann aus der Art der Beschäftigung des Verletzten und aus der Höhe des Lohnverdienstes Schlüsse auf die Veränderung der Erwerbsfähigkeit ziehen. Wenn ein Arbeiter ebensoviel verdient wie vor dem Unfall, so ist im allgemeinen anzunehmen, daß die Unfallfolgen eine wirtschaftliche Schädigung nicht mehr bewirken, daß also eine erhebliche Besserung des Zustandes eingetreten sein muß. Eine solche Besserung kann auch darin erblickt werden, daß der Verletzte besondere Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten, die bisher nicht oder nicht hinreichend ausgenutzt waren, verwertet. Es handelt sich hierbei um Umgewöhnung. So hat das Reichsversicherungsamt bei einem Weißbinder, bei dem der Verlust der rechten Hand in der üblichen Weise bisher mit einer höheren Erwerbsbeschränkung als von 50 % berechnet war, für festgestellt angesehen, daß der Verletzte sich eine solche Geschicklichkeit der linken Hand angeeignet hatte, daß dieselbe vollständig an die Stelle der verloren gegangenen rechten Hand getreten war und deren Arbeitsleistung übernommen hatte. Infolgedessen wurde nach vollständiger An- und Umgewöhnung eine Entschädigung von 50 % für ausreichend erachtet (RE. v. 24.2.08, Liniger S. 319). Es mag hier darauf hingewiesen werden, daß bei hinreichend großen Abständen auch eine weitere Gewöhnung an den Krankheitszustand angenommen werden kann, daß der

Begriff der Gewöhnung also mehrmals verwendet werden darf. Falls dauernde Gewöhnung eingetreten ist und die gewährte Rente höher ist, als sie sonst bei dem betreffenden Dauerleiden gewährt zu werden pflegt, wenn z. B. nach Verlust eines Auges und völliger Gewöhnung noch 30 % Rente gezahlt werden statt der sonst üblichen 25 %, so kann auch eine Rentenänderung um nur 5 % ausnahmsweise vorgenommen werden (RE., Komp. Samml. 03, S. 85, RE. v. 15. 11. 12., Liniger, S. 462).

Nachdem ich in dieser Weise die Gesichtspunkte hervorgehoben habe, die bei der Beurteilung der Erwerbsfähigkeit nach Verletzungen der Gliedmaßen berücksichtigt werden müssen, wende ich mich der Frage zu, in welcher Weise die verschiedene Bewertung der einzelnen Gliedmaßen und Gliedmaßenteile zustande kommt. Dabei wird die Behinderung der ursprünglichen Funktion gegenüber der Gesamtleistung des ganzen Körpers abgewogen. Bei den oberen Gliedmaßen macht sich von vornherein ein Unterschied zwischen rechts und links bemerkbar. Sämtliche Teile rechts werden bei der Arbeit derartig bevorzugt und sind so besonders ausgebildet, daß ihr Verlust oder ihre Behinderung höher bewertet wird. Im Bereich der unteren Gliedmaßen findet sich ein solcher Unterschied nicht. Wenn jemand ein Bein verliert, so ist es im Grunde gleichgültig, ob es das rechte oder das linke ist. Während der Verlust beider Beine oder beider Arme in gleicher Weise Hilflosigkeit bedingt, ist der Verlust eines Beines oder eines Armes verschieden zu bewerten. Die oberen Gliedmaßen üben jede Tätigkeit mit Hilfe der Hände aus, die in erster Linie ein Greiforgan darstellen. Der ergriffene Gegenstand wird dannn weiter benutzt, um mit ihm mehr oder minder große Kraft- oder Geschicklichkeitsleistungen (Schmied, Schlosser, Mechaniker, Uhrmacher, Schreiber, Zeichner) zu verrichten. Fällt der ganze Arm fort, so wird eine erhebliche Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit bedingt, die beim rechten Arm $^3/_4$, beim linken $^2/_3$ beträgt. Auch die Beine sind bei der Arbeit unerläßlich, da sie teils zum Stehen, teils zum Umhergehen gebraucht und außerdem auch häufig zum Treten benutzt werden. Der Verlust eines Beines schaltet diese Funktionen mehr oder minder aus, er wird daher auch mit einem Verlust von $^2/_3$ der Erwerbsfähigkeit bewertet. Bei der praktischen Handhabung wird aber die Erwerbsbeschränkung von $^2/_3$ meist auf 60 % reduziert. Wir hatten schon gesehen, daß bei der Tätigkeit der Arme die Greifbewegung der Hände unerläßlich ist, daher wird auch der Verlust einer Hand dem des ganzen Armes sehr nahe kommen, er setzt die Erwerbsfähigkeit, wenn es sich um die rechte Hand handelt, auf $^2/_3$ (meist reduziert auf 60 %), wenn es sich um die linke handelt, auf die Hälfte (50 %) herab. Wenn einmal die Hand fehlt, so hilft der Unterarmstumpf auch nicht viel, vorausgesetzt, daß er zum Tragen einer Prothese und zur ausgiebigen Bewegung des Ellenbogengelenks ausreicht. Einige Zentimeter größere oder geringere Länge eines Unterarmstumpfes werden daher nicht ins Gewicht fallen. Kommt die Benutzung des Ellenbogengelenks in Fortfall, so wird sich die Schädigung dem Grade beim Verlust des ganzen Armes nähern. Die Bewegung im Schultergelenk erfolgt allseitig, so daß es nahezu ein Kugelgelenk darstellt. Dieser Ausdehnungsradius ist sehr wichtig, da die groben Bewegungen beim Hämmern, beim Tragen von Lasten, beim Mauern usw. an große ausgiebige Bewegungen gebunden sind. Aber auch die Erhebung des Arms bis zur Wagerechten befähigt den Menschen, den größten Teil der Arbeiten zu machen. Thiem hält daher bei einem Arbeiter, der den Arm seitlich bis zur Wagerechten erheben kann, sonst aber keine Funktionsstörungen an diesem Arm zeigt,

die Gebrauchsfähigkeit um ⅓ oder etwas mehr geschädigt. Kann der Arm überhaupt nicht erhoben werden (Versteifung oder Schlottergelenk), so nimmt Thiem an, daß der Wert des Armes um mehr als die Häflte, etwa um ⅔, verringert ist (rechts mindestens 50 %, links 42—45 %). Ein im Ellenbogengelenk versteifter Arm ist sehr verschieden zu beurteilen, je nach der Stellung des fixierten Gelenks. Bei Streckstellung muß der Arbeiter die Arbeit weit von sich abhalten und ist dadurch erheblich in der Arbeit und Erwerbsfähigkeit behindert. Je mehr der Ellenbogen der Beugestellung sich nähert, umso geringer ist die Schädigung. Auch die Exkursionsbreite des Ellenbogengelenks ist bei Narben, Gelenkveränderungen usw. oft in ähnlicher Weise behindert. Bei allen den erwähnten Zuständen schwanken daher die Ziffern in erheblicher Weise derart, daß die Funktion des Armes und damit die Erwerbsfähigkeit gar nicht oder kaum behindert ist, und daß im entgegengesetzten Falle eine Erwerbsbeschränkung bis zu 50—60% entsteht.

Die Hand dient, wie hervorgehoben wurde, als Greiforgan. Hierzu ist ein völliger Faustschluß und die Überstreckung des Handgelenks erforderlich. Der völlige Faustschluß kann durch Versteifungen der Finger, Fehlen von Fingern, Verwachsungen usw. behindert oder aufgehoben werden. Zum völligen Faustschluß gehört die Oppositionstellung des Daumens, der oft bei der Arbeit einen gehörigen Gegendruck ausüben muß. Wenn das Nagelglied des Daumens fehlt, so ist der Verlust nur anfangs sehr unangenehm, kann aber nach längerer Zeit verschmerzt werden. Der Verlust des Daumens wird nach erfolgter Gewöhnung immer noch mit 20 bzw. 15 % bewertet werden, und wenn der Mittelhandknochen dazu fehlt, erhöht sich der Satz um 5 %. Im übrigen ist der Verlust eines einzigen Fingers leicht zu verschmerzen und braucht nach Gewöhnung nicht mehr entschädigt zu werden. Auch das Fehlen des betreffenden Mittelhandknochens hat keinen verschlimmernden Einfluß, da die übrigen Finger dann einander stärker genähert und damit gebrauchsfähiger sind. Nur der kleine Finger, der oft bei der Arbeit dem Daumen gegenübergestellt wird, kann eine länger dauernde Einbuße bedingen, aber auch sein Verlust wird nach erfolgter Gewöhnung nicht weiter entschädigt. Bei Feinarbeitern bedingt der Verlust des Zeigefingers einen erheblichen Ausfall und wird bis zu 25 bzw. 20 % bewertet. Auch der Verlust der Fingerspitze bewirkt eine vorübergehende Schädigung.

Viel schwieriger ist die Beurteilung, wenn mehrere Finger fehlen oder komplizierte Bewegungsstörungen nach Verstümmelung und Narbenkontraktur bestehen. Hier lassen sich feste Grundsätze überhaupt nicht aufstellen, da jeder Fall anders liegt. Es wird darauf ankommen, wieweit die verbliebenen Finger den vollkommenen Faustschluß bewerkstelligen können und wieweit sie durch versteifte Finger daran gehindert werden. Sind Finger in mäßiger Beugestellung versteift, so hindern sie auf die Dauer wohl kaum. Versteift ein Finger in Streckstellung, so kann er bei der Arbeit ein erhebliches Hindernis abgeben und die Erwerbsfähigkeit um 20—30 % behindern, während seine Entfernung diese Behinderung völlig beseitigt.

Die Kraft des Faustschlusses ist wesentlich an die Überstreckung im Handgelenk gebunden. Bei völliger Versteifung schätzt Thiem die Einbuße auf 25 % (r) und 20 % (l).

Schließlich ist die Pronation und Supination der Hand noch zu erwähnen, die bei bohrender und drehender Tätigkeit gebraucht wird. Die völlige Unfähigkeit der Auswärtsdrehung behindert die Gebrauchsfähigkeit der Hand

erheblich und wird auf 33⅓ % bzw. 25—30 % geschätzt. Die Unfähigkeit der Innenrotation ist nicht so bedeutungsvoll, da hier der Oberarm ausgleichende Bewegungen zu machen imstande ist. Thiem schätzt die Einbuße auf die Hälfte der vorigen.

Für die Abschätzung von Unfallschäden der unteren Gliedmaßen kommt nach Engel in Frage:

1. ob der Verletzte andauernd und sicher stehen kann,
2. ob er auf ebener Erde sich andauernd und sicher fortbewegen kann,
3. ob er über Treppen und Leitern klimmen kann,
4. ob er sich ungehindert niedersetzen und im Sitzen längere Zeit hintereinander zu beharren vermag,
5. ob ihm das Knien möglich ist.

Daneben müssen Schmerzen, Schwellungen und Entzündungserscheinungen berücksichtigt werden.

Die Erwerbsfähigkeit wird sich unter Berücksichtigung der genannten Gesichtspunkte zwischen ⅓ und ⅔ der normalen halten. Eine dauernde Erwerbsbeschränkung besteht nicht bei Verlust einer oder mehrerer Zehen, ebensowenig bei Verkürzungen eines Beins um 2—3 cm. Hier handelt es sich nur um Schönheitsfehler.

Bei allen Gliedmaßenverletzungen ist ein nach Resektionen usw. zurückbleibendes Schlottergelenk für die Gebrauchsfähigkeit sehr hinderlich. Vielfach ist es ebenso hoch zu bewerten wie die Versteifung des Gelenks im ungünstigsten Falle. Gerade bei den Schlottergelenken ist aber die Lage jedes einzelnen Falles eine ganz besondere, so daß nach dem Grad des Leidens und der verbliebenen Funktion die Beurteilung auch bei demselben Gelenk in zwei verschiedenen Fällen erheblich voneinander abweichen kann.

Über die Zeit, in der eine vollständige Gewöhnung an den Zustand eingetreten ist, lassen sich allgemeine Gesichtspunkte nicht aufstellen. Oft werden dazu Monate genügen; gerade bei schwereren Verlusten, so bei Verlusten ganzer Finger, bei erheblichen Versteifungen usw., wird man mit Jahren rechnen müssen, da eine geraume Zeit vergeht, bis ein völliges Umlernen und die gänzliche Ausnutzung der verbliebenen Erwerbsfähigkeit erfolgt. Dann wird sich eine merkbare Besserung auch nur in sehr großen Zeiträumen nachweisen lassen. Diesem Umstande trägt das Gesetz darum auch Rechnung, wenn es bei Dauerrenten die häufigen und mit Aufregungen verbundenen Nachuntersuchungen durch die Festsetzung des Schutzjahres verhindert.

Bei den Verletzungen von Brust, Bauch, Rücken und Kopf ist eine direkte Behinderung der Erwerbsfähigkeit in der Regel nicht die Folge, soweit nicht Schmerzen in Frage kommen. Die Fraktur des Schlüsselbeins, der Rippen, des Unterkiefers usw. hat nach der Heilung gewöhnlich keinen Einfluß auf die Erwerbsfähigkeit. Etwas anders liegt die Sache bei Verletzungen der Wirbelsäule, deren ungehinderte Beweglichkeit eine wesentliche Grundbedingung für die volle Erwerbsfähigkeit ist. Soweit objektive Veränderungen (nach Wirbelbruch, Erscheinungen seitens des Rückenmarks usw.) nachweisbar sind, gibt die Funktionsprüfung einen Anhalt für die Beurteilung der Erwerbsfähigkeit. Wenn Schmerzen und Beschwerden geklagt werden, ohne daß objektive Merkmale vorhanden sind, wie es bei Verletzungen der Zwischenwirbelscheiben, des Bandapparates und bei Fissuren der Wirbelknochen möglich ist, so hängt die Beurteilung von den Angaben des Verletzten ab und wird auch durch Krankenhausbeobachtung nur in gewissen

Fällen fester gestützt werden können. Ist die Verletzung so schwerer Art, daß auch innere Organe davon mitbetroffen sind, so kann nur die besondere Lage des Einzelfalles einen Anhalt für die Abschätzung der Erwerbsfähigkeit geben. Bei Verletzungen des Kopfes kann es auch zu dem Verlust eines oder mehrerer Zähne kommen. Sind es nur wenige Zähne gewesen, so kann dadurch eine Störung der Erwerbsfähigkeit nicht bedingt werden. Für die Entstellung hat die Berufsgenossenschaft nicht aufzukommen, wenn es sich nur um Schönheitsfehler handelt. Dagegen kann durch das Fehlen mehrerer Zähne eine Erschwerung des Sprechens und Kauens bedingt sein. Verdauungsstörungen, die davon herrühren, sind zu entschädigen. Wohl stets wird die Berufsgenossenschaft aber bereit sein, dann die Kosten eines künstlichen Gebisses zu übernehmen, da so die Beschwerden beseitigt werden. Nach Gewöhnung an das Gebiß, dessen Benutzung anfangs stets mit Unbequemlichkeiten und Beschwerden verbunden ist, ist ein meßbarer wirtschaftlicher Schaden nicht mehr vorhanden.

Die Verletzung kann derartig sein, daß dabei ein Nerv verletzt wird und eine mehr oder minder vollständige Lähmung zurückbleibt. Dadurch wird der Gebrauch der Gliedmaßen ähnlich wie bei Versteifungen behindert oder aufgehoben. Entsprechend dem Funktionsausfall ist also die Schädigung der Erwerbsfähigkeit zu bewerten. Bei Lähmung der Armnerven setzt die Ausschaltung des Speichennerven (N. radialis) die Erwerbsfähigkeit rechts auf die Hälfte, die der anderen (Medianus und Ulnaris) auf $^3/_4$, links entsprechend weniger herab. Bei der Lähmung der großen Beinnerven wird die Erwerbsfähigkeit in der Regel um $^2/_3$ geschädigt.

Wir wenden uns nun zu der Beurteilung der Sehstörungen, bei denen im Gegensatz zu der Abschätzung der Erwerbsfähigkeit im allgemeinen eine feste Tabelle sich herausgebildet hat. Der Verlust eines Auges hat nach Gewöhnung bei einem Roharbeiter eine Herabsetzung der Erwerbsfähigkeit um $^1/_4$ (25 %) zur Folge, bei einem Arbeiter, der auf besonderes aufmerksames Sehen bei der Arbeit angewiesen ist, $^1/_3$ ($33^1/_3$ %). Das Reichsversicherungsamt nannte früher die zweite Gruppe von Arbeitern qualifizierte Arbeiter. In einer neueren Entscheidung hat es aber ausgesprochen, daß es davon künftig Abstand nehmen will. „Denn die Erfahrung hat gezeigt, daß die Bedeutung des Begriffs vielfach mißverstanden worden ist; während das Reichsversicherungsamt in dem Begriff „qualifizierter Arbeiter" nur eine Ausnahme sah und ihn nur auf Arbeiter einzelner Berufe angewendet wissen wollte, die eine außerordentlich gute Sehkraft nötig haben, ist in den Kreisen der Versicherten vielfach die irrtümliche Auffassung hervorgetreten, daß jeder gelernte, ja jeder Facharbeiter schlechthin zu den „qualifizierten" Arbeitern zu rechnen sei. Eine solche Verallgemeinerung, die schließlich zu einer Teilung der ganzen Arbeiterschaft in zwei Gruppen, „qualifizierte" und „nicht qualifizierte", führen würde, entspricht aber nicht dem Willen des Reichsversicherungsamts. Vielmehr ist auch bei Augenverletzungen davon auszugehen, daß der Grad der Erwerbsunfähigkeit von Fall zu Fall unter Berücksichtigung der individuellen Verhältnisse des Verletzten zu schätzen, und daß in erster Linie der allgemeine Arbeitsmarkt, auf den alle Arbeiter angewiesen sind, für die Bemessung der Erwerbsunfähigkeit entscheidend ist. Hierbei wird man die vom Reichsversicherungsamt für den Verlust eines Auges gewährte Durchschnittsrente von 25 % in der Regel als ausreichende Entschädigung ansehen müssen, weil die einäugigen Arbeiter in zahlreichen Betrieben entweder gar keinen oder doch nur einen geringen Lohnverlust haben, der durch diese

Rente mehr als ausgeglichen wird. Eine höhere Entschädigung als 25 % kann deshalb nur dann in Frage kommen, wenn im einzelnen Falle die billige Rücksichtnahme auf den besonderen Beruf des Verletzten zu dem Ergebnisse führt, daß dieser Beruf ungewöhnlich hohe Anforderungen an die Sehfähigkeit stellt. Zur Begründung einer solchen Annahme können und sollen zwar die Erfahrungen, die in der Rechtsprechung über die Bedeutung der Augenverletzungen bei einzelnen bestimmten Berufen gemacht worden sind, mit berücksichtigt werden. Jedoch wird man sich vor jeder Verallgemeinerung hüten müssen, da die Erfahrung lehrt, daß persönliche Eigenschaften das einäugige Sehen oft genug überraschend ausgleichen. In den meisten Berufen ist die Beschäftigung der Arbeiter überhaupt zu vielgestaltig, um aus allgemeinen Gründen heraus sagen zu können, daß der Beruf eine erhöhte Sehkraft erfordere" (RE., A. N. 1910, S. 391, zit. n. Breithaupt). Das Reichsversicherungsamt hat in früheren Entscheidungen die höhere Rente einmal solchen Arbeitern zugebilligt, die auf ein besonders genaues zweiseitiges Sehen angewiesen sind, oder die, wie die Schmiede, genötigt sind, an gefährlichen Stellen, z. B. am Feuer zu arbeiten, oder die der Gefahr, durch abspringende Eisen- oder Steinsplitter verletzt zu werden, besonders ausgesetzt sind (Handbuch d. Unfallv. I, S. 266). Jedoch ist ein Steinschläger für die Minderung der Erwerbsfähigkeit durch Herabsetzung der Sehschärfe nur mit 25 % abgefunden worden, da er sich durch eine Augenschutzbrille schützen kann (RE., Unf. Vers. Prax. 10/11, S. 216). Mit 33⅓ % sind abgefunden worden: Monteure, Mechaniker, Feinschlosser, Uhrmacher, Kohlenhauer, Schachthauer, Zuschläger, Brikettschleifer, ferner Baggermaschinisten, Gußputzer, ein Steinmetzlehrling, ein Bildhauer. Zu dieser Gruppe gehören nicht, werden also nur mit 25 % entschädigt: Maurer, Müller, Raspler, Bergmann, Schlepper usw.

Hinsichtlich der Beurteilung lediglich bei Herabsetzung der Sehschärfe sei auf die Tabelle im nächsten Kapitel hingewiesen.

Bezüglich anderer Augenleiden, die der Einfachheit halber sogleich angeschlossen werden mögen, sei folgendes bemerkt. Für ein linsenloses Auge (Aphakie) ist nach eingetretener Gewöhnung eine Rente von 20 % gewährt worden (RE., Unf.Vers. Prax. 10/11, S. 83). Nach der Dienstanweisung zur Beurteilung der Militärdienstfähigkeit, die hier zum Vergleich herangezogen werden kann, kommen bei chronischen Erkrankungen der Augenlider und der Augenbindehäute die Entstellung und die Beschränkung des Arbeitsfeldes (Vermeidung von Staub) in Betracht. An sich sind die vorgenannten Schäden, wenn auf einem Auge vorhanden, mit 10—20 %, wenn auf beiden Augen, mit 30—60% zu bewerten. Ist gleichzeitig die Sehschärfe beeinträchtigt, so muß die Bewertung dementsprechend erhöht werden. Chronische Leiden der Tränenwege bedingen Renten von 10—33⅓ %, bei ständigem starken Tränenträufeln auch bis zu 50 %. Für die Beurteilung unheilbarer Augenmuskelleiden kommen in Betracht: Störungen durch Doppelbilder, Zahl der gelähmten Muskeln, Bewegungsbeschränkung und Sehstörung, welche die Ausschaltung eines Auges beim Sehakt bedingen können. In letzterem Falle sind solche Kranke wie Einäugige zu beurteilen. Da sie aber durch etwaige Verletzungen des gesunden Auges nicht so gefährdet sind, ganz zu erblinden wie Einäugige, so ist ein etwas niederer Satz, 15—25 %, für solche Fälle zulässig.

Ich wende mich nun den Leistenbrüchen zu, deren Häufigkeit als Unfallfolge schon vorher beleuchtet wurde. Der Standpunkt, den das Reichs-

versicherungsamt in dieser Frage einnimmt, ist in dem Handbuch der Unfallversicherung folgendermaßen festgelegt:

„Es kann dahingestellt bleiben, ob das plötzliche Entstehen eines Bruches auf traumatischem Wege ohne vorgängige Bruchanlage möglich ist oder nicht. Denn wenn auch eine Anlage, z. B. zu einem Leistenbruche vorhanden ist, so kann doch das sogenannte Austreten des Bruches, d. h. eines Teiles der Eingeweide durch die Bruchpforte des Leistenkanals oder aber auch die Einklemmung eines Eingeweideteils in einen Bruchsack unter besonderen Umständen als Unfall zu betrachten sein. Das Auftreten eines Bruches in diesem Sinne bringt nicht nur gegenüber dem Zustand eines völlig gesunden, sondern auch gegenüber demjenigen eines bis dahin schon mit Bruchanlage behafteten Menschen eine die Erwerbsfähigkeit mindernde plötzliche Verschlimmerung des körperlichen Gesamtbefindens hervor.

Im allgemeinen ist davon auszugehen, daß erfahrungsgemäß Leistenbrüche sich in den meisten Fällen allmählich entwickeln und lediglich bei der täglichen Berufsarbeit oder den gewöhnlichen Betätigungen des Lebens auszutreten pflegen. Soll daher die für eine allmähliche Entstehung des Bruches sprechende starke Vermutung widerlegt werden, so sind an die Beweisführung dafür, daß es sich ausnahmsweise um einen Fall plötzlicher Entstehung des Bruches handelt, besonders strenge Anforderungen zu stellen. Unter diesem Gesichtspunkt ist auf den Nachweis einer an sich schweren und zugleich außergewöhnlichen, über den Rahmen der regelmäßigen Betriebstätigkeit hinausgehenden Anstrengung, bei welcher der Bruchaustritt erfolgt ist, besonderes Gewicht zu legen, wenngleich es nicht ausgeschlossen ist, daß auch an sich eine betriebsübliche, einem Arbeiter geläufige und nicht einmal besonders schwere Arbeit wegen ausnahmsweise ungünstiger Umstände, unter denen sie sich vollzieht, eine außergewöhnliche Anstrengung bedingen und so für einen dabei stattfindenden Bruchaustritt die Annahme plötzlicher und ursächlicher Entstehung rechtfertigen kann (z. B. plötzliche Entstehung eines Bruches durch eine besonders ungünstige, beim Aufheben eines nur 32 Pfund schweren Sackes ausgeführte Bewegung, die eine plötzliche gewaltsame Dehnung der Bauchdecken verursachte (A. N. 1892, S. 283). Ferner ist bei der Beurteilung der Frage, ob der erwähnte Nachweis als geführt zu erachten ist, insbesondere darauf Rücksicht zu nehmen, daß das plötzliche Entstehen eines Bruches, wie dies bei dem gewaltsamen Hervordrängen von Eingeweiden aus der Bruchpforte nicht anders sein kann, regelmäßig heftige, kaum erträgliche Schmerzen im Gefolge hat, welche den davon Betroffenen mindestens zu einer Unterbrechung der Arbeit nötigen und ihn unwillkürlich zu Äußerungen des Schmerzes sowie zur alsbaldigen Anrufung ärztlicher Hilfe veranlassen. Indes sind auch die letzteren Umstände nicht immer untrügliche Zeichen für einen plötzlichen und gewaltsamen Bruchaustritt. Namentlich ist auch ein allmähliches Hervortreten eines Leistenbruches nicht selten mit heftigeren Schmerzen verbunden, die, z. B. durch Zerrung hervorgerufen, selbst plötzlich eintreten können und dem Bruchleidenden den bereits bestehenden Schaden erst zum Bewußtsein bringen. Die Beurteilung ist besonders schwierig, wenn die Schmerzen sich bei einer anstrengenden Arbeit einstellen. Auf eine allmähliche Entstehung des Bruchleidens ist in solchen Fällen, wie überhaupt, daraus zu schließen, daß der Bruch groß ist, daß er sich leicht zurückbringen läßt, daß die Bruchpforte weit ist, und daß der Bruchleidende in höherem Lebensalter steht, in dem erfahrungsgemäß die Bauchdecken schlaff sind und dem Andrängen

der Eingeweide weniger Widerstand bieten. Anderseits kann aus der Beschaffenheit der Bruchpfortenränder, aus Blutaustritten unter der Haut in der Nähe des Bruches und besonders aus dem plötzlichen Eintreten schwerer Krankheitserscheinungen zur Zeit des Bruchaustritts oder bald danach, wie Ohnmacht, Übelkeit, Erbrechen, Fieber usw., auf plötzliche Bruchentstehung geschlossen werden. Im Zweifel ist indessen anzunehmen, daß die Arbeit, bei welcher der Bruch ausgetreten ist, nur die Gelegenheit, nicht aber die Ursache für den Bruchaustritt gegeben hat und daher nur die Ursache für die Entdeckung, nicht für die Entstehung des Bruchleidens darstellt.

Bei der plötzlichen gewaltsamen Entstehung des Bruches tritt häufig auch eine Brucheinklemmung ein, sie ist aber keine notwendige Begleiterscheinung. Doppelseitige Leistenbrüche entstehen nach ärztlicher Erfahrung nur in den seltensten und ganz außergewöhnlichen Fällen plötzlich und gewaltsam. Ist bereits ein allmählich entstandener Leistenbruch vorhanden, so ist zu vermuten, daß der später auf der anderen Seite hervorgetretene Bruch ebenfalls allmählich ausgetreten ist. Das Wiederhervortreten eines bereits vorhandenen Bruches bei Gelegenheit einer nicht ungewöhnlichen schweren Arbeit infolge Nichttragens des vorgeschriebenen Bruchbandes ist in der Regel als allmähliche Körperschädigung kein Unfall."

Netzbrüche, Nabelbrüche, Schenkelbrüche unterliegen der nämlichen Beurteilung, in der Regel auch Bauchbrüche und Magenbrüche. Dagegen haben Wasserbrüche (Hydrozele) eine völlig andere Entstehung als Leistenbrüche, sie werden meist durch Verletzungen, die den Hodensack unmittelbar treffen, hervorgerufen.

Die indirekten Unfallkrankheiten sind nicht die unmittelbare Folge eines Unfalls, sondern entwickeln sich auf Grund des Unfalls, sei es, daß ein inneres Leiden neu entsteht, sei es, daß ein vorhandenes Leiden durch den Unfall verschlimmert wird. Für die Annahme einer Unfallkrankheit ist es belanglos, ob es sich um ein neu entstandenes Leiden handelt, oder ob ein altes Leiden verschlimmert ist. Ich habe darüber schon eingangs nähere Ausführungen gemacht. Die inneren Krankheiten, die als indirekte Folge eines Unfalls auftreten, scheiden sich in zwei Gruppen. In der ersten Gruppe sind solche Krankheiten, bei denen der Sitz der Krankheit mit der Unfallschädigung örtlich zusammenfällt. Eine Lungentuberkulose kann nicht durch eine Verletzung des Beins bedingt sein, es ist erforderlich, daß eine Schädigung des Brustkorbs und also voraussichtlich auch der Lungen vorhergegangen ist. Ein Magenkrebs kann nicht die Folge eines Unfalls sein, der den Kopf betroffen hat. Eine andere, allerdings sehr kleine und beschränkte Krankheitsgruppe unterliegt diesem sonst allgemein gültigen Gesetz des örtlichen Zusammenhangs nicht. Diese Gruppe umfaßt die Neurosen und Leiden bei Blutdrucksteigerung. Die traumatischen Neurosen entstehen bei Unfällen aller Art, auch die Schwere der Verletzung ist nicht maßgebend, es braucht keine Kopfverletzung vorzuliegen, auch keine allgemeine Erschütterung des ganzen Körpers. Die Reflexepilepsie tritt ebenfalls nicht als örtliches Unfalleiden auf, wenn auch die Narbe, die die periphere Reizstelle bildet, den örtlichen Zusammenhang mit der Körpergegend, die der Unfall traf, herstellt. In vielen Fällen kann ein Leiden als Unfallfolge sich einstellen, wenn die Betriebsarbeit eine Blutdrucksteigerung und diese wieder einen Schlaganfall, eine Lungenblutung usw. zur Folge hatte. Bei allen andern Krankheiten ist der örtliche Zusammenhang zwischen Unfall und

Krankheit festzustellen. Er ist notwendig, um das Leiden als eine Unfallfolge wahrscheinlich zu machen. Auch ein zeitlicher Zusammenhang muß bestehen. Während man von einer Gelenkentzündung verlangen kann, daß sie sich unmittelbar im Anschluß an den Unfall entwickelt, ist im Gegensatz dazu bei einem Krebs ein Zwischenraum von Monaten und Jahren zulässig. Unsere Erfahrungen über die Unfallkrankheiten im engeren Sinne, d. h. innere Leiden als Folge eines Unfalls, sind noch äußerst gering. Infolgedessen werden heute vielfach Leiden als Unfallkrankheiten angesprochen, bei denen sicher der Unfall in keinen Beziehungen zu der Krankheit steht. Vielfach macht sich dabei die Auffassung bemerkbar, die aus dem Strafgesetz hergenommen ist, in dubio pro reo. Dem Verletzten eine Rente zuzusprechen, weil die Wissenschaft nicht mit Bestimmtheit den Zusammenhang zwischen Unfall und Krankheit verneinen kann, ist aber nicht angängig, da es sich hier um eine zivilrechtliche Angelegenheit handelt, bei der in solchem Falle der andere Part, die Berufsgenossenschaft, geschädigt würde. Man kann der Berufsgenossenschaft auch nicht deswegen Lasten zumuten, weil sie der leistungsfähigere Teil ist. Andererseits verlangt die Rechtsprechung des Reichsversicherungsamtes nicht, daß eine Krankheit nur dann als Folge eines Unfalls zu gelten hat, wenn mit mathematischer Sicherheit der Zusammenhang erwiesen ist. „Eines zwingenden Beweises für den ursächlichen Zusammenhang bedarf es nicht. Es genügt eine hohe Wahrscheinlichkeit. Das Verlangen nach einem zwingenden Beweise würde gegen den Geist und den Zweck des Unfallversicherungsgesetzes verstoßen, welches der Erfüllung einer öffentlich-rechtlichen Fürsorgepflicht dient, und für dessen Anwendung deshalb nicht Grundsätze maßgebend sein dürfen, welche gegenüber einer Privatversicherung vielleicht statthaft erscheinen möchten; vielmehr genügt innerhalb des Gebietes der Unfallversicherung die auf Grund des Ergebnisses der Beweisaufnahme oder gerichtskundiger Umstände gewonnene Überzeugung des Gerichts zur Feststellung der streitigen Tatsachen.“ An sich kann jede Krankheit zu einem Unfall in Beziehung stehen. Es würde den Rahmen dieses Buches überschreiten, wenn auf die Bedingungen näher eingegangen würde, in denen dieses oder jenes Leiden als Unfallfolge anerkannt worden ist oder anerkannt werden muß. Hierfür sei auf die Lehrbücher der Unfallmedizin und auf das Lehrbuch von Stern über die traumatische Entstehung innerer Krankheiten hingewiesen. Es möge nur nochmals betont werden, daß in der Regel der örtliche und zeitliche Zusammenhang zwischen Krankheit und Unfall bestehen und daß der ursächliche Zusammenhang wahrscheinlich sein muß.

Eine Statistik über die Häufigkeit innerer Leiden als Unfallfolge besteht bisher nicht und würde auch nur von begrenztem Werte sein, da die Anerkennung innerer Leiden als Unfallfolge bisher keinen festen Grundsätzen unterliegt und darum auch mehr oder minder zufällig sein wird.

Nur für zwei Krankheiten von besonderer Bedeutung mögen die Grundsätze angegeben werden, die für ihre Anerkennung als Unfallfolgen maßgebend sind, um wenigstens ein Beispiel zu bringen. Diese beiden Krankheiten sind die Lungentuberkulose und der Krebs. Hinsichtlich der ersten Krankheit hat kürzlich das Reichsversicherungsamt in einer Rekursentscheidung Gesichtspunkte entwickelt, die von allgemeiner Bedeutung sind und ärztlicherseits gebilligt werden müssen. „Der erkennende Senat steht grundsätzlich auf dem Standpunkt, daß gerade bei tuberkulösen Lungenerkrankungen die ursächliche Bedeutung eines Unfalls für dieses Leiden nur dann anerkannt

werden kann, wenn durch eine der Gewißheit nahekommende Häufung von Wahrscheinlichkeitsgründen dargetan ist, daß der Unfall von wesentlichem Einfluß für den Ausbruch oder die Entwicklung des Leidens gewesen ist, derart daß ohne Dazwischentreten des Unfalls der Verlauf der Krankheit sich wahrscheinlich wesentlich anders gestaltet haben würde, als es tatsächlich der Fall gewesen ist. Es ist berechtigt, diese strengen Anforderungen an den Nachweis einer ursächlichen Beziehung zwischen Unfall und Lungentuberkulose zu stellen, weil es sich bei der Lungenschwindsucht um ein Leiden handelt, das so häufig ist und erfahrungsgemäß so oft sich ohne jede nachweisbare äußere Ursache entwickelt, daß auch dann, wenn es erst nach einem Unfall in die Erscheinung tritt, stets mit der Möglichkeit eines bloß zufälligen, zeitlichen Zusammentreffens zu rechnen ist. Dieses ist von vornherein regelmäßig nicht minder wahrscheinlich als die allerdings — gleichfalls meist nicht auszuschließende — Möglichkeit eines ursächlichen Zusammenhangs" (R. E., Komp. Samml. 1907, S. 171.) Bei Krebs ist zu verlangen, daß der Unfall nach der Art seines Hergangs geeignet gewesen sein muß, eine Verletzung desjenigen Organs herbeizuführen, das später krebsig entartet ist, daß der Unfall — Vorläufer des Krebses (erst später deutbare Krankheitssymptome) — und der Krebs untereinander in plausibler Beziehung stehen müssen, daß das Leiden mindestens innerhalb zwei Jahren nach dem Unfall bemerkbar wird. Unterstützt wird die Annahme, wenn eine Symptomenkette zwischen Unfall und krebsiger Entartung besteht (Brückensymptome), anatomische Residuen des Unfalls an der später krebsig veränderten Stelle vorhanden waren, das Trauma eine gewisse Stärke hatte oder das Leiden in jugendlichem Alter auftrat.

Unfallhäufigkeit.

Die Unfallhäufigkeit ist eine konstante Größe, die sich in der gesamten Unfallversicherung wie auch in den einzelnen Industriezweigen nur wenig von Jahr zu Jahr ändert. Es gibt zwar Schwankungen der Unfallhäufigkeit und eine Entwicklung der Unfallhäufigkeit im Sinne der Zunahme, worauf später noch näher eingegangen werden wird, aber im allgemeinen ist die Unfallhäufigkeit konstant. Diese Konstanz besteht aber nur für die Gesamtheit der Versicherung oder für die einzelne Gruppe. Unter sich zeigen die verschiedenen Gruppen eine ganz verschiedene Unfallhäufigkeit. Die Ursachen der Unfallhäufigkeit müssen also immer in gleicher Weise einwirken, damit das Resultat dasselbe ist. Natürlich kann man da nicht von den absoluten Werten ausgehen, sondern man muß die Ziffern entweder auf 1000 Versicherte oder Vollarbeiter berechnen. Denn je größer die absolute Zahl der beschäftigten Personen ist, umso größer ist auch die Zahl der verletzten Personen. Die Ursachen der Unfälle sind nun mannigfacher Art. Eine strenge Scheidung zwischen wesentlicher Ursache, mitwirkender Ursache und zufälliger Veranlassung können wir nicht vornehmen. Bei einem Unfall wirken gemeinhin mehrere Umstände zusammen. Da spielt Leichtsinn, jugendliches Alter, Alkoholgenuß, Gefahr des Betriebs, Vernachlässigung von Unfallverhütungsvorschriften und noch vieles andere zusammen, um einen Unfall hervorzurufen. Die wesentliche Ursache ist nicht festzustellen. Wir werden daher die verschiedenen Faktoren hintereinander untersuchen, die auf die Unfallhäufigkeit einen Einfluß haben, ohne daß damit die Frage nach dem Zusammenwirken dieser Momente und die Beurteilung ihrer ver-

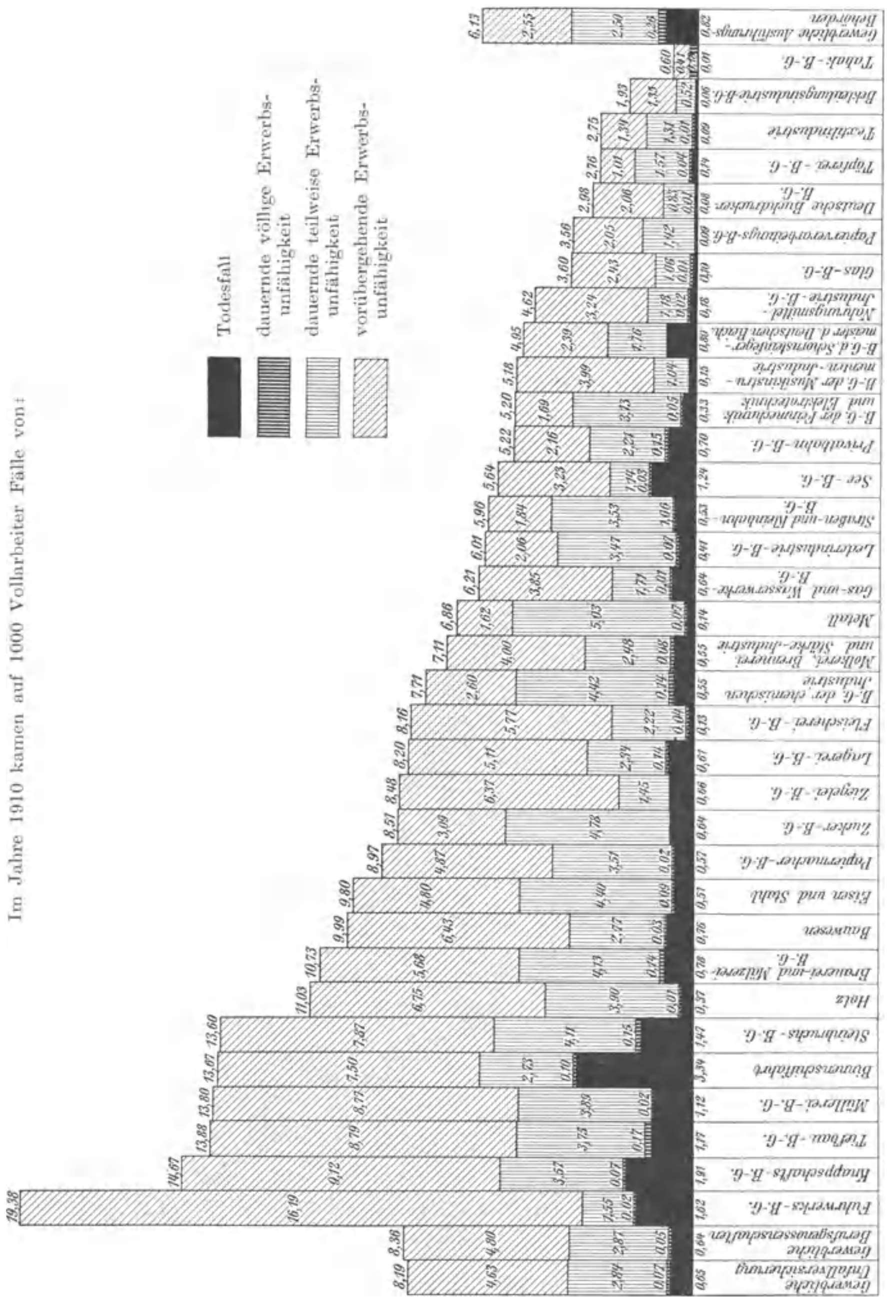


Fig. 28. Wirtschaftliche Unfallfolgen in der gewerblichen Unfallversicherung.

schiedenen Wertigkeit beantwortet werden könnte. Die Ursachen der Unfallhäufigkeit können nach verschiedenen Gesichtspunkten betrachtet werden.

Einmal hat jede Industrie spezifische Gefahren, die sie von jeder andern Industrie unterscheiden. Die spezifische Gefahr ist in der Tabak-

industrie grundverschieden von der in dem Bergbau, diese von der in der Textilindustrie, in dem Eisenbahnbetrieb, in der chemischen Industrie usw. Die Landwirtschaft hat wieder ihre ganz besonderen Gefahren, die sich von denen in der Industrie unterscheiden. Von vornherein ist also der Arbeiter je nach der Art seiner Beschäftigung einem ganz verschiedenen Unfallrisiko ausgesetzt. Aber nicht nur das Risiko an sich ist verschieden, sondern auch die Schwere des einzelnen Unfalls. Wenn wir die Abbildung (Fig. 28) betrachten, in der die wirtschaftlichen Unfallfolgen der gewerblichen Unfallversicherung im einzelnen dargestellt sind, so sehen wir, daß die Unfallziffer im einzelnen erheblich schwankt, daß sie bei der Fuhrwerksberufsgenossenschaft fast 20, bei der Tabaksberufsgenossenschaft nur 0,60 beträgt. Hoch ist die Unfallziffer im Bergbau, beim Tiefbau, in der Müllerei, in der Binnenschiffahrt, beim Steinbruchbetriebe usw., gering in der Bekleidungs- und Textilindustrie, bei der Töpferei, im Buchdruckergewerbe usw. Die Unfallziffer hat aber auch eine ganz verschiedene Wertigkeit ihrer Komponenten. Sie setzt sich aus leichten, mittelschweren und sehr schweren Unfällen zusammen, von den letztgenannten haben wieder eine Anzahl den Tod zur Folge. In dieser Hinsicht ist besonders gefährlich die Binnenschiffahrt, wo die Ziffer der tödlichen Unfälle 3,34 beträgt, während die Fuhrwerksberufsgenossenschaft mit 1,62 erheblich zurückbleibt und wieder vom Bergbau mit 1,91 übertroffen wird. Während man in den Todesziffern einen Maßstab für die besondere Gefährlichkeit eines Betriebes hat, ist dieses weniger bei der dauernden Erwerbsunfähigkeit der Fall. Denn sie unterliegt der Beurteilung, und die Beurteilung hat sich gerade in dieser Beziehung geändert. Trotzdem bestehen auch hier Verschiedenheiten zwischen den einzelnen Industriezweigen, die nicht allein auf die verschiedene Beurteilung zurückgeführt werden können. Die dauernde Erwerbsunfähigkeit ist z. B. recht hoch bei der Metallverarbeitung, in der chemischen Industrie, bei der Zuckerberufsgenossenschaft, in der sogenannten Schwerindustrie, bei der Steinbruchsberufsgenossenschaft usw., gering nur bei der Tabak-, Bekleidungsindustrie, bei dem Buchdruckergewerbe, bei der Glasberufsgenossenschaft usw. Während diese Differenzen nicht nur die dauernde Erwerbsunfähigkeit überhaupt, sondern auch die dauernde teilweise Erwerbsunfähigkeit betreffen, zeigt die dauernde völlige Erwerbsunfähigkeit ein anderes Verhalten. Hier überwiegen die Ausführungsbehörden. Dieses schlechte Resultat wird aber durch die Ausführungsbehörden der Eisenbahnverwaltung und der Binnenschiffahrt bedingt, deren Betriebe eine besondere Gefährlichkeit zeigen. In der Hauptsache wird die Unfallziffer durch die Unfälle mit vorübergehender Erwerbsunfähigkeit beeinflußt, die in der Praxis die mittelschweren Unfälle darstellen. Denn sie haben schon eine Erwerbsunfähigkeit von 13 Wochen verursacht, also eine Dauer von einem Vierteljahr gehabt. Die leichten Unfälle dagegen werden nur gemeldet, kommen aber im Laufe eines Vierteljahrs zur Heilung. Die leichten Unfälle haben somit auch für die Unfallversicherung keine besondere Bedeutung. Bei der Analyse der Unfallursachen wird auf sie noch näher eingegangen. Eine entsprechende Untersuchung ist für das Gebiet der landwirtschaftlichen Unfallversicherung deshalb nicht möglich, weil hier die Zahl der Vollarbeiter überhaupt nicht bekannt ist und auch die Zahl der Versicherten nur geschätzt wird.

Klein hat die Zahl der Vollarbeiter für 16 land- und forstwirtschaftliche Berufsgenossenschaften, welche die Beiträge nach dem Maßstabe des Arbeitsbedarfs umlegen, zum Teil schätzungsweise, ermittelt. Nach seinen An-

gaben verhalten sich die Zahlen der Verletzten, für die im Berichtsjahre erstmalig Entschädigungen festgesetzt resp. bezahlt sind, bei der gewerblichen und der landwirtschaftlichen Unfallversicherung folgendermaßen:

	Gewerbe-, Bau- und See-Unfallversicherung ohne Versicherungsanstalten (Zweiganstalten)	Unfallversicherung für Land- u. Forstwirtschaft
1897	7,97	12,29
1898	8,10	11,99
1899	8,40	13,03
1900	8,47	13,12
1901	9,09	14,41
1902	9,06	14,53
1903	9,12	13,59
1904	9,32	14,35

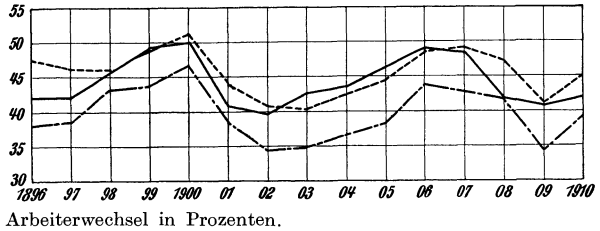
Die Unfallziffer ist also in der Landwirtschaft erheblich größer als in der Industrie, sie verhält sich ähnlich wie die solcher gewerblichen Industriezweige, wo die Gefahr, durch elementare Ereignisse (Blitzschlag, Ertrinken, Verletzungen durch Tiere, Zusammensturz usw.) einen Unfall zu erleiden, sehr groß ist.

Während die spezifische Unfallgefahr bei den verschiedenen Beschäftigungsarten sehr verschieden ist und einen Ausdruck in der Abschätzung der einzelnen Betriebe nach Gefahrenklassen seitens der Berufsgenossenschaften gefunden hat, existieren eine Reihe von Faktoren, die bei allen Beschäftigungsarten in derselben Weise sich geltend machen. Ich werde mich zunächst der Besprechung dieser Faktoren zuwenden, da sie in der ganzen Unfallversicherung von Einfluß sind, und werde die spezifische Gefahr in einigen Betriebsarten besprechen, da es unmöglich ist, die ganze Industrie Revue passieren zu lassen, oder da es doch wenigstens den Rahmen eines Werkes über soziale Medizin überschreiten würde.

Zunächst ist das Arbeitermaterial ganz verschieden. Aus dieser Quelle rühren Differenzen der Unfallhäufigkeit. Wir haben früher gesehen, daß solche Differenzen auch bei der Krankheitshäufigkeit zu beobachten waren. Es wird im allgemeinen schwer sein, solche Unterschiede nachzuweisen, sie sind aber doch vorhanden. Bei Verschiedenheit des Unfallrisikos ganzer Arbeitermassen machen sich die Einfiüsse geltend, die aus der Verschiedenheit im Geschlecht, im Alter, in der Rasse, in der geistigen Ausbildung und in der Erfahrung herrühren. Ich bin auf diese Frage etwas näher bei der Besprechung der sozialen Versicherung im Bergbau eingegangen. Ich möchte zunächst allgemein den Einfluß der Erfahrung, den Einfluß der Übung, näher erörtern.

Wenn ein Arbeiter in einen neuen, ihm unbekannten Betrieb eintritt, so ist er unbeholfen und ungeschickt; er kennt ferner die besonderen Gefährlichkeiten des Betriebes nicht. Er wird sich darum leichter verletzen und Unfälle erleiden, die einem geübten Arbeiter gar nicht passieren können. Als Massenerscheinung wird sich diese Tatsache überall bemerkbar machen, wo der Wechsel der Arbeiterschaft die Regel ist. Je stabiler das Arbeitermaterial ist, umso geringer muß im Verhältnis die Unfallziffer sein. Es wird darum im Interesse der Unfallverhütung liegen, wenn ein Arbeiterwechsel nach Möglichkeit unterdrückt und beseitigt wird. In nachstehendem Schaubild ist der Einfluß des Arbeiterwechsels in den Betrieben der Rheinisch-

Westfälischen Hütten- und Walzwerks-Berufsgenossenschaft auf die Unfallzahlen vom Jahre 1896—1910 verfolgt (Fig. 29). Die einfache Linie zeigt den Arbeiterwechsel in Prozenten, die strichpunktierte Linie die Prozentzahl der Verletzten im ersten Jahre der Beschäftigung auf dem Werke, die punktierte Linie die Prozentzahl der Verletzten im ersten Jahre der Beschäftigung mit der unfallbringenden Arbeit. Die Kurven zeigen eine auffallende Übereinstimmung und beweisen, daß der Wechsel der Arbeiterschaft erheblichen Einfluß auf die Unfallhäufigkeit hat. „In den Jahren des lebhaftesten Arbeiterwechsels war die Zahl der Unfälle im ersten Jahre der Beschäftigung mit der unfallbringenden Tätigkeit bis zu 50 % der entschädigungspflichtigen Unfälle überhaupt gestiegen. Das Schaubild weist auch noch darauf hin, daß selbst innerhalb der Einzelbetriebe ein Wechsel der Arbeiter von einer Betriebsstelle zur andern vermieden werden sollte, denn dieser Wechsel vermehrt die Unfälle



——— Arbeiterwechsel in Prozenten.
—·—·— Prozentzahl der Verletzten im 1. Jahre der Beschäftigung auf dem Werke.
------- Prozentzahl der Verletzten im 1. Jahre der Beschäftigung mit der unfallbringenden Arbeit.

Fig. 29. Arbeiterwechsel und Unfallhäufigkeit in den Jahren 1896—1910 bei der Rheinisch-Westfälischen Hütten- und Walzwerks-BG. (nach dem Verwaltungsbericht).

nicht unwesentlich. Aus diesem Umstande geht aber auch hervor, wie gering das Anpassungsvermögen der Arbeitnehmer ist, da trotz der längeren Beschäftigung auf demselben Werk und trotz Kenntnis der einzelnen Betriebe durch Übernahme einer andern Arbeit als der alltäglichen die Unfallgefahr eine Steigerung erleidet“ (Jahresbericht 1910). In manchen Industrien ist nun ein Wechsel unvermeidlich, da es sich um Saisonbetriebe handelt. Vielleicht ist die verhältnismäßig hohe Unfallziffer bei der Zuckerberufsgenossenschaft hierauf zurückzuführen. Wenn das Geschäft besonders flott geht und die Aufträge sich häufen, dann wird zahlreiches neues Arbeiterpersonal eingestellt, das eine ungewohnte Tätigkeit aufnimmt. Es ist anzunehmen, daß dann die Unfälle steigen werden. Nun hat man gewisse Maßstäbe für die Beschäftigung solcher Elemente. Im allgemeinen ist nämlich die Zahl der Arbeitslosen abhängig von der wirtschaftlichen Lage der Industrie. Bei guter Konjunktur wird die Zahl der Arbeitslosen nur gering sein, diese neuen Elemente werden aber zu einer Steigerung der Unfallziffer beitragen. Die Unfallziffer und die Arbeitslosenziffer wird also in einem umgekehrten Verhältnis zueinander stehen. Steigt die eine Ziffer, so fällt die andere. So findet man z. B. für Frankreich:

Jahr	Zahl der Arbeitslosen auf 100 Beschäftigte	Zahl der Unfälle auf 100 Beschäftigte
1907	6,8	83,7
1908	9,2	80,7
1909	7,1	85,5
1910	5,8	89,7

Man darf allerdings nicht so weit gehen, daß man annimmt, die Industrie würde in Zeiten industriellen Aufschwungs und steigender Intensität unfallgefährlicher. Ein anderer Maßstab ist die Lage des Arbeitsmarkts. Bezüglich der Einzelheiten sei auf die Untersuchungen von Nabholz verwiesen.

Aber die Übung hat nicht nur Vorteile, sie hat auch Nachteile im Gefolge. Unsere heutige Fabrikarbeit ist überaus monoton. Der Handwerker der früheren Zeit stellte einen Gegenstand fertig her, er wandte Mühe, Aufmerksamkeit, Fleiß und die ganze verfügbare Kunstfertigkeit an. Der moderne Arbeiter arbeitet ein Stückwerk, einen bestimmten Maschinenteil, ein und dieselbe Handfertigkeit wird in ununterbrochener Tätigkeit von ihm verlangt. Natürlich ist das noch nicht in allen Gewerbezweigen so, aber mehr und mehr bringt das Prinzip der Arbeitsteilung auch die Monotonie der Arbeit selber mit sich. Dadurch verringert sich die Aufmerksamkeit, sie wird leichter abgelenkt. Aber auch bei erhaltener Aufmerksamkeit stumpft sich das Gefühl für die Gefahr ab. Dem Arbeiter, der eine Maschine jahrelang bedient, verliert sie ihre Gefährlichkeit, er achtet nicht auf die Vorsichtsmaßregeln. Wie oft kommt es sogar vor, daß Arbeiter Schutzvorrichtungen bei der Arbeit entfernen, weil sie ihnen unbequem sind. Aus dieser Unaufmerksamkeit, der Nichtbeachtung der Gefahr und geradezu dem Leichtsinn stammt ein nicht unbeträchtlicher Teil der zur Beobachtung kommenden Unfälle. Soweit hier Schutzmaßregeln in Frage kommen, so kann die Aufmerksamkeit durch Einschiebung kleiner Pausen gefördert werden. Derartige Maßnahmen können allerdings leichter empfohlen als in der Praxis durchgeführt werden. Man darf auch nicht vergessen, daß die Arbeiter ohnehin nicht ganz gleichmäßig tätig sind und also von selber kleine Pausen bei der Tätigkeit einschalten. Dagegen hat nach dieser Richtung die Akkordarbeit ihre Bedenken, soweit rein mechanische Arbeit in Frage kommt, da hier mangelnde Aufmerksamkeit mit der gleich zu erwähnenden Ermüdung Hand in Hand gehen.

Weiterhin ist der Ermüdung zu gedenken. Eine Arbeit wird umso schneller, exakter und genauer geleistet, je frischer der Mensch ist. Je intensiver die Arbeit vorgenommen wird, umso schneller tritt ein Aufbrauch der Kräfte ein. Im Zustand der Ermüdung ist nicht nur die Leistungsfähigkeit verringert, sondern auch die Aufmerksamkeit und die Aufnahmefähigkeit nimmt ab, um schließlich einem Zustand der Stumpfheit und Apathie Platz zu machen. Im Zustande ausgesprochener Ermüdung ist der Mensch außerstande, sich gegen Gefahren von außen zu wehren. Demzufolge ist auch die Unfallmöglichkeit vermehrt, sie wächst mit zunehmender Ermüdung. Je intensivere Arbeitsleistungen in einem Betriebe verlangt werden, umso geringere Arbeitszeiten sind auf der andern Seite notwendig. Ob hier eine Abkürzung der Gesamtarbeitszeit oder die Einschaltung von Pausen zweckmäßiger ist, hängt vom individuellen Fall ab. Allgemeine Regeln lassen sich hier überhaupt nicht aufstellen, ein Normalarbeitstag für alle Industriezweige gleichmäßig ist eine Forderung, die sich jedenfalls durch die psychologische Betrachtung nicht rechtfertigen läßt.

Die meisten der erwähnten Faktoren entziehen sich der statistischen Nachweisung. Anders ist das bei denjenigen, auf die ich jetzt näher eingehen will, ohne daß damit aber sichere Schlüsse auf Einzelursachen gezogen werden könnten.

Alter und Geschlecht stehen in deutlichen Beziehungen zu der Unfallhäufigkeit. Zu den schweren und gefährlichen Arbeiten werden Frauen in

der Industrie aus selbstverständlichen Gründen nicht verwandt. Auch bei jugendlichen Personen tut man dies nur ungern, häufig läßt aber der Arbeitermangel keine andere Auswahl. Bei beiden Personenkategorien ist die Ablenkbarkeit groß, auch ist die Ermüdbarkeit erheblicher als bei Männern mittleren Alters, schließlich haben auch Unaufmerksamkeit und Leichtsinn einen gewissen Anteil. Wie ich schon erwähnte, werden Frauen in der Industrie mit gefährlichen Arbeiten in der Regel nicht beschäftigt. Da, wo die Beschäftigung der Frauen von jeher üblich ist, wie in der Textilindustrie, pflegt auch ihr Anteil an der Unfallziffer erheblich zu sein. Der Gefahr, der die jugendlichen Arbeiter ausgesetzt sind, sucht man durch Unfallverhütungsvorschriften zu begegnen. So ist z. B. bei der Fleischerei-Bg. gesagt, daß „die Wartung und Beaufsichtigung von Dampfkesseln, Kraftmaschinen, gefährlicheren Arbeitsmaschinen, Transmissionen und Aufzügen jugendlichen Personen unter 16 Jahren nicht übertragen werden darf". Aber diese Berufsgenossenschaft hat jedes Jahr über mehrere schwere Betriebsunfälle bei jugendlichen Personen zu berichten, die an den verbotenen Arbeitsgeräten beschäftigt worden sind. Ich verweise hier auf meine Ausführungen, die ich bei der sozialen Versicherung im Bergbau über den Einfluß der jugendlichen Arbeiter auf die Unfallhäufigkeit gemacht habe. Die Unfallhäufigkeit der Frauen und der jugendlichen Arbeiter kommt in der amtlichen Statistik nicht zum richtigen Ausdruck, da es weniger darauf ankommt festzustellen, wieviel Personen einen Unfall erlitten haben, als den Unterschied, der bei der gleichen Beschäftigungsweise für Männer und Frauen besteht. Wenn jugendliche Personen bei einer gefährlichen Arbeit in derselben Weise beschäftigt werden wie erwachsene Männer, läßt sich erst erkennen, um wieviel gefährdeter sie sind. Darüber bestehen keine Untersuchungen. Im allgemeinen hält man die jugendlichen Personen schon von vornherein von den gefährlichen Posten zurück, da sie ihnen auch körperlich nicht gewachsen sind. Nur in manchen Gewerben bringt es die Art der Beschäftigung mit sich, daß Frauen, jugendliche Personen und Männer unter gleichen Bedingungen arbeiten. Dann pflegen auch die Unfallziffern erstaunliche Differenzen zu ergeben. Solche Bedingungen liegen z. B. im Baugewerbe und in der Binnenschiffahrt vor. Da es sich aber meist um kleine Zahlen handelt, so können sie nicht ohne weiteres als beweiskräftig angesehen werden. Andererseits darf man auch nicht falsche Schlüsse ziehen, wenn man hört, daß bei den Eisen- und Stahlberufsgenossenschaften der zehnte Teil der beschäftigten männlichen Personen auf jugendliche Arbeiter (1 077 728: 103 975) entfällt, die Unfallhäufigkeit bei den Erwachsenen aber 12,24 gegen 6,98 bei den Jugendlichen beträgt. Hier kommt die Verschiedenartigkeit der Beschäftigung zum Ausdruck.

Beifolgendes Schaubild (Fig. 30) zeigt die Unfallhäufigkeit nach Alter und Geschlecht, wie sie sich aus den Statistiken von 1897 für die gewerbliche und von 1901 für die landwirtschaftliche Unfallversicherung ergibt. In der gewerblichen Unfallversicherung steigt die Kurve der Männer erst langsam, dann immer schneller mit zunehmendem Alter, bei den Frauen ist die Kurve überhaupt viel niedriger und zeigt nur eine unbedeutende Altersteigerung. Wie ich schon erwähnte, ist diese Statistik durchaus dazu angetan, falsche Schlüsse ziehen zu lassen. Man könnte meinen, je jünger der Mensch sei, umso eher sei er gegen Unfall gefeit, und ebenso sei das weibliche Geschlecht dem männlichen gegenüber durch einen natürlichen Unfallschutz gesichert. Tatsächlich liegen die Dinge ganz anders, und der Verlauf der Kurve beweist nur, daß in

der Art der Beschäftigung bei verschiedenem Alter und Geschlecht große Unterschiede bestehen müssen. Dagegen zeigt die Kurve, die der landwirtschaftlichen Unfallversicherung entstammt, einen ganz anderen Verlauf. Hier sind die Kurven der Männer und der Frauen nahe aneinandergerückt und zeigen vom 30. Lebensjahre einen gleichmäßigen Anstieg, der bis zum 70. Lebensjahr anhält. Im jugendlichen Alter bis zu 30 Jahren ist die Unfallhäufigkeit der Frauen etwas geringer, in der Folgezeit ist sie etwas größer. Die besondere Unfallhäufigkeit der Jugendlichen kommt auch hier nicht zum Ausdruck; auch in der Landwirtschaft werden sie eben nur zu leichteren und ungefährlichen Tätigkeiten, wie Hüten des Viehs, Ausjäten von Unkraut usw., herangezogen. Vom 18.—20. Lebensjahr und oft schon etwas eher hört

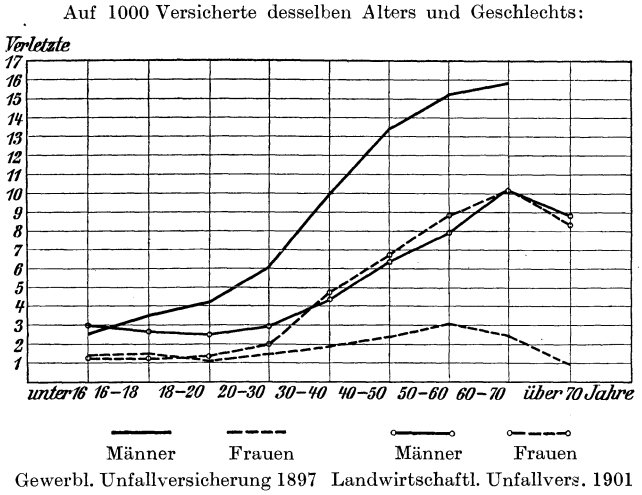


Fig. 30. Unfallhäufigkeit nach Alter und Geschlecht.

das aber auf, und das junge Volk wird gerade zu den schwersten landwirtschaftlichen Arbeiten bereits herangezogen. Das ganze Leben hindurch bleibt dann in der Landwirtschaft die Art der Tätigkeit und also auch die Unfallgefahr gleich. Wir müssen also in dem Verlauf der Kurve bei den Männern eine charakteristische Erscheinung sehen, da der gleichen Unfallgefahr eine mit dem Alter zunehmende Unfallhäufigkeit entspricht. Hier liegt ein Gesetz von allgemeiner Gültigkeit vor, welches besagt, daß, abgesehen vom jugendlichen Alter, die natürliche Widerstandskraft des menschlichen Organismus mit dem steigenden Lebensalter abnimmt. Dieses Gesetz ist auch in der Frauenkurve bestätigt. Im übrigen ist die Tätigkeit der Frauen in der Landwirtschaft vielfach derjenigen der Männer ähnlich, besonders in der Erntezeit und beim Gemüse- und Kartoffelbau. Auch bei der Viehhaltung beteiligen sich beide Geschlechter in derselben Weise. Dagegen werden die schweren Arbeiten der Bodenbestellung, des Mähens, des Fuhrwerkbetriebs meist ausschließlich von Männern besorgt. Die Männer unterstehen also einer etwas höheren Unfallgefahr als die Frauen. Trotzdem verlaufen beide Kurven beinahe zusammen. Der geringeren Unfallgefahr der Frauen entspricht dieselbe Unfallhäufigkeit wie bei den Männern. Man kann also hieraus schließen, daß die Frauen bei gleicher Unfallgefahr eine größere Unfallhäufigkeit zeigen als die Männer. Außerdem steigt aber die Alterskurve auch bei den Frauen

schneller an als bei den Männern und kreuzt sie schon frühzeitig. Die Frauen unterliegen also auch demselben Altersgesetz wie die Männer, aber bei ihnen vermindert sich der natürliche Schutz gegen Unfallgefahr schneller als bei den Männern, bei ihnen ist die Abnutzung durch das Alter größer. Ob hierin nur der Einfluß der Geburtstätigkeit zu erblicken ist, mag dahingestellt bleiben.

Der Einfluß der Jahreszeiten auf die Unfallhäufigkeit wird durch die folgende Tabelle dargetan. Im zeitlichen Verlauf des Jahres wechselt die

Die Unfallhäufigkeit nach den Monaten.

Berufsgenosssenschaften		Tagesunfallziffer für die einzelnen Monate, berechnet unter der Annahme, daß auf 1 Tag im Durchschnitte des ganzen Jahres 1 Unfall entfällt											
		Jan.	Feb.	März	April	Mai	Juni	Juli	Aug.	Sept.	Okt.	Nov.	Dez.
1		2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Gewerbliche Berufsgenossenschaften	1887	0,94	0,98	0,95	0,94	0,90	0,99	1,08	1,04	1,06	1,09	1,08	0,95
	1897	0,92	0,93	0,91	0,90	0,99	1,00	1,09	1,04	1,11	1,09	1,06	0,96
Landwirtschaftliche Berufsgenossenschaften	1891	1,02	1,15	0,87	0,80	0,76	0,97	1,11	1,15	1,16	0,92	0,95	1,15
	1901	1,05	1,91	0,82	0,79	0,86	1,01	1,24	1,32	1,18	1,06	0,88	0,88

Unfallhäufigkeit nicht unerheblich. Wenn auf einen Tag im Durchschnitt des ganzen Jahres ein Unfall entfällt, so bleiben die ersten sechs Monate des Jahres und der Dezember bei der Industrie unter der Normalziffer, die andern Monate sind darüber, und die Monate Juli und Oktober zeigen ein Maximum von 1,09, ja im Jahre 1897 der September sogar ein solches von 1,11. In der Landwirtschaft zeigen die Vergleichsjahre Differenzen, der gefährlichste Monat ist hier der August, dann folgt der September, während der November unter dem Durchschnitt liegt und in den nächsten drei Wintermonaten ein kleines Steigen der Unfallziffern bemerkbar ist. Im großen und ganzen werden diese Unterschiede auf Ungleichheiten des Arbeitsmarkts beruhen, in der Landwirtschaft wenigstens zeigt sich ganz deutlich der Einfluß der Ernte einerseits und der Winterarbeiten andererseits.

Interessant ist, wenn man die Unfallhäufigkeit nach Wochentagen vergleicht (Fig. 31). Hier sticht sowohl in der Industrie wie in der Landwirtschaft der Montag hervor, der sich durch eine ganz besondere Unfallhäufig-

Die Unfallhäufigkeit nach den Wochentagen.

Berufsgenossenschaften		Unfallziffer für die einzelnen Wochentage, berechnet unter der Annahme daß auf 1 Tag im Durchschnitte des ganzen Jahres 1 Unfall entfällt						
		Sonntag	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerst.	Freitag	Sonnab.
1		2	3	4	5	6	7	8
Gewerbliche Berufsgenossenschaften	1887	0,19	1,18	1,10	1,15	1,09	1,16	1,13
	1897	0,15	1,23	1,17	1,10	1,10	1,06	1,19
Landwirtschaftliche Berufsgenossenschaften	1891	0,28	1,17	1,14	1,09	1,07	1,08	1,17
	1901	0,29	1,22	1,06	1,05	1,09	1,12	1,17

keit auszeichnet. Ihm folgt dann der Sonnabend, während die andern Arbeitstage unregelmäßige Schwankungen zeigen und nur der Sonntag als all-

gemeiner Ruhetag eine geringe Unfallziffer aufweist. Die auffallende Beteiligung des Montags und Sonnabends an den Unfällen tritt noch stärker hervor, wenn man die Gruppierung auf die Tagesstunden beachtet. Während Montag vormittag von 6—9 Uhr die Unfallhäufigkeit auf 1,30—1,40 im allgemeinen erhöht ist, steigt sie in der Zeit von 9—12 Uhr auf 2,70—2,80, und andererseits findet sich wieder am Sonnabend nachmittag die Unfallhäufigkeit zwischen drei und sechs Uhr auf 2,70—3,00 gesteigert. Diese eigentümliche Beteiligung des Montag-Vormittags glaubt man auf die Nachwirkungen des Sonntags, auf den Alkoholmißbrauch, auf andere Festfreuden, dann aber auch auf den Arbeitsbeginn an sich zurückführen zu können, während man die hohe Beteiligung des Sonnabend-Nachmittags für ein Zeichen der Ermüdung und die Folge der Lohnzahlung anspricht. Ich glaube aber, daß man ohne nähere Analyse aus diesen Zahlen keine Schlüsse ziehen darf und sich damit begnügen muß, festzustellen, daß eben diese beiden Tage, am Beginn und am Ende der Arbeitswoche, durch eine auffallende und nicht genügend geklärte Unfallziffer sich auszeichnen. Im übrigen ergibt sich, daß im Laufe des Tages die Unfallziffer erhöht ist während der Vormittagsstunden von 9—12 und der Nachmittagstunden von 3—6 Uhr. Ich glaube, daß diese Tatsache nur der Ausdruck dafür ist, daß in diese Tageszeiten die hauptsächlichste Arbeitszeit fällt. Im Dienst der Rettungswachen hat sich übrigens ebenfalls ergeben, daß die meisten Unfälle in dieser Zeit beobachtet werden; so war z. B. in Leipzig die Frequenz der Sanitätswachen seitens des Publikums am größten in den Mittagstunden von 10—1 und nachmittags und am Abend von 5—10 Uhr, verhältnismäßig gering dagegen in den eigentlichen Nachtstunden. Es wird darum auch von vielen die besondere Unfallhäufigkeit dieser Stunden als der Ausdruck dafür angesehen, daß sie den Abschluß der Vormittags- und Nachmittagsarbeit darstellen und somit die Ermüdung infolge der Arbeitsdauer zum Ausdruck bringen.

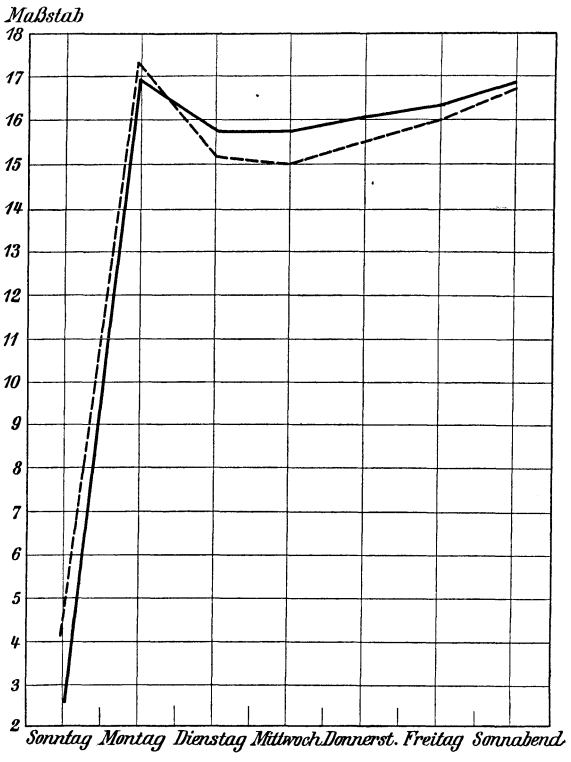


Fig. 31. Unfallhäufigkeit nach Wochentagen.

Wenn man die Unfallziffern so gruppiert, daß die Tagschicht und Nachtschicht je von 6—6 Uhr ins Auge gefaßt werden, so ergibt sich die Tatsache,

daß nachts die Unfallziffer auffallend gering ist. Im Einklang damit stehen die Erfahrungen der Gewerbeaufsichtsbeamten, die gelegentlich der Sondererhebungen über die Unfallhäufigkeit in der Nachtschicht im Jahre 1909 gemacht wurden. Fast allgemein konnte bestätigt werden, daß in der Nacht auf je 100 Arbeiter weniger Unfälle vorkommen als am Tage. Die Vermutung, die man zunächst haben könnte, daß die Nachtarbeit besondere Unfallhäufigkeit zeige, bestätigt sich also nicht. Wie ist die auffallende Erscheinung zu erklären? „Es sind in dieser Zeit", hebt der Beamte für den Bezirk Magdeburg hervor, „nicht mehr Leute in der Fabrik tätig, als zur Fortführung des Betriebes unbedingt nötig sind. Betriebsstörungen werden durch die Betriebsleitung in dieser Zeit tunlichst vermieden; alle Nebenarbeiten, Bauten, Reparaturen, Änderungen usw. werden, soweit sie nicht unbedingt sofort ausgeführt werden müssen, bis auf den folgenden Tag verschoben. Die Zufuhr von Rohmaterial findet in der Regel nachts nur insoweit statt, als nicht am Tage vorgesorgt werden kann, die Abfuhr von Erzeugnissen gewöhnlich auch nur, soweit sie aus Betriebsrücksichten notwendig wird. Die Nachtarbeiter selbst werden nicht beunruhigt durch das Erscheinen von Vorgesetzten, von Handwerkern, Familienmitgliedern und von fremden Personen, ihre Aufmerksamkeit erfährt nicht so viele Ablenkungen wie am Tage; der ganze Nachtbetrieb einer Fabrik verläuft überhaupt ruhiger als der Tagesbetrieb".

Wir können uns nun der sogenannten Schuldfrage zuwenden, die ebenfalls in den Erhebungen des Reichsversicherungsamts berücksichtigt worden ist. Es wird dabei unterschieden zwischen Schuld des Arbeitgebers, Schuld des Arbeiters, Schuld beider zusammen, Schuld dritter Personen, unvermeidlicher Betriebsgefahr und Einwirkung höherer Gewalt. In 17—20 % der Fälle trifft bei sämtlichen Versicherungsarten den Arbeitgeber die Schuld, in 25—30 % den Arbeiter, in 4 % beide zusammen bei der gewerblichen Versicherung, dagegen in 20 % beide zusammen in der landwirtschaftlichen Versicherung. In etwa 3—5 % trifft dritte Personen die Schuld, unvermeidliche Betriebsgefahr spielt bei 30—40 % eine Rolle.

Während diese Faktoren im Gebiete der ganzen Unfallversicherung eine mehr oder minder gleichmäßige Wirkung ausüben, werden durch die spezifische Unfallgefahr der einzelnen Industriezweige ganz spezielle Unfallziffern geschaffen. Schon bei einer einzelnen Berufsgenossenschaft gibt es verschiedene Gefahrenklassen, denn jede Art der Betätigung hat ihre besondere Unfallziffer. Bei den Bauberufsgenossenschaften betrug z. B. die Unfallziffer (verletzte Personen, für welche im Jahre 1907 zum ersten Male Entschädigungen gezahlt sind, auf 1000 Vollarbeiter) im ganzen 11,22. Die Brunnenmacher haben aber eine Unfallziffer von 30,19, die Dachdecker von 23,76, die Zimmerer von 15,15; dagegen die Tapezierer und Stubenbohner nur von 3,17, die Ofensetzer von 3,32, die Tischler und Stellmacher von 4,79, die Maler von 4,84, die Klempner von 7,72 und die Maurer von 9,93. Bei manchen Betriebsgruppen ist nun die Unfallziffer ganz besonders gesteigert, sie beträgt beim Abbruch von Gebäuden 58,61, bei der Wartung und Bedienung von Dampfkesseln usw. 55,04, bei Erdarbeiten 12,14. Entsprechende Unterschiede finden sich bei allen anderen Berufsgenossenschaften auch.

Die spezifische Unfallgefahr ist durch die besondere Art der Betriebstätigkeit bedingt und daher hat man versucht, die Betriebseinrichtungen und die Vorgänge, bei denen sich die entschädigten Unfälle ereignen, zu zergliedern. Das Reichsversicherungsamt unterscheidet 17 verschiedene

Vorgänge, bei denen Unfälle passieren können. Diese Vorgänge lassen sich in 2 große Gruppen teilen, solche, wo der Unfall durch eine Maschine hervorgerufen wird, und solche, die durch andere Einwirkung zustande kommen. Bei den Maschinen werden unterschieden: 1. Kraftmaschinen, 2. Transmissionen, 3. Arbeitsmaschinen (Drehbänke, Hobelmaschinen, Fräsmaschinen, Kreissägen usw.), 4. Hebemaschinen (Fahrstühle und Aufzüge, Flaschenzüge, Winden, Krane usw.). Die anderen Betriebseinrichtungen und Vorgänge zerfallen in: 5. Dampfkessel, Dampfkochapparate und Dampfleitungen, 6. Elektr. Strom, 7. Sprengstoffe (Explosion von Pulver, Dynamit), 8. feuergefährliche, heiße und ätzende Stoffe (glühendes Metall, Gase, Dämpfe), 9. Zusammenbruch, Einsturz, Herab- und Umfallen von Gegenständen

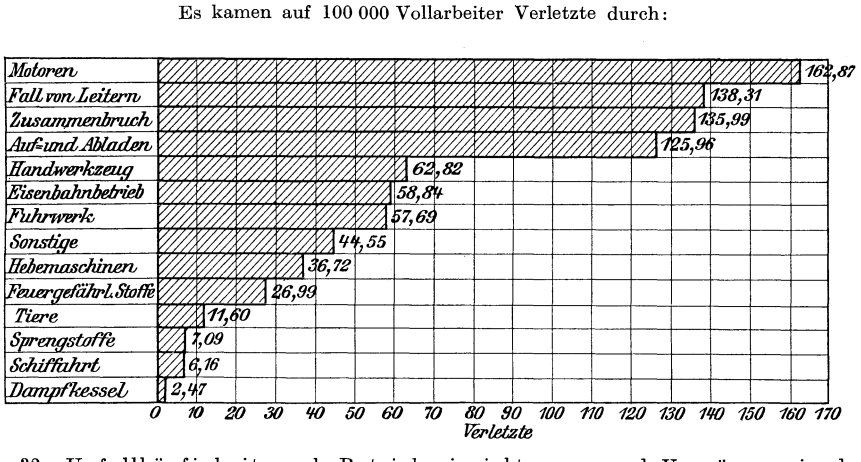


Fig. 32. Unfallhäufigkeit nach Betriebseinrichtungen und Vorgängen in der gewerblichen Unfallversicherung 1909.

(Zusammenbruch von Fels-, Sand- und Erdmassen, Einsturz von Gebäuden, Zusammenbruch von Gerüsten, Zusammenbruch von aufgestapelten Waren), 10. Fall von Leitern, Treppen usw., aus Luken usw., in Vertiefungen usw. (Fall von Gerüsten, Balkenlagen, Mauern, aus Fenstern, Luken, vom Dache, in Gruben, Keller, Brunnen, auf ebener Erde usw.), 11. Aufladen, Abladen, Umladen, Transport schwerer Lasten ohne Fördergeräte, 12. Fuhrwerk, 13. Eisenbahnbetrieb, 14. Schiffahrt und Verkehr zu Wasser, 15. Stoß, Schlag, Biß von Tieren, Herunterfallen beim Reiten, 16. Handwerkszeug und einfache Geräte (Hämmer, Meißel, Äxte, Hacken, Spaten usw.), 17. verschiedene.

Ein Blick auf diese Betriebseinrichtungen und Vorgänge zeigt, daß auch diese Einteilung recht verschiedenartige Dinge zusammenfassen muß. Andererseits werden auch wieder manche willkürlich getrennt, die eigentlich zusammengehören. Beispielsweise können Verschüttungen bei Erdarbeiten sowohl durch Zusammenbruch von Erdmassen als auch durch Fall in Erdgruben bedingt werden. Bei der Grubenarbeit kann die Verletzung, obwohl die Betriebstätigkeit immer dieselbe ist, wenn es sich etwa um ein Grubenunglück handelt, bald als Zusammenbruch, bald als Explosion, bald als Vergiftung durch Gase und sonstwie auftreten. Die Unfallhäufigkeit nach Betriebseinrichtungen bei der gewerblichen und der landwirtschaftlichen Unfallversicherung ist in den Fig. 32—33 zur Darstellung gebracht. Man sieht, daß charakteristische Unterschiede zwischen den beiden Versicherungs-

zweigen bestehen. Die meisten Unfälle in der Industrie werden durch Maschinen bedingt, dann folgt Fall von Leitern, Zusammenbruch, Auf- und Abladen. Bei der landwirtschaftlichen Unfallversicherung werden die meisten Unfälle durch Fall von Leitern bedingt, dann folgt Fuhrwerk, Tiere, Auf- und Abladen. Maschinen und Zusammenbruch treten an Bedeutung sehr zurück. Die wichtigeren Betriebsvorgänge bei der gewerblichen Unfallversicherung wollen wir hinsichtlich ihrer Verteilung auf die verschiedenen Industriezweige nun kurz behandeln.

Maschinenunfälle sind am häufigsten bei der Schwerindustrie, dann folgen Holzindustrie, Textilindustrie, Hochbau. Dieser und die Eisen- und

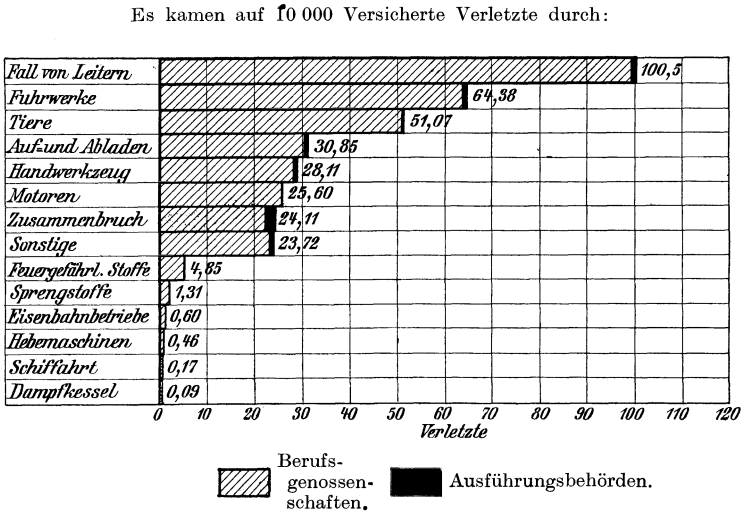


Fig. 33. Unfallhäufigkeit nach Betriebseinrichtungen und Vorgängen in der landwirtschaftlichen Unfallversicherung 1909.

Stahlberufsgenossenschaften stehen ferner noch an erster Stelle bei den Verletzungen durch Handwerkszeug, durch Hebemaschinen, durch feuergefährliche Stoffe (glühendes Eisen usw.) und durch Dampfkessel. Die Ursache Fuhrwerk dominiert naturgemäß bei der Fuhrwerks-Bg., ebenso die Ursache Tiere. Bei Fuhrwerk ist ferner der Bergbau stark beteiligt, der außerdem durch Verletzungen bei Zusammenbruch, Auf- und Abladen und durch Sprengstoffe besonders betroffen wird. Daß Fall von Leitern beim Hochbau, die Ursache Schiffahrt bei der Binnenschiffahrt, die Ursache Eisenbahnbetrieb bei den Staatsbahnen am häufigsten vorkommt, ist von vornherein zu erwarten.

In den verschiedenen Zweigen der Industrie und der Landwirtschaft kommen ganz verschiedenartige Ursachen für das Entstehen der Unfälle in Betracht, so daß der gesamte Ursachenkomplex recht heterogen zusammengesetzt ist.

Auf die verschiedene Gefährlichkeit von Unfällen und auf die Erscheinung von Massenunfällen bin ich näher bei der sozialen Versicherung im Bergbau und in der Seeschiffahrt (25. und 26. Kapitel) eingegangen. Es gibt nun noch einige Faktoren, die auf die Unfallhäufigkeit einen äußerlichen Einfluß haben, wie die Rechtsprechung, das Bekanntwerden der Unfallversicherung, die

Ausdehnung der Versicherung auf andere Personenkategorien usw. Diese mitwirkenden Faktoren beeinflussen aber nicht so sehr die Unfallhäufigkeit an sich als vielmehr die Entwicklung der Unfallhäufigkeit im Laufe der Jahre und werden daher zweckmäßiger dort behandelt.

Entwicklung der Unfallhäufigkeit.

Im Jahre 1890 wurden rund 200 000 Unfälle im Gebiete der ganzen Unfallversicherung angemeldet, im Jahre 1910 dagegen 670 000; ebenso stieg die Zahl der erstmalig entschädigten Unfälle von 40 000 auf 130 000, oder, um Verhältniszahlen zu gebrauchen, die Ziffer der angemeldeten Unfälle stieg von 13 oder 14 auf 24—30, die Ziffer der erstmalig entschädigten Unfälle von 3,03 auf 5—6, berechnet auf 1000 Versicherte. Die Steigerung der Unfallhäufigkeit machte sich im Gebiete der ganzen Unfallversicherung bemerkbar, bei den gewerblichen Berufsgenossenschaften wie bei den landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften wie bei den Ausführungsbehörden. Die Steigerung war aber nicht bei allen identisch. In einer Kurve (Fig. 34) ist die Entwicklung der Unfallhäufigkeit im Laufe der Jahre dargestellt, wie sie sich bei der ganzen Unfallversicherung, bei den gewerblichen und den landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften verhält. Es sind die angemeldeten Unfälle und die erstmalig entschädigten Unfälle zur Darstellung gebracht. Die angemeldeten Unfälle sind diejenigen, die eine Erwerbsunfähigkeit von mehr als drei Tagen erwarten lassen, sie sind es, die hauptsächlich die Krankenkassen belasten. Von diesen Unfällen sind eine ganze Anzahl so schwerer Art, daß sie länger als ein Vierteljahr (13 Wochen) die Erwerbsfähigkeit ganz oder teilweise schmälern oder gar noch der Behandlung bedürfen. Diese Unfälle sind also schwerere Unfälle als die nur zur Meldung gekommenen, ohne daß ihnen weiteres über die Art, wie sie die Versicherungsträger belasten werden, anzusehen wäre. Die Zahl der angemeldeten Unfälle steigt nun bei der gesamten Unfallversicherung mit kurzen Unterbrechungen dauernd bis zum Jahre 1908, um dann jäh abzufallen und sich weiter auf derselben Höhe zu erhalten. Die Ursache dieses Abfalls lernen wir kennen, wenn wir die Kurve der angemeldeten Unfälle bei den landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften prüfen. Die Kurve verläuft im ganzen viel niedriger als die vorige Kurve. Sie zeigt vom Jahre 1904 ein Plateau und denselben charakteristischen Absturz im Jahre 1908. Seit diesem Jahre werden nämlich die Zahlen der in der Landwirtschaft beschäftigten Personen, die nur schätzungsweise ermittelt werden können, auf Grund der Gewerbezählung taxiert. Dadurch erhöhte sich plötzlich die Zahl der Versicherten von 11 Millionen auf 17 Millionen. Da diese neue Ziffer der Versicherten zugrunde gelegt wurde, mußte die Verhältniszahl der Unfälle, sowohl der angemeldeten wie der entschädigten Unfälle, plötzlich absinken, ohne daß in Wirklichkeit eine Abnahme der Unfallhäufigkeit sich gezeigt hätte. Man kann annehmen, daß in der landwirtschaftlichen Unfallversicherung seit 1904 und in der gewerblichen seit 1907 eine gewisse Stabilität in der Anmeldung der Unfälle erreicht ist. Bis dahin wuchs die Zahl der Unfallmeldungen von Jahr zu Jahr beträchtlich. Trotzdem ist aus dieser Steigerung noch nicht zuviel zu entnehmen; denn die Versicherung war früher noch nicht genügend bekannt, die Verletzten wußten nicht, welche Rechte sie geltend machen konnten, und so unterblieb die Anzeige. Im Laufe der Jahre hat sich das vollständig geändert. Heute wird jeder Unfall von einiger Bedeutung an-

gemeldet, da sich die Verletzten sagen, daß sonst die Geltendmachung ihrer Ansprüche vielleicht auf Schwierigkeiten stößt. Man kann ihnen das kaum verdenken, da bei einem Krebsleiden z. B., das nach Jahresfrist zum Aus-

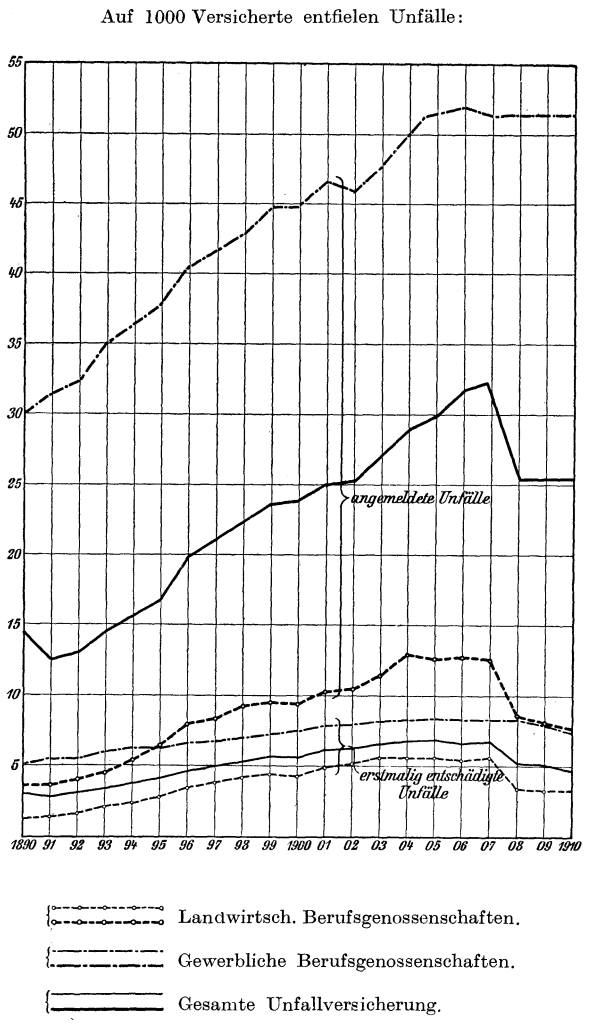


Fig. 34. Entwicklung der Unfallhäufigkeit.

Vom Jahre 1908 an ist die Zahl der Versicherten in der Landwirtschaft nicht mehr auf 11, sondern 17 Millionen Versicherte geschätzt, daher erniedrigen sich die Verhältniszahlen seitdem erheblich.

bruch kommt, die nachträgliche Feststellung auf unüberwindliche Schwierigkeiten stößt. Allerdings wird heutzutage der Einfluß des Unfalls auch überschätzt. Jeder, der ein Leiden hat, führt das auf einen früheren Unfall zurück, umgekehrt sucht jeder, der einen Unfall erlitten hat, diesen auszuschlachten, indem er von nun an jede Beschwerde mit dem Unfall in Zusammenhang bringt. Diese Überschätzung der Unfallfolgen ist weniger auf Neigung zu

Übertreibung als auf die allgemeine, auch in den gebildeten Kreisen verbreitete Meinung zurückzuführen, daß die größte Zahl der Leiden auf Unfälle zurückzuführen seien. Auch durch die Wissenschaft wird dieses Bestreben bestärkt, da dauernd Untersuchungen über den Unfall in der Ätiologie der

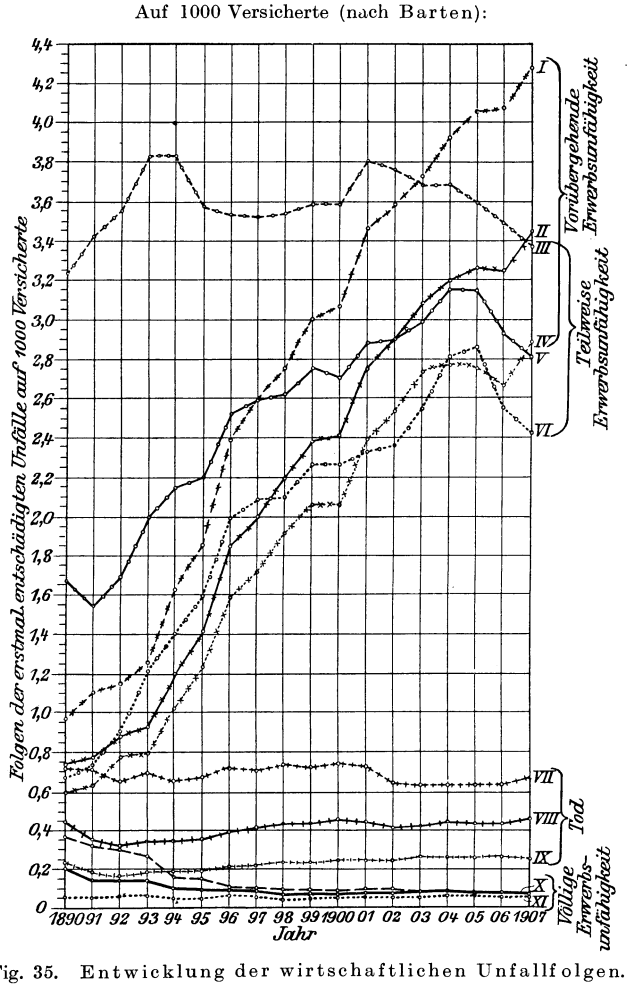


Fig. 35. Entwicklung der wirtschaftlichen Unfallfolgen.

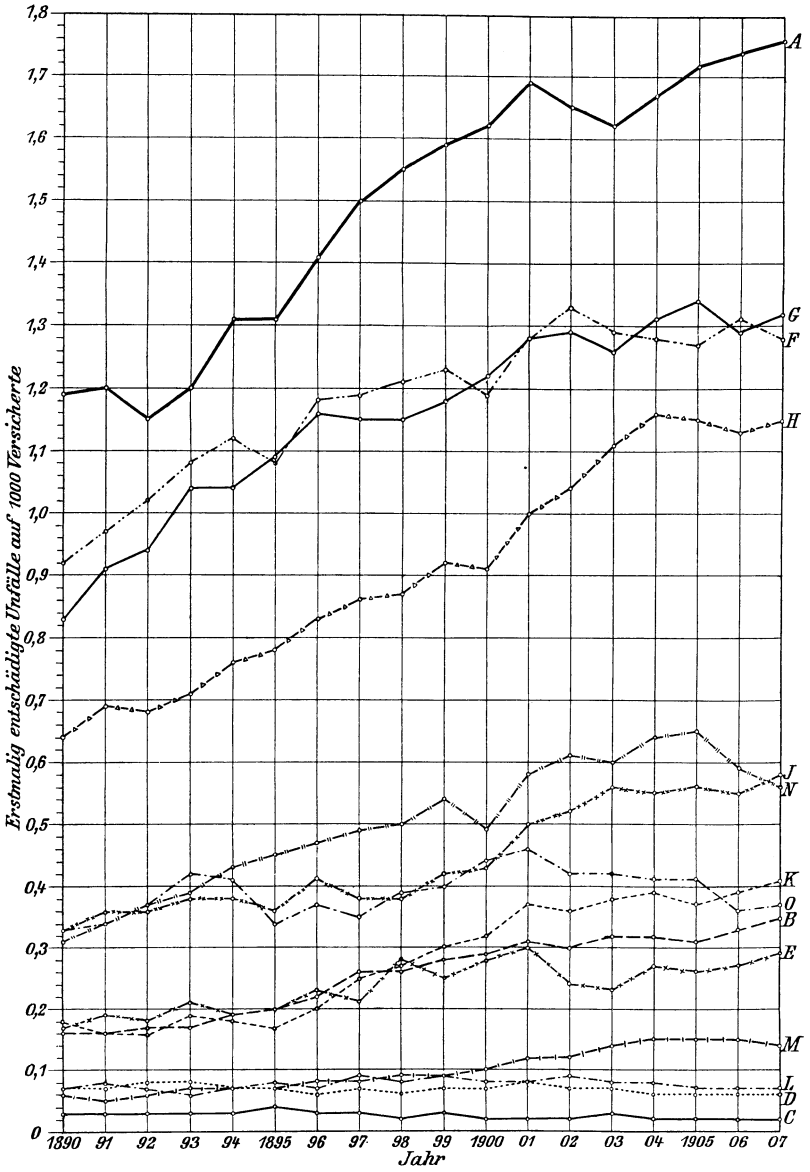
Es bezeichnen die Kurven	gesamte Unfallv.	Gewerbl. Berufsgen.	Landw. Berufsgen.
Vorübergehende Erwerbsunfähigkeit	II	I	IV
Teilweise Erwerbsunfähigkeit	V	III	VI
Tod	VIII	VII	IX
Völlige Erwerbsunfähigkeit	X	X	XI

und jener Krankheiten erscheinen, in denen jedes Leiden daraufhin geprüft wird, ob es nicht auch einmal als Unfallfolge auftreten könne, oder ob nicht gar das Reichsversicherungsamt das Leiden einmal als Unfallfolge anerkannt habe. Da eine Reihe von Gutachtern von dem in der Unfallversicherung nicht berechtigten Grundsatz in dubio pro reo ausgehen, werden tatsächlich viele Krankheiten als Unfallfolgen anerkannt, bei denen der Zusammenhang durchaus nicht wahrscheinlich ist. Man kann sich nicht wundern, wenn die

Versicherten bei dieser Sachlage auch in ziemlich unwahrscheinlichen Fällen sich selber einen Zusammenhang zwischen Unfall und Krankheit konstruieren. Es ist anzunehmen, daß wir es hier mit einer vorübergehenden Erscheinung zu tun haben. In absehbarer Zeit wird die Unfallmedizin so weit vorgeschritten sein, daß für ein jedes Leiden bestimmte Indikationen bestehen, um es als Unfallfolge anzuerkennen, wie es heute schon bei den Bruchleiden Tatsache ist. Dann wird auch diese Modeerscheinung, jedes Leiden einem Unfall in die Schuhe zu schieben, verschwinden.

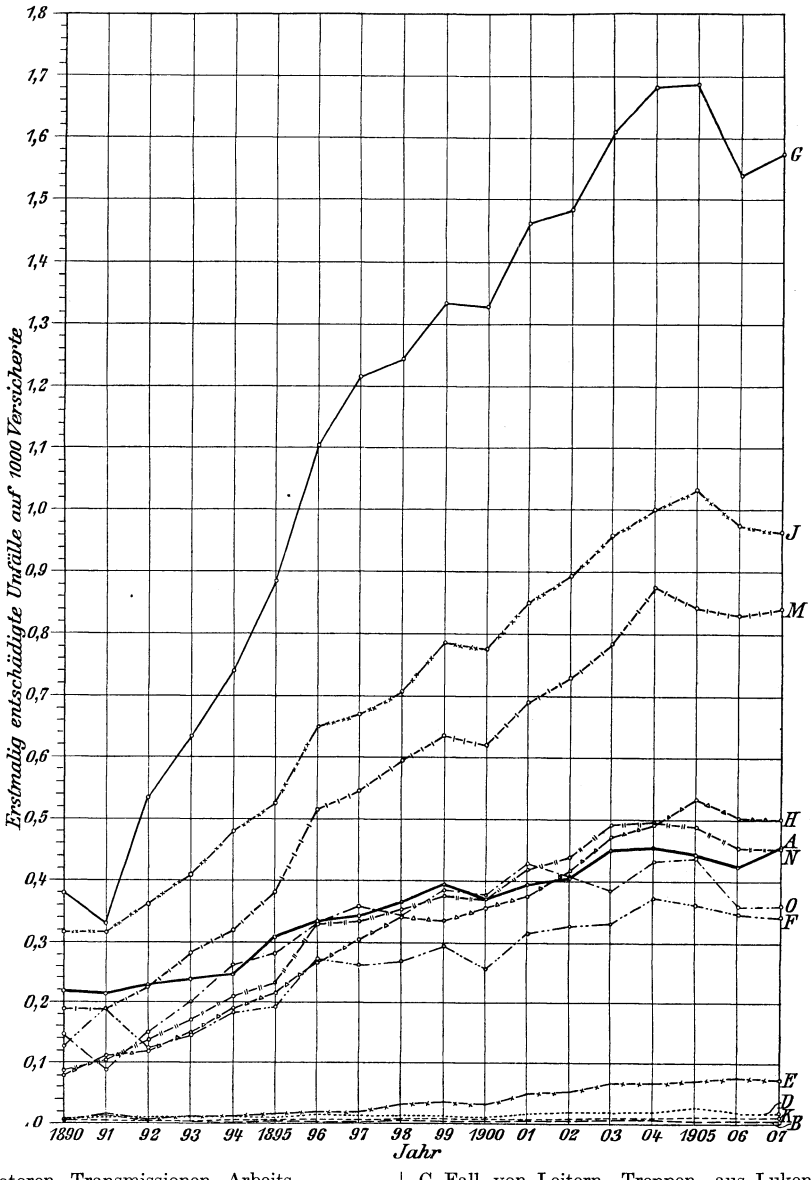
Die angemeldeten Unfälle geben nun kein richtiges Bild der Unfallhäufigkeit, da ihre Kenntnis durchaus von der Handhabung der Unfallmeldung abhängt. Mit der Meldung ist es aber z. B. heute auch noch auf dem Lande schlecht bestellt, denn der Abstand zwischen den Kurven der angemeldeten und der entschädigten Unfälle ist bei den landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften sehr klein, während er bei den gewerblichen Berufsgenossenschaften sehr groß ist. Von den Unfällen, die zu wirtschaftlichen Nachteilen führen, ist dagegen zu erwarten, daß sie auch ziemlich alle zur Entschädigung angemeldet werden. Auch hier ist in den Kurven ein Anstieg zu bemerken, jedoch ist dieser nur allmählich und im Vergleich zu dem der angemeldeten Unfälle auch sehr gering. Trotzdem ist nicht zu bestreiten, daß die Häufigkeit der zur Entschädigung gelangenden Unfälle gestiegen ist. Besonders auffallend ist diese Steigerung in der Landwirtschaft. Erst in den letzten Jahren scheint ein gewisser Beharrungszustand eingetreten zu sein. Ehe ich die Frage beantworte, woher diese Steigerung der Unfallhäufigkeit zu erklären ist, möchte ich noch darauf hinweisen, daß die Steigerung der Unfallhäufigkeit die leichteren und die schwereren Unfälle in verschiedener Weise betroffen hat. Man kann natürlich eine derartige Unterscheidung nur bei den wirtschaftlichen Unfallfolgen vornehmen, im allgemeinen ist aber anzunehmen, daß die wirtschaftlichen Unfallfolgen im richtigen Verhältnis zur Schwere der Unfälle stehen werden. Denn eine leichte Fingerverletzung wird auch nur vorübergehend die Erwerbsfähigkeit schädigen, eine schwere Quetschung des Rumpfes mit Verletzung innerer Organe wird den Tod oder doch schwere und vielleicht dauernde Unfallfolgen mit sich bringen. In einem Schaubild, das von Barten herrührt, sind nun die Folgen der erstmalig entschädigten Unfälle zur Darstellung gebracht (Fig. 35). „Das starke Anwachsen der Unfallziffern in der gesamten Unfallversicherung ist, wie hier ersichtlich, lediglich einer Zunahme der leichteren Unfälle zuzuschreiben, während die schwereren Unfälle in der Abnahme begriffen sind. Die gewerblichen Berufsgenossenschaften im besonderen zeigen auf der einen Seite die wichtige Erscheinung der Abnahme der Todesfälle und der Unfälle mit völliger und teilweiser Erwerbsunfähigkeit, während auf der anderen Seite ein starkes Emporschnellen lediglich der leichten Verletzungen, die nur eine vorübergehende Erwerbsunfähigkeit zur Folge haben, zu konstatieren ist. Die landwirtschaftlichen Versicherungsträger weisen dagegen ein Ansteigen der Todesfälle und ein rascheres Anschwellen sowohl der Beschädigungen mit teilweiser als auch mit völliger Erwerbsunfähigkeit nach."

Dieser Unterschied ist sehr bemerkenswert und auf eine verschiedene Zunahme der Unfallursachen in der gewerblichen und in der landwirtschaftlichen Unfallversicherung zurückzuführen. In zwei Schaubildern (Fig. 36 und 37), die ebenfalls von Barten stammen, sind die Ursachen der Unfälle, entsprechend den Betriebsvorgängen, für die einzelnen Jahre getrennt für die gewerblichen und die landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften ein-



A Motoren, Transmissionen, Arbeitsmaschinen.
B Fahrstühle, Aufzüge, Hebezeuge.
C Dampfkessel, Dampfleitungen, Kochapparate.
D Sprengstoffe.
E Feuergefährliche Stoffe, Gase, Dämpfe.
F Zusammenbruch, Herab- und Umfallen von Gegenständen.
G Fall von Leitern, Treppen, aus Luken, in Vertiefungen.
H Auf- und Abladen von Hand, Heben, Tragen.
J Fuhrwerk.
K Eisenbahnbetrieb.
L Schiffahrt.
M Tiere.
N Handwerkszeug, Geräte.
O Sonstige.

Fig. 36. Entwicklung der Unfallursachen bei den gewerblichen Berufsgenossenschaften (nach Barten).



A Motoren, Transmissionen, Arbeitsmaschinen.
B Fahrstühle, Aufzüge, Hebezeuge.
D Sprengstoffe.
E Feuergefährliche Stoffe, Gase, Dämpfe.
F Zusammenbruch, Herab- und Umfallen von Gegenständen.
G Fall von Leitern, Treppen, aus Luken, in Vertiefungen.
H Auf- und Abladen von Hand, Heben, Tragen.
J Fuhrwerk.
K Eisenbahnbetrieb.
M Tiere
N Handwerkszeug und einfache Geräte.
O Sonstige.

Fig. 37. Entwicklung der Unfallursachen bei den landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften (nach Barten).

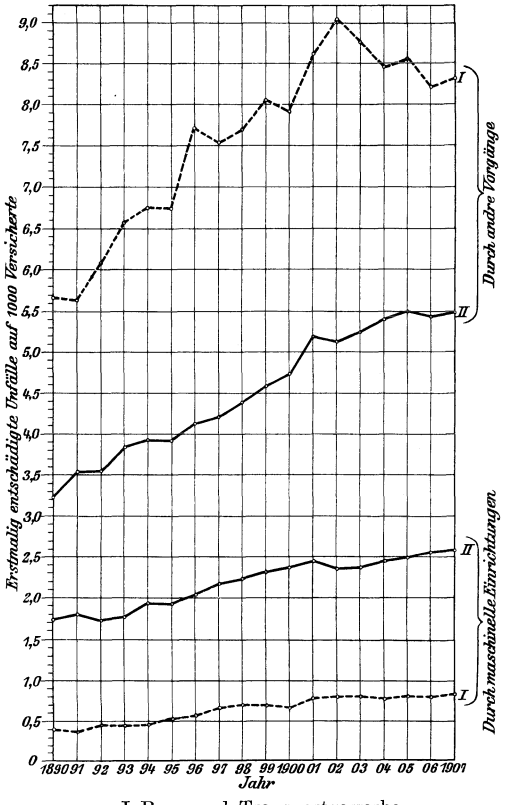
getragen. Eine Reihe von Unfallursachen hat sich in der Häufigkeit gegen früher nicht geändert, andere haben mäßig, andere wieder erheblich zuge-

nommen. Ich wende mich nur dieser letzten Gruppe zu. Bei den gewerblichen Berufsgenossenschaften sind die erheblichsten Unfallursachen auch diejenigen, die die größte Steigerung erfahren haben. An erster Stelle stehen die Maschinen, an zweiter Stelle die große Gruppe, die den Fall aus Luken, von Leitern usw., Zusammenbruch und Auf- und Abladen zusammenfaßt. Bei der ersten Gruppe sind insbesondere die Betriebe beteiligt, die mit Maschinen arbeiten, bei der zweiten Gruppe die Bau- und Transportbetriebe. Bei den landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften steht an erster Stelle die Ursache: Fall von Leitern, Treppen, aus Luken usw. Diese Unfallursache zeigt eine Steigerung, die geradezu erstaunlich ist, die Kurve steigt fast in ununterbrochener Folge steil an. In zweiter Linie folgen dann die Ursachen: Fuhrwerk und Tiere. Aber hier ist die Steigerung lange nicht so stark wie bei der ersten Unfallursache. In der landwirtschaftlichen und der gewerblichen Unfallversicherung sind also ganz andere Momente für die Steigerung der Unfallhäufigkeit heranzuziehen. Nun war in der Landwirtschaft bisher die Krankenversicherung nicht allgemein eingeführt und die Behandlung der Verletzungen oft primitiv. Dabei war die Kenntnis von dem Bestehen der Unfallversicherung nicht vorhanden und konnte durch Krankenkassen und Ärzte aus den genannten Gründen nicht verbreitet werden. Infolgedessen haben früher die Verletzten zu Unrecht ihre Ansprüche nicht geltend gemacht. Es handelt sich dader in der Landwirtschaft in der Hauptsache auch nur um eine scheinbare Zunahme der Unfallhäufigkeit und naturgemäß muß dann die bedeutendste Unfallursache auch im Verhältnis am stärksten zugenommen haben.

Man könnte annehmen, daß bei den gewerblichen Berufsgenossenschaften das Vordringen der Maschine die Zunahme der Unfälle bedingt habe. Nach der Betrachtung des Schaubilds ist das nicht gerade sehr wahrscheinlich, weil die Zunahme der Unfälle aus Zusammenbruch, Fall und Auf- und Abladen zusammen weit diejenige der Maschinenunfälle übertrifft. Noch eklatanter zeigt es sich, daß die Zunahme der Unfallhäufigkeit nicht von der Zunahme der Maschinen abhängt, wenn man die gewerblichen Berufsgenossenschaften in zwei Gruppen teilt, in fabrikmäßige Betriebe und in Bau- und Transportgewerbe, und dann die maschinellen Einrichtungen und die andern Vorgänge auf das Zustandekommen von Unfällen untersucht. Das ist in einigen Kurven verdeutlicht, die von Barten stammen (Fig. 38). Es ergibt sich die bemerkenswerte Tatsache, daß durch maschinelle Einrichtungen eine unbedeutende Steigerung der Unfälle im Bau- und Transportgewerbe, eine mäßige in den fabrikmäßigen Betrieben bedingt wird, daß bei beiden Betriebsarten andere Vorgänge eine weit wichtigere Ursache abgeben, und daß die Steigerung dieser Ursachen im Verhältnis zu ihrer Wichtigkeit steht. Besonders macht sich das natürlich im Bau- und Transportgewerbe bemerkbar. Man kann also hieraus schon entnehmen, daß die technische Unfallverhütung nicht ohne Erfolg gearbeitet hat.

Die Ursachen, die zu einer Steigerung der Unfallhäufigkeit geführt haben, sind mannigfacher Art. Die Unfallgefahr an sich ist nicht erheblich gestiegen, sondern sie erscheint nur durch besondere Umstände vergrößert. Wir können ja nicht die Steigerung der Unfallgefahr direkt feststellen, sondern müssen uns begnügen, sie an den wirtschaftlichen Unfallfolgen abzumessen. Ich habe nun schon gezeigt, wie trügerisch die Zahlen der angemeldeten Unfälle sind, und daß sie völlig unbrauchbar sind, um die Frage nach der Steigerung der Unfälle zu entscheiden, da die Unfall-

meldung von ganz bestimmten Voraussetzungen abhängt. Andererseits ist auch das Verhalten der wirtschaftlichen Unfallfolgen nicht ohne weiteres auf die Unfallhäufigkeit anzuwenden. Denn wir sahen, daß die Zahl der Unfälle mit dauernder Erwerbsunfähigkeit zurückgegangen ist. Zum Teil ist diese Tatsache auf Fortschritte der Unfallverhütung und der ersten Hilfe, zum Teil auf die moderne Heilbehandlung zurückzuführen, die den wirtschaftlichen Enderfolg im Auge hat. In der Hauptsache ist diese Erscheinung auf die veränderte Rechtsprechung zu beziehen. Früher bedingten alle Fingerverletzungen mit Verlust eines Gliedes oder Fingerteils dauernde teilweise Erwerbsunfähigkeit, nach der neueren Rechtsprechung bedingen sie nur vorübergehende Erwerbsunfähigkeit und machen im Endeffekt überhaupt keine Einbuße der wirtschaftlichen Verhältnisse. Diese Beurteilung erstreckt sich nun noch auf andere Verletzungen, und so kommt es, daß eine Abwanderung aus der Rubrik: dauernde Erwerbsunfähigkeit in die Rubrik: vorübergehende Erwerbsunfähigkeit stattgefunden hat, ohne daß in den Tatsachen sich etwas geändert hätte. Auch bei der Zahl der entschädigten Unfälle machen sich derartige Umstände geltend, die den reinen Sachverhalt trüben. Hier ist ebenfalls ein Einfluß der veränderten Rechtsprechung zu bemerken. Ich habe schon früher gezeigt, wie der Anteil der Leistenbrüche an den Unfallfolgen sich geändert hat. Früher sind viele Leistenbrüche als Unfallfolgen anerkannt worden, während jetzt die Rechtsprechung in der Anerkennung recht vorsichtig geworden ist. Daß es sich dabei um bemerkenswerte Zahlen gehandelt hat, habe ich an jener Stelle dargetan. Andererseits ist die Zahl der inneren Leiden, die nach Unfällen auftreten, gestiegen. Früher hätte der Arbeiter nicht daran gedacht, eine Lungenentzündung, einen Schlaganfall, eine Lungentuberkulose usw. auf einen Betriebsunfall zurückzuführen. Erst allmählich hat sich die Erkenntnis verbreitet, daß auch innere Krankheiten als Folge eines Unfalls auftreten können. Diese Tatsache hat naturgemäß bewirkt, daß die Zahl der Ansprüche, damit aber auch die Zahl der berechtigten Ansprüche und die Zahl der entschädigten Unfälle steigt. Im



I Bau- und Transportgewerbe.
II Fabrikmäßige Betriebe.

Fig. 38. Entwicklung der Maschinenunfälle in der gewerblichen Unfallversicherung (nach Barten).

Laufe der Jahre hat ferner die Zahl der versicherten Personen teils aus gesetzlichen Gründen, teils infolge der besseren wirtschaftlichen Konjunktur sich erweitert. Bei den neu versicherten Personen lag die Sache ähnlich wie zur Zeit des Inkrafttretens der Unfallversicherung überhaupt. Sie wußten noch nicht, daß ihnen neue Rechte zuteil geworden waren, sie machten sie daher anfangs nicht geltend. Später änderte sich das, und diese Änderung des Verhaltens mußte den Eindruck erwecken, als ob die Unfallhäufigkeit sich gesteigert hätte.

Es ist also unmöglich, die Steigerung der Unfallgefahr selber in einwandfreier Weise festzustellen und die etwaigen Ursachen der Steigerung im einzelnen nachzuweisen. Man kann wohl als feststehend annehmen, daß die Steigerung der Ziffern, die wir nachweisen können, größtenteils aus der veränderten Sachlage herrührt, wie ich es vorher geschildert habe. Andererseits läßt es sich nicht von der Hand weisen, daß die Unfallgefahr selber zugenommen haben kann. Die Gründe sind im allgemeinen wohl darin zu suchen, daß Arbeitermaterial und Arbeitsprozeß nicht im richtigen Verhältnis zueinander stehen. Wenn z. B. ein handwerksmäßiger Betrieb mehr und mehr zur Maschinenarbeit übergeht, so werden die Einrichtungen nicht von vornherein in der zweckmäßigen Weise getroffen, die auf die Vermeidung der Unfälle hinarbeitet. Der Arbeitgeber sowohl als die Arbeiter sind an die veränderte Arbeitsweise nicht gewöhnt und werden auch aus diesem Grunde leichter Unfälle erleiden. Bei der Großindustrie und bei der Landwirtschaft liegen die Verhältnisse ähnlich, insofern als der Arbeitermangel hier zur Einstellung von Ausländern, von jugendlichen Arbeitern, von Frauen, kurz von ungeeigneten Arbeitern zwingt. Da solche Personen leichter Unfällen erliegen, so muß auch aus dieser Tatsache eine Vermehrung der Unfälle begründet werden. Wir haben es mit Erscheinungen zu tun, die der wirtschaftlichen Entwicklung entsprechen. Die wirtschaftliche Entwicklung bringt anfänglich eine Vermehrung der Unfallgefahr mit sich, für die erst allmählich ein Ausgleich gefunden wird.

Man sucht dieser Erscheinung durch Vermehrung des Unfallschutzes zu begegnen. Der automatische Unfallschutz hat aber auch seine Grenzen. Durch den automatischen Unfallschutz wird dem Arbeiter die eigene Verantwortlichkeit mehr und mehr abgenommen. Infolgedessen wird er weniger aufmerksam auf die Unfallgefahren, er wird nachlässiger und leichtsinniger. Ich billige die Schutzlosigkeit, die Amerika seinen Arbeitern angedeihen läßt, nicht, aber wenn man liest, unter welchen Schwierigkeiten die Arbeiten am Panamakanal vorgenommen werden, wie die gefährlichsten Maschinen ohne die Spur einer Schutzvorrichtung arbeiten, wie das Leben der Arbeiter durch die gewaltigen Erdmassen, die zu bewältigen sind, durch die Minierarbeiten mit ihren Explosionen, durch das Nebeneinanderarbeiten von Erdarbeitern, Mineuren, Transportarbeitern und andern in einer bei uns in keinem gewerblichen Betriebe nur annähernd so furchtbaren Weise bedroht ist, und wenn man dann hört, wie wenig Unglücksfälle dabei sich ereignen, dann muß man diese Tatsache bewundern. Welche Unfallhäufigkeit würden wir in Deutschland trotz alles Arbeiterschutzes bei einer ähnlichen Arbeit haben! Die Unfallversicherung läßt die Arbeiter bei Unfällen den dritten Teil des Schadens selber tragen (§ 559), aber dieser Anteil ist nicht imstande, das auszugleichen, was durch Nachlässigkeit, Gleichgültigkeit, Spielerei, Trunkenheit und Leichtsinn gesündigt wird. In der Landwirtschaft entspricht das Verhältnis, in dem der Arbeiter zu dem Schadenersatz

herangezogen wird, ungefähr dem Verhältnis, in dem auf sein Verschulden Unfälle zurückzuführen sind. Bei der gewerblichen Unfallversicherung haben aber der Unternehmer, die unvermeidliche Betriebsgefahr und höhere Gewalt zusammen nur etwa 52—55 % der Unfälle verschuldet, der Rest entfällt auf den Arbeiter.

Die Rentenbelastung, die aus den entschädigungspflichtigen Unfällen entsteht, ist sehr verschieden zusammengesetzt, da sie die Entschädigungen an die Verletzten (Unfallrenten), an die Hinterbliebenen (Hinterbliebenenrenten, Aszendentenrenten, Deszendentenrenten), die Kosten für notwendige Heilbehandlung und die Angehörigenunterstützung während der Heilbehandlung enthält. Ich werde auf die Verteilung dieser Leistungen später bei der Besprechung der Leistungen der Unfallversicherung noch etwas näher eingehen. Die Summe der genannten Entschädigungen einschließlich der aus früheren Jahren herrührenden bildet die Rentenlast, die sämtliche laufende Renten mit Nebenkosten (Heilverfahren, Heilmittel, Hilfsmittel usw.) enthält.

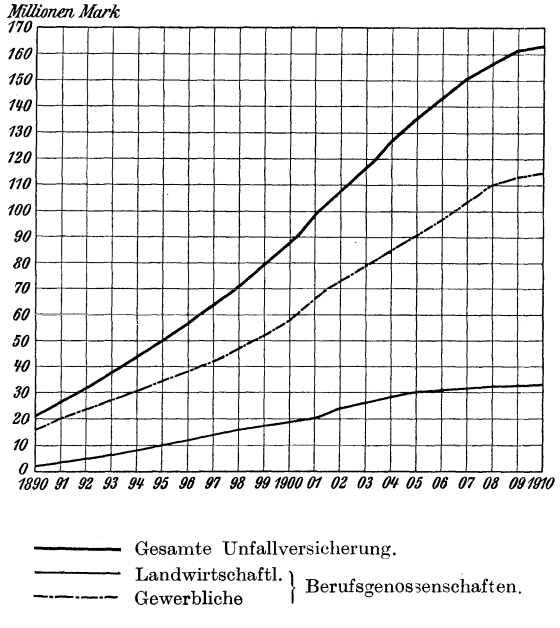


Fig. 39. Steigerung der Rentenlast in der Unfallversicherung.

Die Entwicklung der Rentenlast ist für die gesamte deutsche Unfallversicherung und getrennt für die gewerblichen und die landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften in der folgenden Abbildung dargestellt (Fig. 39). Man erkennt, daß hier eine außerordentlich schnelle Entwicklung vorliegt, daß die Rentenlast von Anfang an in ziemlich steiler Kurve ansteigt, um erst vom Jahre 1909 an etwas flacher zu werden. Die Steigerung der Rentenlast ist bei den gewerblichen Berufsgenossenschaften erheblicher als bei den landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften, bei denen die Kurve schon seit der Mitte dieses Jahrzehntes flacher zu werden beginnt. Man darf sich nun aber nicht etwa der Hoffnung hingeben, daß hier der Beharrungszustand erreicht oder bald zu erwarten ist, diese Erscheinung erklärt sich vielmehr in ganz anderer Weise. Im Beginn der sozialen Versicherung war man nämlich sehr liberal in der Anerkennung und Belassung von Renten. Als sich dann aber die Rentenlast in bedrückender Weise steigerte, fing man an, sich eher an die durch das Gesetz bedingten Verpflichtungen zu halten. Man erkannte auch, daß viele Renten zu Unrecht bewilligt waren. Infolgedessen wurden Kontrollkommissionen eingesetzt, die eine Nachprüfung der Rentner aus früheren Jahrgängen vornahmen. Dieses Vorgehen führte dazu, daß zahlreiche Renten entzogen wurden. Der Abgang an Renten konnte also so stark werden, daß

er dem Zugang die Wage hielt. Allmählich wird aber der verstärkte Abgang aufhören, da dann alle Renten nach den neuen Grundsätzen schon von vornherein beurteilt werden. Man wird also in einiger Zeit mit einem rapiden Wachsen der Rentenlast zu rechnen haben. Die Gründe für den vermehrten Abgang liegen einmal in der erwähnten Revision der Rentenempfänger, sodann aber in der veränderten Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts. Besonders die Ausdehnung des Begriffs der Gewöhnung hat in vielen Fällen zur Rentenkürzung und Rentenaufhebung geführt. Infolgedessen wurden längst zurückgelegte Akten seitens der Berufsgenossenschaften wieder hervorgeholt und darauf geprüft, ob der Rentenempfänger sich an seinen Zustand gewöhnt haben könne. Das hatte natürlich in vielen Fällen Erfolg. Einige landwirtschaftliche Berufsgenossenschaften hatten früher den Sektionen alle Rentenfestsetzungen überlassen; als sich zeigte, daß die Sektionsvorstände dieser Aufgabe nicht in vollem Umfange gewachsen waren, behielten sich die Genossenschaftsvorstände die Entschädigungsfeststellung in den wichtigsten Fällen vor. Dieses neue Verfahren hatte zur Folge, daß z. B. die landwirtschaftliche BG. der Provinz Posen im Jahre der Einführung (1899) durch Versagung von Renten eine Ersparnis von mehr als 15 000 M. erzielte. Im allgemeinen wird bei den Rentnern eine regelmäßige Kontrolle vorgenommen. Es läßt sich annehmen, daß nach bestimmter Zeit die Unfallfolgen verschwunden sein werden. So hat die Hannoversche Baugewerks-BG. z. B. im Jahre 1910 1538 Fälle einer Kontrolle unterzogen. Auf Grund der ärztlichen Untersuchung ergab sich, daß in 616 Fällen keine Veränderung in den für die Rentenfestsetzung maßgebend gewesenen Verhältnissen eingetreten war, bei 371 Rentenempfängern konnte eine völlige Wiederherstellung und in 551 Fällen eine wesentliche Besserung angenommen werden. Durch diese Überwachung der Rentenempfänger waren für 83 343 M. jährliche Renten in Wegfall gekommen. Für die Ersparnis und Herabsetzung der Rentenlast, die aus der neueren Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts herrührt, möchte ich auch ein Beispiel bringen. Die Norddeutsche Textil-BG. nahm eine umfangreiche Nachprüfung ihrer gesamten Rentenfälle vor. Bis zum Jahre 1910 war diese Prüfung ziemlich abgeschlossen. Der Erfolg war, daß bei 846 Fällen die Rentenlast um fast 40 000 M. jährlich herabgesetzt wurde. Aus diesen Ziffern ergibt sich, von welchen Umständen die Höhe der Rentenlast abhängig ist. Der normale Abgang der Rentenempfänger wird in den einzelnen Berufsgenossenschaften sehr verschieden sein. Immerhin ist es vielleicht erwünscht, ein Beispiel dafür zu bringen. Bei der Maschinenbau- und Kleineisenindustrie-BG. bestanden laufende Renten im Anfang des Jahres 1909 für 13 086 Personen mit 2 580 400 M. An älteren Renten kamen 1909 in Fortfall:

	Personen	Rente in M.
durch Tod	171	35 935,80
„ Wiederverheiratung	15	3 593,70
„ Erreichung des 15. Lebensjahrs	92	12 093,90
„ Kapitalabfindung an Invaliden	158	17 546,20
„ Überweisung an andere Bg.	19	2 579,00
„ Entziehung der Rente	1 097	123 749,20
„ Ermäßigung der Rente (997 Pers.) . . .	—	111 225,60
zusammen	1 552	306 723,40

Literatur.

Handbuch der Unfallversicherung. Leipzig 1909—1910.
Thiem, Handbuch der Unfallerkrankungen. Stuttgart 1909.
Die Landwirtschaftliche Unfallversicherung im Deutschen Reiche 1888—1908. Festschrift. Berlin 1910.
Unfallstatistik für das Jahr 1897 (1899 und 1900). Gewerbeunfallstatistik für 1907 nebst Atlas der Unfallhäufigkeit (1910). Statistik der Unfallversicherung 1885 bis 1898 (1900). Berlin.
Klein, Statistik der Arbeiterversicherung des Deutschen Reichs für die Jahre 1885 bis 1906. Berlin 1908.
Barten, Notwendigkeit, Erfolge und Ziele der technischen Unfallverhütung. Groß-Lichterfelde 1909.
Nabholz, Das Unfallrisiko und seine Schwankungen. Bulletin des assurances sociales 1912, S. 945.
Geschäftsberichte verschiedener Berufsgenossenschaften.
Schulz, Die Unfallversicherung. Handausgabe. Leipzig 1912.
Franck, Erwin, Die wichtigeren Entscheidungen des Reichsversicherungsamts aus den Jahren 1905—1909. Beiheft 10 zur Med. Klinik 1910.
Stern, Über traumatische Entstehung innerer Krankheiten. 1907.
Engel, Herm., Grundzüge ärztlichen Mitwirkens bei der Ausführung der staatlichen Unfall-Versicherungsgesetze. Klin. Jahrb. 1909.
Köhler, Die Stellung des Arztes zur staatlichen Unfallversicherung. Berlin 1906.
Feilchenfeld, Die Beeinflussung innerer Krankheiten durch Unfälle im allgemeinen. Ärztl. Sachverst.-Ztg. 1906, S. 381.
Moser, Über 300 landwirtschaftliche Unfälle, die innerhalb 5 Jahren rentenfrei geworden sind. Ärztl. Sachverst.-Ztg., 1902 S. 400.
Die Entscheidungen der Senate des Reichsversicherungsamts in Unfallversicherungsangelegenheiten. Jährlich erscheinende Anlage zum Kompaß (abgekürzt Komp. Samml.).
Breithaupt, Die Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts auf Grund der Unfallversicherungsgesetze. Berlin 1912[1]).
Becker, Lehrbuch der ärztlichen Sachverständigentätigkeit. Berlin 1909.
Sudeck, Der Arzt als Begutachter auf dem Gebiete der Unfall- und Invalidenversicherung. 2. Abt. Chirurgische Erkrankungen, besonders der Bewegungsorgane. Handbuch der Sozialen Medizin Bd. 8 Jena 1906.
Leppmann, Die Hilflosenrente. Ärztl. Sachverst.-Ztg. 1910, Nr. 19.
Überraschende Ergebnisse von Leichenöffnungen. Kompaß 1912, S. 241.
Liniger, Die Rechtsprechung des Reichsversicherungsamtes bei dauernden Unfallschäden, 3. Aufllage. Düsseldorf.

[1]) Die Rekursentscheidungen sind zum Teil wörtlich nach Breithaupt zitiert.

Elftes Kapitel.

Ursachen der Invalidität (Krankheit und andere Gebrechen)[1].

Alter, Krankheit und andere Gebrechen in begrifflicher Beziehung.

Die ordentlichen Leistungen der Invalidenversicherung setzen entweder eine bestimmte Altersgrenze oder einen krankhaften Zustand voraus, soweit wenigstens Altersrente, Invalidenrente und Witwenrente in Betracht kommen. Für den Bezug von Waisenrenten und Witwengeld sind besondere Voraussetzungen gegeben, auf die hier nicht näher eingegangen zu werden braucht, und die auch nur in einem außerordentlich losen Zusammenhang zu der Sozialen Medizin stehen. Für das Gros der Bezüge setzt aber die Rente ein, wenn der Betreffende ein bestimmtes Alter erreicht hat oder infolge gewisser körperlicher Zustände invalide ist. Der Gesetzgeber nahm — die Hinterbliebenenbezüge scheiden hierfür aus — an, daß gewisse Veränderungen des Körpers den Menschen invalide machen. Solche Veränderungen werden durch Alter, Krankheit und andere Gebrechen bedingt. Infolgedessen war bisher auch das Alter besonders unter den Invaliditätsursachen genannt.

Der Gesetzgeber nahm weiter an, daß auch der physiologische Altersprozeß die Arbeitsfähigkeit herabsetze, daß diese Herabsetzung allmählich erfolge, aber beständig fortschreite und schließlich mit einer Aufhebung der Arbeitsfähigkeit ende. Infolgedessen wurde ein bestimmter Zeitpunkt gewählt, der allgemein zum Bezug der Altersrente berechtigen sollte, ohne daß die Frage der Arbeitsfähigkeit weiter geprüft wurde. Als dieser Zeitpunkt wurde das vollendete 70. Lebensjahr angenommen. Da die Altersrente somit einen Zuschuß zu der verbliebenen Einnahme durch Arbeit darstellt, so ist die Altersrente auch geringer als die Invalidenrente. Stellt sich Invalidität ein, so kann eben die Altersrente in eine Invalidenrente umgewandelt werden.

Außerdem war unter den Invaliditätsursachen auch das Alter genannt. Daraus ergaben sich in der Praxis Ungereimtheiten, insofern als nun mancherorts auch die durch das höhere Alter bedingte Herabsetzung der Erwerbsfähigkeit bei der Bewilligung von Invalidenrenten in Anschlag gebracht wurde. Infolgedessen nennt die RVO. das Alter nicht mehr unter den Invaliditätsursachen. Der normale Involutionsprozeß, der durch das Alter bedingt wird und sich z. B. in dem Einsetzen und dann Fortschreiten der Weitsichtigkeit (Presbyopie), in einer gewissen Herabsetzung der Körperkräfte, einer Steifigkeit der Körpermuskulatur, der Schrumpfung der Ge-

[1] Im Text bedeutet R. E. die Abkürzung für Revisionsentscheidung.

schlechtsorgane, der Einengung des Vorstellungsinhalts und der mangelnden Apperzeption für neue Eindrücke äußert, hat nichts Krankhaftes an sich. Das Altern tritt bald früher, bald später, bald schneller, bald langsamer ein. Immer aber muß es als ein normaler Vorgang betrachtet werden. Für diesen normalen Vorgang und dessen Folgen im Erwerbsleben soll die Altersrente eintreten. Die Reichsversicherung hat deswegen das Alter als Invaliditätsursache fallen lassen. In der Begründung wurde dazu ausgeführt: „Von erheblicher Bedeutung ist, daß die Beeinträchtigung ausscheidet, die infolge von ‚Alter' eintritt. Die Erfahrungen, die Kommissare des Reichsamts des Innern, des Reichsversicherungsamts und der Landesregierungen bei der Bereisung der Bezirke einer Reihe von Versicherungsanstalten gemacht haben, zeigen, daß manche Feststellungsorgane geneigt waren, allein beim Vorliegen eines vorgerückten Alters die Voraussetzungen für die Invalidenrente als gegeben anzusehen, ohne zu bedenken, daß nicht das Alter schlechthin, sondern nur die dadurch herbeigeführte Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit zur Gewährung der Invalidenrente führen durfte. Das Alter kann aus der Begriffsbestimmung umso unbedenklicher ausscheiden, als auch reine Alterserscheinungen sich als Krankheit oder als andere Gebrechen darstellen werden." Eine der bisher wichtigsten Invaliditätsursachen, die Altersschwäche, wird damit erheblich eingeschränkt. Denn bisher wurden alle Invalidisierungen durch Alter unter Altersschwäche rubriziert. Soweit Altersschwäche sich als Gebrechen, d. h. als Folge von Krankheitserscheinungen dokumentiert, wird an dem früheren Zustande nichts gändert. Ich kann jedoch Hanow und Lehmann nicht beipflichten, wenn sie die durch das Alter bedingten physiologischen Veränderungen als Gebrechen ansehen (Kommentar S. 117). Auch Rosin erklärt in seinem Buche „Das Recht der Arbeiterversicherung": Altersschwäche ist keine Krankheit. — Natürlich können Alterserscheinungen auf krankhafter Basis entstehen, z. B. durch Arterienverkalkung, Nierenleiden usw. Insofern werden solche Veränderungen, die vulgär ja auch oft als Altersschwäche bezeichnet werden, als Invaliditätsursache zu gelten haben. Daneben existieren gewisse Alterserkrankungen, die zwar auch sonst vorkommen, meist aber erst in höherem Lebensalter aufzutreten pflegen. Hierzu gehört der Star der Augenlinse, die Lungenblähung, die deformierende Gelenkerkrankung (Arthritis deformans) u. a. Dagegen gibt es eine Krankheit „Altersschwäche" nicht.

Das Reichsversicherungsamt hat auch von jeher einen derartigen Standpunkt eingenommen. So heißt es in der folgenden Revisionsentscheidung (Nr. 245, A. N. d. RVA. 1893, A. u. I. V., S. 92): „Unter ‚Krankheit' im Sinne der Arbeiterversicherungsgesetze ist ein anomaler pathologischer Zustand, ein Zustand der Störung der normalen Körper- und Geistesbeschaffenheit zu verstehen. So wenig daher einerseits ein durch hohes Alter hervorgerufener allmählicher Verfall der Kräfte, selbst wenn er zeitweilige Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat, als Krankheit bezeichnet werden kann, so wird auf der andern Seite der Begriff der Krankheit dann nicht auszuschließen sein, wenn die Altersschwäche einen vorhandenen krankhaften Zustand verschlimmert oder gar unheilbar gemacht hat, da in diesem letzteren Falle die Altersschwäche nicht die alleinige Ursache der eintretenden Erwerbsunfähigkeit ist."

Die physiologischen Alterserscheinungen können ferner auch einen Krankheitsprozeß auslösen oder verschlimmern und so mittelbar Invalidität verursachen. So kann die Zahnlosigkeit des Greisenalters einen Magenkatarrh

auslösen oder verschlimmern, die Muskelsteifigkeit kann dahin führen, daß der Betreffende im Gehen behindert wird, häufig stolpert, sich dabei verletzt und womöglich schwere Knochenbrüche zuzieht.

Als Grundlage der Invalidität kommen somit in der RVO. nur Krankheit und Gebrechen in Betracht. Über den Begriff „Krankheit" habe ich schon ausführlich im 9. Kapitel gesprochen. Der Begriff ist auch im Gebiete der Invalidenversicherung im allgemeinen derselbe. Dagegen bedarf das Wort „Gebrechen" einer besonderen Erklärung. Krankheit und Gebrechen sind als Invaliditätsursachen nebeneinander genannt, jedoch ist das Wort „Gebrechen" der übergeordnete Begriff. Auch die Krankheit ist ein Gebrechen, es heißt ausdrücklich: Krankheit oder andere Gebrechen (§ 1255). Hier weicht die soziale Gesetzgebung von dem medizinischen Sprachgebrauch ab. Denn in der medizinischen Wissenschaft versteht man unter einem Gebrechen einen abgelaufenen Krankheitsprozeß, der unter Defekt geheilt ist. Für die häufigeren Gebrechen haben sich im Sprachgebrauch besondere Bezeichnungen herausgebildet. Personen, die mit solchen Gebrechen behaftet sind, werden als Lahme, Blinde, Taube, Stumme, Krüppel, Schwachsinnige bezeichnet. In allen diesen Fällen hat vor Jahren ein Krankheitsprozeß sich zugetragen, der selber abgeheilt ist, aber zu einer Verstümmelung des Körpers oder wichtiger Organe geführt hat. Immer ist auch hier ein pathologischer Prozeß vorhergegangen. Und bei den „angeborenen" Leiden besteht der einzige Unterschied gegenüber den erworbenen darin, daß hier die Krankheit sich vor der Geburt abgespielt hat. So rührt der angeborene Klumpfuß von einer fehlerhaften Haltung der Frucht im Mutterleibe her, die Hasenscharte und der Wolfsrachen sind die Reste einer pathologischen Entwicklung im Foetalleben, Taubheit und andere Gebrechen rühren sogar häufig aus den ersten Kinderjahren her, nur ist die Krankheit unbemerkt oder doch unbeachtet geblieben. Wenn die RVO. die Krankheit unter den Begriff „Gebrechen" subsummiert, so sorgt sie auch dafür, daß im Bereich der Invalidenversicherung solche Krankheiten den Versicherungsfall bedingen, die in gewisser Weise sich den Gebrechen nähern. Dies geschieht durch die verschiedenen Bedingungen, auf Grund deren erst eine Rente zuerkannt wird, und auf die ich später näher eingehe.

Auch im Bereich der Invalidenversicherung müssen Krankheit und Gebrechen gewisse Merkmale zeigen, um den Anforderungen der Reichsversicherung zu entsprechen.

Auch hier ist das erste Merkmal die pathologische Grundlage, wie ich vorhin auseinandergesetzt habe. Das zweite Merkmal ist ebenfalls wie in der Krankenversicherung der Grad des pathologischen Prozesses. Dieser Grad wird aber in ganz anderer Weise als in der Krankenversicherung bestimmt. Die Krankheit oder das Gebrechen muß nämlich einen solchen Grad erreicht haben, daß Invalidität vorliegt. Als invalide gilt, wer nicht mehr imstande ist, durch eine Tätigkeit, die seinen Kräften und Fähigkeiten entspricht und ihm unter billiger Berücksichtigung seiner Ausbildung und seines bisherigen Berufes zugemutet werden kann, ein Drittel dessen zu erwerben, was körperlich und geistig gesunde Personen derselben Art mit ähnlicher Ausbildung in derselben Gegend durch Arbeit zu verdienen pflegen (§ 1255). Bei der Zubilligung der Witwenrente wird außerdem die bisherige Lebensstellung berücksichtigt (§ 1258). Auf die Beurteilung der Invalidität wird später in dem Kapitel über die Verminderung der Erwerbsfähigkeit näher eingegangen werden.

Dagegen wird bei der Invalidität nicht verlangt, daß bei ihr ein weiteres Merkmal vorliegt, das bei der Krankenversicherung eine Rolle spielt, nämlich die Aktivität des pathologischen Prozesses. Im Gegenteil bedingen die Anforderungen, die an den Grad des pathologischen Vorgangs gestellt werden, daß häufig abgelaufene Krankheitsprozesse in Frage kommen, oder doch solche, die einen weniger stürmischen Verlauf nehmen. Die Invalidenrente soll in einer gewissen Weise imstande sein, die Krankenversicherung abzulösen, deren Leistungen im Regelfall bereits nach 26 Wochen erlöschen, unter Umständen sogar schon nach 13 Wochen (§ 188). Es werden infolgedessen für die Invalidenversicherung ganz andere Krankheiten in Betracht kommen als für die Krankenversicherung. Der typische Fall bei der Krankenversicherung ist die akute Krankheit, die in wenigen Tagen bis Wochen zur Genesung und Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit führt. Für die Invalidenversicherung bleiben diejenigen Krankheiten übrig, die nicht in kurzer Zeit zur Wiederherstellung führen, sondern sich über längere Zeiträume hinziehen und dann erst zur Heilung kommen oder in einer gewissen Intensität chronisch bestehen bleiben oder unheilbar sind und zum Tode führen. Eine letzte Gruppe von Krankheiten, die sich ebenso wie die Gebrechen verhalten, heilen zwar, aber mit Defekt. Und dieser Defekt ist es dann, der die Invalidität bedingt. Werden schon durch diese Verhältnisse die einzelnen Invaliditätsursachen erheblich beeinflußt und getrennt, so geschieht dies in noch weiterem Maße dadurch, daß der Beginn der Invalidität recht verschieden datiert wird. Bei dauernder Invalidität wird verlangt, daß das Leiden einer Besserung nicht zugänglich ist, oder daß nach aller Voraussicht eine Besserung nicht erwartet werden kann (Rev. Entsch., A. N. d. RVA. 92, 196). Die Invalidenrente beginnt daher mit dem Tage, an dem die Aussicht auf Besserung entschwunden ist. Wenn sich dieser Tag nicht feststellen läßt, so gilt als solcher der Tag, an dem der Antrag auf Rente bei dem Versicherungsamt eingegangen ist (§ 1256). Handelt es sich um keine dauernde Invalidität, so muß das Leiden entweder 26 Wochen gedauert haben, gleichgültig, ob der Rentenantragsteller in dieser Zeit gegen Krankheit versichert war oder nicht, oder es muß 13 Wochen gedauert haben und dann der Anspruch auf Krankengeld in Fortfall kommen (§ 1255, Abs. 3). Im letzten Falle handelt es sich um Kranke, die wegen desselben Leidens in Jahresfrist schon 26 Wochen Krankenhilfe von der Krankenkasse bezogen hatten. Die Frage der dauernden Invalidität kann in der Regel nur von dem Arzt beantwortet werden. Aus praktischen Gründen wird jedoch bei Kontrolluntersuchungen gewöhnlich angenommen, daß Invalidenrentner, die das 60. Lebensjahr überschritten haben, keiner weiteren ärztlichen Nachuntersuchung mehr bedürfen, sondern daß sie dauernd invalide sind.

Wenn wir uns nunmehr der Frage zuwenden, inwiefern Krankheit und Gebrechen zur Invalidität Veranlassung geben, so ist zwischen den eigentlichen Ursachen und den mitbestimmenden äußeren Faktoren zu unterscheiden. Diese mitbestimmenden äußeren Faktoren haben einen ausschlaggebenden Einfluß auf die Zahl der Invalidenrenten einer jeden Versicherungsanstalt, da überall der Versichertenkreis ein anderer ist, die Arbeitsverhältnisse sehr verschieden sind, der Verbrauch an Menschenmaterial sich örtlich sehr voneinander unterscheidet. Dazu kommen formelle Bestimmungen, die sich auf die Wartezeit, auf die Aufrechterhaltung der freiwilligen Versichegung, auf das Bestehen einer Versicherungspflicht oder Versicherungsberechtigung beziehen. Diese äußeren Faktoren haben einen mindestens ebenso

großen Einfluß auf die Invalidisierung wie die innern Ursachen. Ich glaube sogar, daß sie einen viel größeren Einfluß haben als diese, und daß sie in erster Linie dafür verantwortlich zu machen sind, wenn die Resultate der einzelnen Versicherungsanstalten so sehr voneinander abweichen und sich ein Unterschied zwischen reichen und armen Versicherungsanstalten herausbilden kann. Zunächst soll jedoch auf die innern Ursachen der Invalidität, auf Krankheit und Gebrechen, näher eingegangen werden.

Der Unterschied zwischen dauernder und vorübergehender Invalidität äußert sich darin, daß für dauernde Invalidität Invalidenrenten, für vorübergehende Krankenrenten gewährt werden. Krankenrenten werden naturgemäß für kurze Zeit bewilligt und dann entweder aufgehoben oder in Invalidenrenten verwandelt. Invalidenrenten können zwar auch aufgehoben werden, wenn die Invaliditätsursache sich behoben hat; sie werden nicht etwa lebenslänglich gewährt. Im allgemeinen ist aber damit zu rechnen, daß hier ein Dauerzustand vorliegt. Aus dieser Verschiedenheit ergibt sich, daß für die Bewilligung von Invalidenrenten in der Regel Dauerleiden, für die Bewilligung von Krankenrenten dagegen solche Krankheiten in Frage kommen, bei denen es noch ungewiß ist, ob das Leiden heilbar oder ein Dauerleiden ist. Krankheit und Gebrechen werden darum bei Kranken- und Invalidenrenten auch voneinander abweichen. Diese Verschiedenheit bringt es mit sich, daß die innern Invaliditätsursachen gesondert voneinander besprochen werden müssen.

Innere Ursachen der dauernden Invalidität.

Zunächst soll auf die inneren Ursachen der dauernden Invalidität näher eingegangen werden. Aus dem Wesen der dauernden Invalidität ergibt sich, daß die hier vorliegenden Leiden hauptsächlich Gebrechen oder solche Krankheiten sein müssen, die den Gebrechen sehr nahe stehen. Denn das Leiden muß aller Voraussicht nach einer Besserung nicht zugänglich sein. Der Standpunkt des Reichsversicherungsamts über dauernde Invalidität (hier noch bezeichnet als Erwerbsunfähigkeit) und über Dauerleiden ist in der nachfolgenden Revisionsentscheidung zum Ausdruck gebracht (A. N. d. RVA. 1911, S. 433):

„Nach der ständigen Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts ist eine Erwerbsunfähigkeit als eine vorübergehende im Sinne des Invalidenversicherungsgesetzes dann anzusehen, wenn ihre Beseitigung nach verständiger, sachlich begründeter Voraussicht in absehbarer Zeit zu erwarten ist (Revisionsentscheidung A. N., I. u. AV. 1892, S. 140, 1893, S. 57, 123; A. N. 1896, S. 358; 1900, S. 674). In weiterer Ausgestaltung dieses Grundsatzes hat das Reichsversicherungsamt ausgesprochen, daß ein Versicherter, dessen Erwerbsunfähigkeit nur durch eine Operation beseitigt werden kann, die er ablehnt und abzulehnen berechtigt ist, als dauernd invalide anzusehen ist, da für die Beseitigung der Erwerbsunfähigkeit nur zulässige Mittel in Betracht kommen können (Rev. Entsch. A. N., I. u. AV. 1894, S. 158.) Dagegen hat das Reichsversicherungsamt bei einem Versicherten, dessen Erwerbsunfähigkeit durch die Anlegung eines Bruchbandes beseitigt werden konnte, das Vorliegen dauernder Erwerbsunfähigkeit verneint, weil es sich hier um eins der gewöhnlichsten Heil- und Hilfsmittel handelte, dessen Anschaffung dem Versicherten wohl angesonnen werden konnte und dessen Gebrauch die sichere Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit versprach. Zu der Frage, ob und unter welchen Umständen vorübergehende Erwerbsunfähigkeit anzunehmen ist, wenn das

die Erwerbsunfähigkeit bedingende Leiden nur durch ein Heilverfahren, wie es hier in Betracht kommt, beseitigt werden kann, hat das Reichsversicherungsamt bisher noch nicht grundsätzlich Stellung genommen. Auch hier kommt es entscheidend darauf an, ob die Erwerbsunfähigkeit nach verständiger, sachlich begründeter Voraussicht in absehbarer Zeit zu beseitigen ist. Diese Frage kann aber nicht lediglich nach medizinisch-wissenschaftlichen Gesichtspunkten beurteilt werden, das heißt ein Versicherter kann nicht schon deshalb als bloß vorübergehend invalid angesehen werden, weil das seine Erwerbsunfähigkeit bedingende Leiden an sich bei geeigneter Behandlung der Heilung zugänglich ist. Es muß vielmehr auch festgestellt werden können, daß die Aussicht auf eine solche Heilung unter verständiger Berücksichtigung aller in Betracht kommenden Umstände wirklich gegeben ist. Zu diesem Zwecke wird insbesondere geprüft werden müssen, ob es sich um ein Heilverfahren handelt, dessen Durchführung dem Versicherten auf eigene Kosten angesonnen werden kann, oder ob ein geeignetes Heilverfahren von anderer Seite (Krankenkasse, Berufsgenossenschaft, Versicherungsanstalt) eingeleitet oder angeboten worden ist. Auch das Verhalten des Versicherten gegenüber einem solchen Heilverfahren kann für die Frage, ob und seit wann dauernde Erwerbsunfähigkeit anzunehmen ist, von Bedeutung sein."

Im allgemeinen werden für die dauernde Invalidität in Frage kommen:

1. Gebrechen, seien sie angeboren oder erst später erworben,
2. chronische Krankheiten, die entweder mit Defekt heilen oder in ein Dauerstadium übergehen,
3. unheilbare Krankheiten, die nach langer Zeit zum Tode führen.

Eine andere Einteilung gibt Miller, der folgende 12 Krankheitsgruppen als Ursachen der dauernden Invalidität aufführt:

1. chronische Organerkrankungen, Lungentuberkulose, Lungenemphysem, zumal bei Mitleidenschaft des Herzens, nicht kompensierte Herzfehler, Herzmuskelentartung, chronische Magendarmerkrankungen, Nierenentzündungen, Nierenschrumpfung;
2. allgemeine Infektionskrankheiten, Tuberkulose, Syphilis;
3. Geisteskrankheiten, Paranoia, Verblödung bei anfallsweise auftretenden Psychosen mit periodischem Verlauf;
4. Neurosen, Neurasthenie, Epilepsie, Hysterie;
5. Degenerationsprozesse an Hirn und Rückenmark, Tabes, Paralyse, multiple Sklerose;
6. Geschwulstkachexien (Krebs, Sarkom);
7. am Auge progressive Myopie mit konsekutiven schweren Veränderungen in Netzhaut, Aderhaut und Glaskörper, Starleiden, Glaucoma simplex, Sehnervatrophie (Tabes);
8. am weiblichen Sexualsystem Tumoren mit bösartigem Charakter;
9. unkorrigierbare Verkrüppelungen und Verstümmelungen an den Gliedern mit erheblichem Muskelschwund;
10. starke Krampfaderleiden, zumal beim Auftreten ausgedehnter Unterschenkelgeschwüre;
11. schwere Unterleibsbrüche, zumal Bauchbrüche beim Austritt zahlreicher Darmteile;
12. erschreckende und ekelerregende, nicht verhüllbare Entstellungen.

Diese Krankheiten können sich aber nun miteinander kombinieren, und sie werden auch meist in Kombination auftreten, da gerade die Beurteilung

des wirtschaftlichen Moments, die bei der Invalidisierung eine so große Rolle spielt, dazu auffordert, kleinere Beschwerden zusammenzuzählen und daraus die Summe zu ziehen. Alle akut verlaufenden Krankheiten sind als Invaliditätsursachen ausgeschlossen, Lungenentzündung, akuter Gelenkrheumatismus, die akuten Infektionskrankheiten, wie Influenza, Typhus, Ruhr usw., Blinddarmentzündung, Knochenmarkentzündung kommen überhaupt nicht in Frage. Auch subchronisch verlaufende Krankheiten, wie länger dauernde Eiterungen, z. B. Empyem der Lunge, Abszeßbildung in den Nebenhöhlen der Nase, ferner Blasenkatarrh usw. treten nicht allzu häufig als Invaliditätsursachen auf.

Ganz anders liegen die Verhältnisse bei den Gebrechen und den mit Defekt heilenden Krankheiten. Der Verlust eines Sinnesorgans, des Gehörs oder des Gesichts zum Beispiel, verursacht einen ganz bestimmten, in Prozenten abschätzbaren Verlust der Erwerbsfähigkeit. Dabei ist es gleichgültig, wie lange das Leiden bestanden hat, oder welche Krankheit zu diesem Gebrechen geführt hat. Sobald eine gewisse Gewöhnung eingetreten ist, bleibt der Verlust der Erwerbsfähigkeit konstant. Ebenso liegen die Dinge, wenn es sich um Verlust oder Verstümmelung eines anderen Organs handelt. Eine Verkürzung und Verkrüppelung eines Oberarms nach einem schlecht geheilten Knochenbruch verursacht, sobald Gewöhnung an den Zustand eingetreten ist, einen bestimmten Grad von Erwerbsunfähigkeit, der in der Folgezeit sich nicht ändert. Die Abschätzung dieser Erwerbsunfähigkeit geht uns hier zunächst nichts an, sie wird in erheblicher Weise durch die Abschätzung der wirtschaftlichen Momente beeinflußt. Hierauf wird in dem Kapitel über Erwerbsfähigkeit und -unfähigkeit näher eingegangen werden. Im allgemeinen werden aber solche Gebrechen einen Menschen nicht vollständig erwerbsunfähig machen. Der Verlust eines Auges wird im allgemeinen nicht höher als mit einer Einbuße von 25 % der Erwerbsfähigkeit bewertet werden, und der Verlust dieses Organs schädigt den Menschen dabei wohl am meisten. Anders liegen die Dinge, wenn beide Augen durch ein Leiden verloren gehen. Bei einem erwachsenen Menschen wird dann wohl meist völlige Erwerbsunfähigkeit die Folge sein, da er nicht imstande sein wird, sich so an den Verlust des Augenlichts zu gewöhnen, daß er eine gewinnbringende Tätigkeit verrichten kann. Ein Mensch, bei dem die Erblindung dagegen in früheren Jahren eingetreten ist, ist meist so anpassungsfähig, daß er durch Arbeit für seinen Unterhalt selbst zu sorgen vermag. Aber auch in so kraß liegenden Fällen ist eine generelle Entscheidung nicht möglich. Bei Personen mit gleichen Gebrechen oder Körperschäden kann je nach ihrer Ausbildung die Frage nach der Erwerbsfähigkeit verschieden beantwortet werden (Rev. E. A. N. 1897, S. 408, 1902, S. 388, 1901, S. 634). Ein Gebrechen wird in den seltensten Fällen allein dauernde Invalidität bedingen, es wird vielmehr in den meisten Fällen sich mit anderen Leiden vergesellschaften müssen, die alle zusammen erst in der Summe Invalidität verursachen.

In zweiter Linie handelt es sich um Krankheiten, die einen chronischen Verlauf zeigen und entweder mit Defekt heilen oder dauernd Beschwerden machen. Bei chronischen Krankheiten, die mit Defekt heilen, ist das Wort „heilen" natürlich nur cum grano salis aufzufassen. Entweder ist dann die Heilung dadurch bedingt, daß aus Mangel an Material der Krankheitsprozeß aufhört, oder daß der Krankheitsprozeß vorübergehend zum Stillstand kommt und lediglich der Defekt das einzig Krankhafte noch zu sein scheint. Als Beispiel für den ersten Fall mag eine Adernetzhauterkran

kung des Auges (Chorio-Retinitis) dienen. Der Verlauf kann hier ganz chronisch sein und sich über lange Jahre hinziehen. Wenn die Krankheit dauernd fortschreitet, so muß sie doch einmal ein Ende erreichen, wenn sämtliche spezifischen Elemente beider Augenhäute vernichtet und in Narbengewebe verwandelt sind. Natürlich ist das Auge dann erblindet, aber der Krankheitsprozeß ist zum Stillstand gekommen und schreitet nicht auf andere Organe weiter fort, etwa auf das Gehörorgan oder das Gehirn. Als Beispiel für den zweiten Fall mag die Rückenmarksdarre (Tabes dorsalis) dienen. Wenn das Leiden so weit fortgeschritten ist, daß es sehr erhebliche Ausfallerscheinungen macht, kann es plötzlich zum Stillstand kommen und jahrelang stationär bleiben. Lediglich die Ausfallerscheinungen sind dann das Bleibende, etwa die charakteristische Art der Ungeschicklichkeit (Ataxie), oder eine Gehstörung, Beeinträchtigung des Sehvermögens usw. Es kommt dann zu einer Heilung mit Defekt, und lediglich dieser Defekt, der einem Gebrechen gleichzustellen ist, kann als Ursache oder Mitursache einer Invalidität berücksichtigt werden. An dieser Stelle soll schon vorausbemerkt werden, daß solche Defekte durch Gewöhnung und Übung ausgeglichen werden können. Bei der Tabes gelingt dies durch die Goldscheidersche Übungstherapie, bei Herzfehlern durch die Anpassung des Organismus. Ein kompensierter Herzfehler kann natürlich niemals Invaliditätsursache sein. Wenn eine Krankheit, hier also die Herzklappenentzündung, mit Defekt ausgeheilt ist, so kann der Defekt nur dann als Invaliditätsursache gelten, wenn er die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigt. Das tut der als Beispiel angezogene Herzfehler nicht, solange er kompensiert ist. Erst wenn Dekompensationserscheinungen auftreten, ist die Erwerbsfähigkeit geschädigt, erst dann hat die pathologische Veränderung denjenigen Grad erreicht, der erforderlich ist, um die Erwerbsfähigkeit zu stören. — Bei den chronischen Krankheiten, die in ein Dauerstadium übergehen, können wir zwei Gruppen unterscheiden. Die einen machen dauernd Beschwerden in derselben Stärke, die andern können vorübergehende Besserungen zeigen, die von kürzerer oder längerer Dauer sind, aber nicht standhalten. Als Beispiel für eine Krankheit, die dauernd mit gleicher Intensität auftritt, führe ich die chronische Nierenentzündung an. Sie kann in so schleichender Form auftreten, daß irgendwelche Ausfallerscheinungen sich nicht bemerkbar machen. In anderen Fällen, oder wenn die Krankheit in gewisser Weise fortgeschritten ist, treten aber Allgemeinstörungen auf, welche die Erwerbsfähigkeit völlig aufheben. Es kann dann zu Besserungen kommen, aber jede Anstrengung, also auch die Wiederaufnahme der Arbeit, bringt einen Rückfall; dieser Zustand kann dann dauernd bestehen bleiben, bis schließlich einmal die Herztätigkeit erlahmt. Es kann natürlich in einem solchen Falle niemand zugemutet werden, die Arbeit aufzunehmen oder fortzusetzen, wenn dadurch sein Gesundheitszustand bedroht oder wahrscheinlich verschlechtert wird. Ähnlich kann sich die Zuckerkrankheit verhalten, die in exquisit chronischer Weise auftritt und von der Lebensweise, besonders von der Diät, beeinflußt wird, aber im allgemeinen doch ohne Unterbrechungen in derselben Stärke verläuft. Unter den Krankheiten, die vorübergehend weitgehende Besserungen zeigen, ist in erster Linie der chronische Luftröhrenkatarrh zu nennen, der bei der Invalidisierung besonders häufig zutage tritt. Er ist in ausgesprochener Weise von der Witterung abhängig. Im Winter verschlechtert sich der Zustand des Patienten, gegen den Sommer verschwinden die Krankheitserscheinungen ganz oder doch zum größten Teil, so daß dann ein Zweifel an der Arbeitsfähigkeit nicht bestehen kann. Auch der Gelenk- und

der Muskelrheumatismus, die Gicht und andere Erkrankungen können einen derartig wechselnden Verlauf zeigen. Bei allen derartigen Saisonerkrankungen kann auch nur immer der einzelne Fall hinsichtlich der Einbuße an Erwerbsfähigkeit beurteilt werden. Es wird darauf ankommen, wie lang das freie Intervall ist, wie stark der Krankheitsprozeß selbst ausgeprägt ist und in welcher Weise andere Krankheitserscheinungen ihrerseits die Erwerbsfähigkeit beeinflussen.

Wir kommen dann zur dritten Gruppe der inneren Invaliditätsursachen, zu den unheilbaren Krankheiten, die nach kurzer Zeit zum Tode führen. Ein chronisches Nierenleiden, die Zuckerkrankheit, die Rückenmarksschwindsucht können jahrzehntelang bestehen, ohne das Leben zu gefährden. Dagegen pflegen andere Erkrankungen, z. B. Krebs, Leberzirrhose, manche Formen von Lungentuberkulose, die progressive Paralyse der Irren und andere Krankheiten einen schnell fortschreitenden Verlauf zu zeigen, der in Monaten oder einigen Jahren zum Tode führt. Sobald der bösartige Charakter des Leidens erkannt ist, wird hier auch meist kein Zweifel an der Invalidität bestehen.

Wie ich schon mehrfach hervorgehoben habe, pflegen alle diese Krankheiten und Gebrechen, mit Ausnahme der unheilbaren tödlichen Krankheiten, jedes für sich nur eine Teilinvalidität zu bedingen. Es müssen meistenteils mehrere Krankheiten zusammenkommen, um eine dauernde Invalidität zu verursachen. Gewöhnlich steht dann eine Krankheit im Vordergrunde und wird als Hauptursache der Invalidität bezeichnet, während die andern Krankheiten als Nebenursache rubriziert werden. Bei der Berliner Versicherungsanstalt entfielen 1910 auf 100 Hauptursachen bei Männern und Frauen 90 bzw. 94 Nebenursachen. Beim männlichen Geschlecht wiesen 36 % der Fälle nur eine Hauptursache auf, beim weiblichen 35 % der Fälle. Wenn diese Krankheiten mit alleiniger Hauptursache in Abzug gebracht werden, so treffen auf 100 Hauptursachen beim männlichen Geschlecht 141, beim weiblichen Geschlecht 146 Nebenursachen. „Besonders viele Nebenursachen treten auf bei beiden Geschlechtern in den Fällen, wo Altersschwäche, Gelenk-, Herz- und Nierenleiden zur Invalidität geführt haben. Mit der Altersschwäche sind Krankheiten des Alters, wie Arteriosklerose, Lungenemphysem und Katarrhe, oft verbunden, in einer ganzen Reihe von Fällen auch Gelenkrheumatismus. Umgekehrt tritt zur Arteriosklerose Altersschwäche erschwerend hinzu, außerdem die nichttuberkulösen Lungenkrankheiten und die Gelenkkrankheiten. Bei den Gelenkkrankheiten sind die Herzkrankheiten und Nierenerkrankungen als Nebenursache zu bezeichnen. Bei den Lungenkrankheiten ist Lungenemphysem und Lungenkatarrh als Invaliditätsursache gleichzeitig verzeichnet.“ Die nachfolgende Tabelle der Berliner Versicherungsanstalt läßt erkennen, wie häufig die einzelnen Krankheiten als Hauptursachen allein auftraten oder mit Nebenursachen vergesellschaftet waren.

Eine jede Übersicht über die Krankheitsursachen der Invalidität wird natürlich nur von den Hauptursachen ausgehen und die Nebenursachen nicht berücksichtigen können. Trotzdem darf aber nie vergessen werden, daß die in den Übersichten aufgeführten Krankheiten in der Regel nicht die ganze Invalidität, sondern nur eine Teilinvalidität bedingen, daß sie nur im Vordergrunde stehen. Bei einem Menschen z. B., der an Lungenemphysem, chronischem Bronchialkatarrh und Herzmuskelentartung leidet, einer Trias, die bei alten Leuten sehr häufig vorkommt und dann vielfach zur Invalidität

Haupt- und Nebenursachen der Invalidität

bei Männern. Nach den Ergebnissen der Versicherungsanstalt Berlin. 1910.

Hauptursachen	Hauptursachen zusammen	Hauptursachen ohne andere Ursachen	Summe der Nebenursachen	Summe der Haupt- und anderen Ursachen	Es verteilen sich je 1000		
					Neben-ursachen	Haupt- u. Nebenursachen zusammen	Haupt-ursachen
Syphilis	33	14	21	54	7	9	10
Bleivergiftung und sonstige Vergiftungen	8	2	8	16	3	3	2
Alkoholismus	77	25	62	139	22	23	24
Bildungsfehler	6	1	8	14	3	2	2
Altersschwäche	139	12	193	332	67	55	44
Brand der Alten	—	—	—	—	—	—	—
Krebs	61	42	23	84	8	14	19
Geschwülste	13	8	6	19	2	3	4
Bluterkrankheit	6	4	2	8	1	1	2
Blutmangel	9	—	14	23	5	4	3
Zuckerkrankheit	22	6	25	47	9	8	7
Gicht	26	4	35	61	12	10	8
Allgemeine Schwäche	12	—	20	32	7	5	4
Zellgewebeentzündung (Hautkrankheiten) Lupus	7	2	8	15	3	2	2
Geschwüre	20	8	17	37	6	6	6
Muskelschwund	6	3	4	10	1	2	2
Muskelrheumatismus	18	1	28	46	10	8	6
Gelenkrheumatismus	175	42	199	374	70	62	55
Gelenk-, Knochenentzündung	72	37	46	118	16	19	23
Gelenkversteifungen u. Knochenbrüche	114	62	71	185	25	31	36
Herzvergrößerung	22	5	31	53	11	9	7
Herzfehler	177	34	207	384	72	64	56
Herzverfettung	7	2	6	13	2	2	2
Arteriosklerose	251	21	350	601	122	100	80
Andere Arterien- und Venenkrankheiten (Krampfadern)	31	7	29	60	10	10	10
Gehirnleiden, Gehirnerweichung	46	20	30	76	10	13	15
Schlaganfall und Lähmungen	88	34	66	154	23	26	28
Geisteskrankheit	167	87	91	258	32	43	53
Rückenmarksentzündung	10	8	4	14	1	2	3
Rückenmarksschwindsucht	85	13	87	172	30	29	27
Rückenmarksleiden	23	11	20	43	7	7	7
Epilepsie	53	34	23	76	8	13	17
Ischias	36	14	29	65	10	11	11
Nervenleiden	155	54	134	289	47	48	49
Ohrenkrankheiten	28	4	35	63	12	10	9
Augenkrankheiten	91	52	55	146	19	24	29
Chron. Bronchialkatarrh	34	6	45	79	16	13	11
Chron. Lungenkatarrh	14	3	13	27	5	4	4
Brustfellentzündung, Lungenentzündung	22	10	19	41	7	7	7
Lungenschwindsucht	621	387	275	896	96	149	197
Lungenemphysem	206	18	320	526	112	87	65
Bruch	3	—	3	6	1	1	1
Magen-, Darm-, Unterleibsleiden	28	7	30	58	10	10	9
Speiseröhrenverengerung	2	—	3	5	1	1	1
Magengeschwüre	14	5	16	30	6	5	4
Leber- und Gallenleiden	27	2	36	63	13	10	9
Blasenkatarrh und Krankheiten der Geschlechtsorgane	18	3	18	36	6	6	6
Nierenentzündung	77	17	98	175	34	29	24
Zusammen	3160	1131	2863	6023	1000	1000	1000

führt, ist es meistens sehr schwer zu entscheiden, welches Leiden die Hauptursache ist, welches die Nebenursachen sind. Oft werden bei der Klassifizierung seitens des Gutachters Liebhabereien, die Anamnese usw. eine Rolle spielen. Dadurch werden aber Zufälligkeiten in die Statistik gebracht, die die Klarheit des Bildes beeinträchtigen. Es hat infolgedessen auch wenig Wert, die Bedeutung jeder einzelnen Krankheit als Invaliditätsursache nachzuprüfen, man muß sich mit großen Gruppen begnügen, in der Erwartung,



Fig. 40. Krankheitsursachen der Invalidität 1896—99.

daß hier die große Zahl ausgleichend wirkt. In dem Schaubild (Fig. 40) sind die Invaliditätsursachen der Jahre 1896—99 nach der Statistik des Reichsversicherungsamts für die gesamte Invalidenversicherung dargestellt. Es sind hierbei 26 Krankheitsursachen unterschieden, und der prozentuale Anteil der Männer und der Frauen ist gesondert zum Ausdruck gebracht. In dieser wie in den späteren Statistiken ist Altersschwäche besonders rubriziert; zum Teil erklärt sich diese Erscheinung aus den bisherigen gesetzlichen Bestimmungen, wie ich vorher ausgeführt habe. In Zukunft wird diese Diagnose wohl verschwinden oder doch geringer werden. Drei große Krankheitsgruppen machen insgesamt 40—45 % aller Invaliditätsursachen aus, das sind 1. Entkräftung, Blutarmut und Altersschwäche; 2. Krankheiten der Lunge nichttuberkulöser Art; 3. Tuberkulose der Lungen. Bei den Lungenkrankheiten und der Tuberkulose überwiegen die Männer bei weitem, bei

Ursachen der dau-
bei verschiedenen Ver-

Auf 1000 Invaliden-

	Westfalen	
	M.	Fr.
I. a) Entkräftung	8,9	12,9
b) Blutarmut und Krankheiten des Bluts	5,3	18,2
c) Altersschwäche	59,9	159,0
II. a) Gelenkrheumatismus	49,8	51,3
b) Gicht	4,0	11,6
III. Muskelrheumatismus	16,8	8,8
IV. Tuberkulose der Lungen	207,7	195,0
V. Tuberkulose anderer Organe	20.6	20,9
VI. a) Krebs	22,9	16,6
b) Andere bösartige Geschwülste	4,6	4,0
c) Gutartige Geschwülste	—	0,8
VII. a) Syphilis	2,6	1,6
b) Tripper	—	0,8
c) Infektions- und parasitäre Krankheiten	—	—
d) Alkoholvergiftung	6,3	0,8
e) Bleivergiftung	—	—
f) Sonstige Vergiftungen	0,3	—
g) Zuckerkrankheit	7,3	1,6
h) Sonstige Allgemeinleiden	0,7	7,2
VIII. Geisteskrankheit	6,2	51,3
IX. Krankheiten des Gehirns und seiner Häute (auch Gehirnschlag)	20,3	9,6
X. a) Epilepsie	13,4	8,0
b) Sonstige Neurosen	13,9	36,5
XI. Krankheiten des Rückenmarks	12,9	8,0
XII. „ periph. Nerven	8,9	6,4
XIII. „ der Augen	24,8	21,8
XIV. „ der Ohren	2,7	1,6
XV. a) „ der Nase und Nebenhöhlen	0,7	—
b) „ des Kehlkopfs, Luftröhre usw.	27,0	24,4
XVI. „ des Brustfells	5,0	1,6
XVII. „ der Lunge	125,5	105,0
XVIII. „ des Herzens und der Hauptschlagader	63,6	93,1
XIX. a) „ der Schlagadern	61,9	25,8
b) „ der Blutadern	2,6	2,6
c) „ der Lymphgefäße und -drüsen	—	—
XX. „ des Magens	21,6	20,0
XXI. a) „ des Darmes, Bauchfells	2,7	4,0
b) „ der Darmdrüsen	7,1	8,8
XXII. a) „ der Mundhöhle usw.	0,3	—
b) Kropf	0,3	—
XXIII. a) Unterleibsbrüche	4,4	1,6
b) Senkung der Baucheingeweide	—	3,2
XXIV. Krankheiten der Nieren	10,3	9,6
XXV. Krankheiten der Harnwege und Geschlechtsorgane	2,6	19,0
XXVI. a) Krankheiten der Haut	0,7	1,6
b) Unterschenkelgeschwüre	2,3	3,2
XXVII. Krankheiten der Knochen, Gelenke	15,0	16,6
XXVIII. a) Verletzungen	13,9	5,6
b) Traumatische Neurosen	0,7	—
XXIX. Alle übrigen Krankheiten	—	—

der ersten Krankheitsgruppe dagegen die Frauen. Nach dem Anteil ihrer Bedeutung folgen dann Gelenkrheumatismus und Gicht, Krankheiten des Herzens und der großen Blutgefäße, Krankeiten der Bewegungsorgane und

ernden Invalidität
sicherungsanstalten (1910).

renten entfallen in

Mittelfranken		Württemberg		Baden		Hessen	
M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.
11,4	20,8	8,3	20,7	15,2	37,4	4,8	22,7
4,3	20,8	0,3	12,3	4,0	27,7	4,2	32,6
73,0	53,1	145,5	144,2	107,0	104,5	131,6	116,0
52,6	43,2	62,8	63,2	59,8	66,3	44,1	68,0
8,0	3,9	20,0	16,8	8,5	9,0	4,8	7,0
5,3	3,9	16,7	8,5	15,3	9,0	23,5	31,2
238,0	228,7	144,3	146,3	179,0	188,0	213,5	151,0
17,5	17,8	20,0	25,7	24,2	30,1	15,6	17,1
27,6	24,6	36,2	38,1	36,8	24,7	23,8	38,2
5,3	3,9	5,1	2,5	3,3	2,4	1,8	1,4
0,8	2,6	0,3	2,0	1,1	6,0	—	1,4
2,6	—	1,4	1,0	1,1	—	1,2	—
0,8	2,6	—	—	0,4	—	0,6	—
0,8	—	0,3	1,0	1,5	1,2	1,2	1,4
3,5	—	0,7	0,5	5,1	—	3,6	—
0,8	—	0,7	—	0,8	—	0,6	—
—	—	—	—	—	—	0,6	—
3,5	2,6	2,5	3,5	4,8	3,6	5,4	—
0,8	1,3	1,1	9,0	1,5	9,0	—	9,9
57,9	45,8	33,9	40,5	35,2	42,3	22,9	25,5
17,6	18,2	21,9	7,5	15,2	9,0	17,5	4,2
7,2	8,9	4,7	4,5	7,0	6,6	10,6	9,9
15,8	40,6	8,7	34,0	13,0	37,1	19,1	46,7
17,6	8,9	13,4	6,8	17,0	10,3	21,0	9,9
11,4	16,6	8,7	7,5	13,3	13,9	15,1	7,9
23,7	29,2	22,8	33,5	22,6	27,1	26,1	35,5
1,7	5,2	3,6	3,1	3,0	1,8	7,8	5,6
—	—	—	—	—	—	—	—
8,7	10,4	11,9	2,5	9,2	6,6	11,4	12,7
5,3	3,9	2,5	0,5	2,2	2,4	1,2	—
121,0	64,3	122,0	63,2	142,1	58,0	159,5	73,6
105,0	153,0	107,0	175,5	84,6	109,0	62,2	89,2
60,1	30,1	80,5	37,5	69,3	30,3	52,5	34,1
—	8,8	6,1	10,1	3,0	10,9	6,6	9,9
—	1,3	—	—	—	—	—	—
14,1	22,9	12,3	14,1	13,7	19,8	15,6	25,5
—	3,9	2,9	2,5	4,4	7,8	7,2	1,4
2,6	8,8	9,1	6,9	5,5	9,6	6,0	14,2
—	1,3	0,3	—	1,1	—	—	—
1,7	6,3	1,1	3,5	0,4	3,6	1,2	5,6
12,3	3,9	4,3	—	8,1	4,8	7,8	8,5
—	1,3	—	3,5	—	3,6	—	1,4
12,3	12,6	11,5	10,7	14,4	7,8	12,0	8,5
5,3	21,6	6,5	6,0	6,3	21,0	1,2	14,2
3,5	—	0,7	2,5	1,8	1,8	—	2,8
5,3	11,4	3,3	5,0	4,0	8,4	1,8	11,4
14,1	24,2	19,6	16,9	11,1	19,8	15,1	32,6
17,6	7,8	13,8	6,0	21,5	7,2	14,1	9,9
0,8	—	0,7	0,5	0,8	0,6	1,8	—
0,8	—	—	—	0,8	—	1,8	1,4

der Augen; in allen diesen Fällen sind die Frauen verhältnismäßig stärker beteiligt. Dieselbe Erscheinung zeigt sich fernerhin bei Nervenkrankheiten, Geisteskrankheiten, Epilepsie, Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane

in ausgesprochener Weise, während die Männer erheblich stärker beteiligt sind bei den Krankheiten der Atmungswege, Krankheiten des Rückenmarks, Unterleibsbrüchen und Folgen mechanischer Verletzungen.

Eine Übersicht aus neuerer Zeit, die allerdings nur die Ergebnisse eines Jahres bei fünf verschiedenen Versicherungsanstalten wiedergibt, soll die Verschiedenheiten zeigen, die hinsichtlich der Invaliditätsursachen bei den einzelnen Anstalten bestehen. Diese Übersicht unterscheidet 50 verschiedene Krankheitsgruppen und teilt die größeren Gruppen der vorigen Statistik etwas mehr auf, was zum Teil für das Verständnis, z. B. der Gruppe „Entkräftung, Blutarmut, Altersschwäche" unbedingt notwendig ist, da hier doch zu verschiedenartige Elemente miteinander vereinigt sind. Um bei dieser Gruppe zu bleiben, sehen wir, daß bei den erstgenannten beiden Ursachen in allen Anstalten die Frauen überwiegen, bei der Altersschwäche dagegen die Männer. Die Entkräftung ist eine Diagnose, die mehr einem praktischen Bedürfnis als einer wissenschaftlich umgrenzten Krankheit entspricht. Es wird sich hierbei um die Folgen mannigfachster Ursachen handeln, denn eine primäre Entkräftung sui generis gibt es nicht. Vielfach werden dabei andere Krankheiten die Ursache sein. Wenn ein chronischer Magenkatarrh, der mit Apetitlosigkeit einhergeht, sich noch mit anderen Krankheiten verbindet, die auf den Körper schwächend einwirken, z. B. ein Katarrh mit Auswurf, so wird weder das Magenleiden noch der Luftröhrenkatarrh als Hauptursache der vorliegenden Invalidität sich präsentieren, sondern die körperliche Schwäche wird im Vordergrund stehen und so die Entkräftung als Hauptursache hervortreten. Dieser Zustand, der als Folge anderer Erkrankungen und wohl auch wirtschaftlicher Verhältnisse anzusehen ist, muß somit ähnlich wie ein Gebrechen beurteilt werden. Man sieht, daß in diesem Falle die „Hauptursache" der Invalidität gar nicht den richtigen Aufschluß darüber gibt, welcher Krankheitsprozeß nun in Wirklichkeit den Zustand verschuldet hat. Bei der Versicherungsanstalt Berlin gab im Jahre 1910 bei den Frauen Körperschwäche 37 mal die Hauptursache und 23 mal die Nebenursache ab. Als Hauptursache war sie nur einmal nicht mit Nebenursachen verbunden. Sie war kompliziert mit nervösen Beschwerden neunmal, mit Herzleiden siebenmal, mit Arteriosklerose sechsmal, mit Blutarmut, Gelenkrheumatismus und Krampfadern je fünfmal, sonst noch mit Lungenemphysem, Scheidenvorfall, Nierenleiden, Magenleiden usw. Auch die Blutarmut, die bei dem weiblichen Geschlecht eine so häufige Invaliditätsursache ist, dürfte nur in manchen Fällen als primäres Leiden aufzufassen sein. So ist bei den Berliner 44 Rentnerinnen nur dreimal der Blutmangel die alleinige Invaliditätsursache. Sonst ist er mit Syphilis, Altersschwäche, Arteriosklerose, Gicht, Gelenkrheumatismus, Nervenleiden (25 mal) und Krankheiten der verschiedenen Körperorgane, und zwar im ganzen 70 mal vergesellschaftet. Man kann daraus entnehmen, daß auch hier die Dinge ähnlich liegen wie bei der Entkräftung, daß der Blutmangel sich häufiger als eine Krankheitsfolge und als Gebrechen darstellt denn als ein primäres Leiden. Daher zeigt er sich auch bei Männern in einer gewissen Häufigkeit.

Über die Altersschwäche habe ich mich schon ausführlich verbreitet. Soweit sie berechtigt und auf krankhafter Basis entstanden ist, entspricht sie den vorigen beiden Gruppen und kann wie ein Gebrechen angesehen werden.

Von ganz besonderer Bedeutung als Invaliditätsursachen sind die tuberkulösen und nichttuberkulösen Erkrankungen der Lungen bei den Männern. Bei den Frauen rangieren diese Erkrankungen mit Gelenkrheuma-

tismus und Gicht und den Krankheiten des Herzens und der großen Blutgefäße in gleicher Linie. Bei allen Versicherungsanstalten findet man immer dieselbe Erscheinung, daß die Männer erheblich häufiger an Lungentuberkulose und andern Lungenkrankheiten erkranken als die Frauen, nur die Differenz ist in den einzelnen Anstalten verschieden groß. Die verschiedene Höhe des Prozentsatzes, den die einzelnen Versicherungsanstalten hinsichtlich der Lungentuberkulose zeigen, hängt natürlich von der Verbreitung dieser Krankheit unter der Bevölkerung ab und steht in gewissen Beziehungen zu der Tuberkulosesterblichkeit der betreffenden Landesteile. Auch der Abnahme der Sterblichkeit an Lungentuberkulose entspricht der Rückgang der Lungentuberkulose als Invaliditätsursache bei den Versicherungsanstalten.

Es fragt sich nun, ob die Lungentuberkulose, die zur Invalidisierung führt, häufiger in der Form des Dauerleidens beobachtet wird. Es ist dies von vornherein schon nicht anzunehmen, da die Lungenschwindsucht zwar eine Infektionskrankheit ist, die einen chronischen Verlauf zeigt, aber meist fortschreitet und nach einigen Jahren zum Ende führt. In dem ersten Bande ist eine Absterbekurve bei Lungentuberkulose gegeben, aus der das Nähere hervorgeht. Die akuten Fälle von Lungentuberkulose, die zur Heilung führen, kommen hier nicht in Betracht. Sie werden durch das Heilverfahren in Lungenheilstätten gebracht. Es kann auch hier nicht darauf eingegangen werden, wieweit diese Fälle doch wieder aufflammen und zur Invalidisierung führen. Für die Invalidisierung kommen hauptsächlich entweder solche Zustände in Betracht, wo das Leiden ziemlich schnell fortschreitet, und in zweiter Linie solche Zustände, wo das Leiden einen exquisit chronischen Charakter zeigt, einen gewissen Grad erreicht, sich dann jahrelang stationär erhält, die Arbeitsfähigkeit mehr oder minder aufhebt, aber nur sehr wenig im Verlauf langer Jahre sich weiter entwickelt. In dem ersten Falle tritt die Lungentuberkulose als unheilbares tödliches Leiden auf, im zweiten Fall als chronische Krankheit, die sich dem Gebrechen in seinem Verhalten nähert, nur mit der Einschränkung, daß es hier nie zu einer Heilung kommt. Die Tuberkulose als unheilbare tödliche Krankheit (nachdem die heilbaren Fälle ausgeschieden sind) befällt hauptsächlich die jüngeren Altersklassen. Je älter der Mensch ist, umsomehr neigt er zu einem chronischen und protrahierten Verlauf der Krankheit. Die Tuberkulose als unheilbare bösartige Lungenkrankheit äußert sich durch so markante Zeichen, daß sie allein als Invaliditätsursache für ausreichend angesehen wird; die Lungenschwindsucht in ihrer protrahierten Form macht nicht so alarmierende Erscheinungen, hebt auch meistens allein die Erwerbsfähigkeit nicht völlig auf und muß sich deshalb mit andern Krankheiten verbinden, um Invalidität zu bewirken. Bei der Berliner Versicherungsanstalt machte die Lungenschwindsucht, die in 621 Fällen als Hauptursache der Invalidität auftrat, in mehr als der Hälfte der Fälle (387) die alleinige Ursache aus. Hier trat sie also in der infausten Form auf. In den 234 andern Fällen war sie mit Nervenleiden, Herzfehlern, Arteriosklerose, Gelenkverkrümmungen usw., Schwerhörigkeit, Alkoholismus, Altersschwäche und andern Krankheiten verbunden. Die komplizierenden Nebenursachen weisen schon darauf hin, daß es sich hier wohl meist um ältere Personen handeln muß. Aus den statistischen Nachweisungen läßt sich nicht ersehen, wie häufig die eine und die andere Form beobachtet wird. Es fehlt auch an Übersichten über die durchschnittliche Lebensdauer der tuberkulösen Invalidenrentner aus neuerer Zeit. Von den invalidisierten Tuberkulösen der Berliner Versicherungsanstalt starben noch in demselben Jahre rund 24 %. In folgen-

der Übersicht ist das Lebensalter der Tuberkulösen bei der Invalidisierung nach den Angaben verschiedener Versicherungsanstalten zur Darstellung gebracht:

	Berlin	Brandenburg	Westfalen	Württemberg	Elsaß-L.
20—30 Jahre	338	217	260	214	155
31—40 „	238	171	203	181	150
41—50 „	170	146	158	117	124
51—60 „	105	118	155	93	63
61—70 „	26	40	65	49	29
über 70 „	5	1	2	5	1

In allen Fällen sinken die absoluten Ziffern mit zunehmendem Alter, die Lungenschwindsucht ist somit hauptsächlich eine Invalidisierungsursache der jüngeren Jahrgänge. Das Verhältnis der Männer zu den Frauen beträgt dabei im allgemeinen ein Vielfaches, ist aber in den einzelnen Anstalten verschieden.

Auf den Einfluß des Berufs bei der Lungentuberkulose kann nur kurz hingewiesen werden, da genauere Nachweisungen darüber nicht existieren. Bei der Versicherungsanstalt Baden entfielen auf 1000 versicherungspflichtige Personen in jedem Beruf:

Land- und Forstwirtschaft	0,93
Industrie und Gewerbe	2,18
Handel und Verkehr	1,11
Lohnarbeit wechselnder Art	2,90
Staats-, Gemeinde- usw. Dienst	1,54
Gesindedienst	1,26
durchschnittlich	1,75

tuberkulöse Invalidenrentenempfänger.

Die in der militärärztlichen Dienstanweisung für die Beurteilung der Lungentuberkulose niedergelegten Leitsätze haben auch eine weitergehende Gültigkeit und seien daher hier wiedergegeben:

„Solange die Tuberkulose der Lungen unter Krankheitserscheinungen, Fieber, Abmagerung, Husten oder gar Blutungen fortschreitet, ist völlige Erwerbsunfähigkeit anzunehmen. Anders, wenn sie zum Stillstand oder gar zur Ausheilung gekommen ist. Die theoretische Annahme dauernder besonderer Schonungsbedürftigkeit verführt leicht dazu, völlige Erwerbsunfähigkeit auf Jahre hin auszusprechen. Eine solche Schätzung ist aber besonders in all den Fällen ungerechtfertigt, in denen der Nachweis dauernder Arbeitsleistungen bei gutem Allgemeinbefinden und Zunahme des Körpergewichts erbracht ist. In derartig günstig verlaufenden Fällen mag zwar in Anbetracht der Beschränkung der Arbeitswahl und der Notwendigkeit zweckmäßiger Ernährung nicht volle Erwerbsfähigkeit angenommen werden, aber es genügen Sätze von 20 % aufwärts bis zu 33⅓ %.

Bleibt das Körpergewicht mit geringen Schwankungen bei Ausführung von Arbeit gleich, sind Husten und Atembeschwerden dabei gering und vielleicht nur zeitweise in bestimmten Jahreszeiten störend, so pflegt die Erwerbsbeeinträchtigung etwa 50 % zu betragen. Sind endlich die subjektiven Beschwerden stärker, steigern sie sich nachweislich bei geringen körperlichen Anstrengungen, ist das Arbeitsfeld nur ganz beschränkt, oder ist nur Arbeitsfähigkeit auf täglich kürzere Zeit mit dem Zustande vereinbar, so kommen höhere Sätze von 50 % aufwärts bis zu 75 %, selbst bis 100 % in Betracht. Bevor

nicht eine bestimmte abschließende Beurteilung bei dieser so schwankend verlaufenden Krankheit möglich ist, sollte jährliche Nachprüfung stattfinden."

Im Anschluß an die Lungentuberkulose kann mit wenigen Worten der Tuberkulose anderer Organe gedacht werden. Als Invaliditätsursache tritt sie hinter der Lungenschwindsucht erheblich zurück, sie macht etwa 1—2 % der Invaliditätsursachen aus. Gemeinhin handelt es sich um Knochen- oder Gelenktuberkulose, die durch die Behinderung der Bewegungsfähigkeit eine in Prozenten ausdrückbare Schädigung der Erwerbsfähigkeit bedingen. Seltener dürften Drüsentuberkulose, Skrofulose und Lupus in Frage kommen. Dem Lupus wird in neuerer Zeit seitens der Versicherungsanstalten viel Aufmerksamkeit zugewandt, überall wird er jetzt zum Gegenstand des Heilverfahrens gemacht. In den meisten Fällen wird die Tuberkulose anderer Organe als der Lungen nur eine Teilinvalidität bedingen und nur in Gemeinschaft mit anderen Krankheiten eine völlige Invalidität verursachen.

Ich möchte nun zunächst diejenige Invaliditätsursache besprechen, die neben der Lungentuberkulose am häufigsten als unheilbare tödliche Krankheit auftritt, das ist der Krebs. Die ältere Statistik faßte den Krebs mit den übrigen Geschwulstformen zusammen und fand dann, daß die Geschwülste 2,5—2,7 % der Invaliditätsursachen ausmachten. In der statistischen Tabelle, die die Ergebnisse einiger Versicherungsanstalten aus dem Jahre 1910 bringt, ist zwischen Krebs, andern bösartigen Geschwülsten und gutartigen Geschwülsten unterschieden. Man erkennt daraus, daß der Hauptanteil unter diesen drei Diagnosen auf den Krebs kommt. Er stellt eine immerhin nicht unbeträchtliche Anzahl von Invalidenrentnern. Er scheint auch in den letzten Jahren als Invaliditätsursache zugenommen zu haben, denn er macht allein bis 3,8 % aller Invaliditätsursachen aus, also mehr als früher alle drei Geschwulstarten zusammen. Da es sich hier in der Regel um ein schweres und unheilbares Leiden handelt, so wird es nur selten noch anderer Leiden bedürfen, die dann in ihrer Gesamtheit Invalidität erst bedingen. So war der Krebs bei der Berliner Anstalt in 65 % der Fälle alleinige Hauptursache. Als Nebenursachen kamen Blutarmut, Wassersucht, Arteriosklerose, Herzfehler und Nervenkrankheiten in Frage, also Leiden, die zum größten Teil, wie Blutarmut und Wassersucht, wohl als Folgeerscheinungen der Krebskrankheit aufzufassen sind. Der Krebs führt auch schnell zum Tode und macht sich unter den Todesursachen stärker bemerkbar, als seinem Vorkommen als Invaliditätsursache entsprechen würde. So wurden in Berlin von 100 Rentnern 2 % wegen Krebs invalidisiert, von 100 verstorbenen Rentnern war aber bei 10 % die Todesursache Krebs und Geschwülste. Folgende Tabelle gibt in absoluten Zahlen eine Übersicht über die Altersverteilung der krebskranken Rentner bei einzelnen Versicherungsanstalten. Bei der Invalidisierung standen im Alter von

	Württemberg		Westfalen		Berlin		Brandenburg	Hessen	
	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.	zusammen	männl.	weibl.
20—30 Jahren	—	—	1	1	4	1	2	—	—
30—40 „	3	7	3	2	5	8	14	1	3
40—50 „	10	10	10	6	10	13	38	5	6
50—60 „	37	26	32	7	27	22	81	14	14
60—70 „	41	24	22	3	12	14	68	15	3
über 70 „	9	1	1	—	3	2	3	5	1
	100	68	69	19	61	60	206	40	27

Auch bei den jüngeren Personen kommt Krebs somit schon als Invaliditätsursache vor, mit jeder höheren Altersstufe steigt die Zahl immer höher, um meist zwischen 50 und 60 Jahren das Maximum zu erreichen; nur in Württemberg liegt bei den Männern das Maximum zwischen 60 und 70 Jahren. Alsdann sinkt die Zahl der krebskranken Rentner. Die Unterschiede zwischen den beiden Geschlechtern sind nicht eindeutig, jedoch scheinen die Frauen zwischen 40 und 50 Jahren stärker gefährdet zu sein als die Männer, da die absolute Ziffer hier diejenige der Männer erreicht oder gar übertrifft, obwohl die Frauen allgemein eine viel geringere Zahl von Rentnern stellen als die Männer. Über den Sitz des Krebses werden von den einzelnen Anstalten keine Angaben gemacht.

Die übrigen Geschwulstformen sind nicht von so großer Bedeutung. Von bösartigen Geschwülsten kommt eigentlich nur das Sarkom in Betracht, von gutartigen spielt besonders das Myom bei Frauen eine Rolle, das zu Blutungen und andern Folgezuständen führt. Bei den gutartigen Geschwülsten macht die Geschwulst selber keine Erscheinungen, die eine Störung der Erwerbsfähigkeit im Gefolge haben. Die Geschwulst kann aber andere Organe in Mitleidenschaft ziehen und indirekt die Erwerbsfähigkeit schädigen. So kann eine Knochengeschwulst auf einen Nerven drücken, wodurch Schmerzen und Lähmungserscheinungen bedingt werden können. Oder das Myom (Muskelgeschwulst), das in der Muskulatur der Gebärmutter gelegen keine Beschwerden macht, verursacht bei einem Sitze unter der Gebärmutterschleimhaut Blutungen und bedingt so eine Schädigung des Körpers und vielleicht auch der Arbeitsfähigkeit. Unter den bösartigen Geschwülsten können die bindegewebigen Krebsgeschwülste einen sehr langsamen Verlauf zeigen, wie das bei Brustkrebs manchmal der Fall ist. Es wird wohl stets der Versuch gemacht werden, den bösartigen Geschwülsten durch Operation beizukommen. Wenn dieser Versuch nicht gelingt, oder wenn die Geschwulst bereits in andern Körperteilen sich verbreitet hat (Metastasen), so liegt stets Invalidität vor. Auch wenn die Operation verweigert wird, liegen die Dinge doch meist so, daß an der überwiegenden oder völligen Aufhebung der Arbeitsfähigkeit kein Zweifel ist. Nur bei den bindegewebigen Krebsgeschwülsten kann die Erwerbsfähigkeit noch längere Zeit bestehen bleiben. Im allgemeinen wird man aber bei bösartigen Geschwülsten mit Rücksicht auf die Natur der Krankheit auch dann schon eine schwerere Erwerbsschädigung annehmen dürfen, wenn der unbedingte Beweis dafür auch nicht einwandsfrei erbracht wird. In solchen Fällen wird doch über kurz oder lang Invalidität bestehen, so daß allzu mechanisches Verhalten nicht gerechtfertigt wäre.

Ich werde nunmehr der offiziellen Statistik folgen, die 29 Hauptdiagnosen unterscheidet, wenn auch die Einteilung nicht besonders befriedigen kann. Die ersten acht Krankheiten können als Allgemeinkrankheiten zusammengefaßt werden. Von ihnen sind Tuberkulose und Geschwülste, aus der ersten Krankheitsgruppe außerdem die Altersschwäche bereits besprochen. Zu der ersten Gruppe gehören ferner noch Entkräftung und Blutarmut, auf deren Bedeutung ich soeben schon kurz hingewiesen habe. Die Entkräftung ist niemals ein primäres Leiden, sondern die Folge von andern Krankheitszuständen. Sie kommt nur selten als alleinige Hauptursache in Betracht, sondern ist entweder mit konsumierenden Krankheiten oder Alterskrankheiten verbunden. Sie stellt sich somit in eine Reihe mit den Gebrechen, insofern sie als ein Folgezustand anzusehen ist. Sie unterscheidet sich aber von ihnen, da es sich hierbei nicht um eine Heilung mit Defekt handelt, der

Krankheitsgrad vielmehr von der primären Krankheit bedingt wird und somit der Ausgang auch von dieser abhängt. Entkräftung, wie sie nach einer Lungenentzündung, einem Typhus usw. beobachtet wird, wird nun niemals den Anlaß zu einer Invalidenrente geben können, da hier in absehbarer Zeit Besserung und sogar Wiederherstellung zu erwarten ist. Es wird sich also stets um unheilbare oder chronische Krankheiten handeln, die zu der Entkräftung die Veranlassung gegeben haben. Im Verhältnis wird diese Diagnose häufiger bei Frauen als bei Männern beobachtet.

Zu der ersten Krankheitsgruppe, Entkräftung, Altersschwäche usw., gehört dann noch die engere Krankheitsgruppe: Blutarmut und Krankheiten des Bluts. Unter Blutarmut versteht man einmal Chlorose, Leukämie, Pseudoleukämie, Anämie, sodann eine sekundäre Veränderung des Blutes nach Blutungen und konsumierenden Krankheiten. Zu den Krankheiten des Bluts werden die Bluterkrankheit, die Blutfleckenkrankheit und der Skorbut gerechnet. Soweit sekundäre Zustände vorliegen, kommen hier ähnliche Verhältnisse wie bei der Entkräftung in Frage. Von den aufgeführten primären Leiden befallen die weniger häufigen meist die Männer, bei Chlorose, Leukämie und Anämie erkranken überwiegend die Frauen, so daß die ganze engere Krankheitsgruppe vorzugsweise als Invaliditätsursache der Frauen sich bemerkbar macht. Im Jahre 1910 wurden folgende Fälle an Blutarmut und Krankheiten des Bluts beobachtet:

	Württemberg		Westfalen		Berlin		Hessen	
	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.
20—30 Jahre . .	—	3	—	2	4	4	—	1
30—40 „ . .	—	5	—	5	1	11	—	5
40—50 „ . .	—	4	4	4	2	6	—	5
50—60 „ . .	1	4	5	8	5	14	4	5
60—70 „ . .	—	4	7	2	3	7	3	7
über 70 „ . .	—	2	—	—	—	2	—	—
	1	22	16	21	15	44	7	23

Die Steigerung, die zwischen 50 und 60 Jahren sich bemerkbar macht, scheint von sekundärem Blutmangel nach andern Krankheiten herzurühren. Es darf übrigens nicht unerwähnt bleiben, daß nicht selten die Diagnose Blutmangel gestellt wird, wenn lediglich ein blasses Aussehen des Patienten dafür zu sprechen scheint. Der Chefarzt des Sanatoriums in Beelitz macht in seinem Jahresbericht besonders darauf aufmerksam, daß hier sehr häufig Diagnoseirrtümer vorkommen, weil die Untersuchung auf Blutfarbstoff und die mikroskopische Untersuchung des Bluts unterlassen ist. Aber auch bei den Leiden, die als primäre Blutarmut bezeichnet sind, findet sich nicht allzu selten, daß es sich um einen sekundären Folgezustand handelt, daß eine alte chronische Lungentuberkulose, die nur wenig Erscheinungen macht, die Ursache ist. In andern Fällen handelt es sich um Magenkranke. Eine dritte Klasse von Blutarmen, bei denen das Ursprungsleiden in larvierter Form auftritt, sind. Frauen, die an chronischen Erkrankungen der Geschlechtsorgane leiden. Es liegen dann chronische Katarrhe der Gebärmutterschleimhaut, die die Folge von Fehlgeburten oder Wochenbetterkrankungen sind, oder Entzündungen der Eileiter nach Tripperinfektion vor. Die Beschränkung der Erwerbsfähigkeit durch Blutmangel richtet sich ganz nach dem Grade der Erkrankung und nach der speziellen Krankheitsform. Leichtere Grade von Blutarmut

pflegen ohne erhebliche Beschwerden einherzugehen, während umgekehrt bei schwereren Graden Schwindelanfälle, Ohnmachten, Herzbeschwerden, Ödeme (Wassersucht) und körperliche Hinfälligkeit die Arbeitsfähigkeit völlig aufheben. In der Mitte liegen andere Fälle, wo die Beschwerden geringer sind; hier wird es auf die Beurteilung der äußeren Verhältnisse und der ganzen wirtschaftlichen Lage des Kranken ankommen, damit die Annahme der Invalidität gerechtfertigt erscheint. Die Chlorose wird als gutartige Erkrankung, die meist in Heilung übergeht, weniger als Invaliditätsursache als für das Heilverfahren in Betracht kommen. Auch die Leukämie ist heutzutage durch Röntgenbestrahlung einer Besserung oder vielleicht Heilung zugänglich. Solange aber ein derartiges Heilverfahren nicht eingeschlagen wird, sind die Aussichten bei ihr schlecht. Sie ist dann ebenso wie die perniziöse Anämie als unheilbares Leiden anzusehen. Die Diagnose allein wird alsdann häufig die Invalidität zu begründen in der Lage sein.

Als nächste Gruppe folgen Gelenkrheumatismus und Gicht, die gemäß ihrer Häufigkeit als Invaliditätsursachen an vierter Stelle stehen. Den überwiegenden Teil der Fälle bringt der Gelenkrheumatismus auf. Es ist fraglich, ob alle als Gicht diagnostizierten Fälle auch wirklich echte Gicht sind. Der akute Gichtanfall, der meist die kleinen Gelenke und dann wieder zuerst die der Füße befällt, geht in der Regel nach einigen Tagen oder Wochen wieder vorüber. Er verursacht aber Veränderungen in den befallenen Gelenken, die zu mehr oder minder starken Zerstörungen und Gelenkauftreibungen Veranlassung geben. Wenn auch meist die Gelenkgicht im Vordergrunde steht, so ist die Gicht doch eine Allgemeinerkrankung, die außer den Gelenken auch andere Organe befallen kann. Bekannt ist die Gichtniere; es finden sich ferner Veränderungen in dem Herzmuskel, häufig werden auch die Schleimhäute ergriffen. Gerade die gichtischen Ablagerungen in den Gelenken geben aber häufig die Veranlassung, daß sie mit andern Gelenkerkrankungen zusammengeworfen werden. Für die Gicht ist es nun charakteristisch, daß der einzelne Anfall gewöhnlich nur ein Gelenk befällt, vielfach das Gelenk der großen Zehe. Die Anfälle selber sind durch große Pausen völligen oder wenig verminderten Wohlbefindens getrennt. Bei dem chronischen Gelenkrheumatismus pflegen die einzelnen Attacken nicht so streng voneinander unterschieden zu sein, sondern gehen mehr ineinander über, so daß unter Umständen eine anfallfreie Zeit überhaupt fehlen kann. Der Gelenkrheumatismus beschränkt sich aber nicht auf die kleinen Gelenke, sondern befällt auch in derselben Häufigkeit die großen Gelenke, wie Hüft- oder Schultergelenk. Von dem chronischen Gelenkrheumatismus, der aus einem akuten Gelenkrheumatismus hervorgeht, ganz verschieden sind eine Reihe von andern Gelenkerkrankungen, die häufig zur Invalidität führen. Dem chronischen Gelenkrheumatismus am nächsten steht die fortschreitende Gelenkentzündung (Polyarthritis chronica progressiva), auf deren Abgrenzung Hoffa hingewiesen hat. Auch sie tritt zunächst gewöhnlich an den kleinen Gelenken, aber meist der Finger, auf und ist eine eminent fortschreitende Erkrankung. Es kommt zu spindelförmigen Auftreibungen und Verdickungen der Gelenke und späterhin zu den mannigfachsten Veränderungen und Verkrümmungen der befallenen Gelenke. Zugleich stellt sich dabei eine hochgradige Muskelatrophie ein, wie sie bei der gleich näher zu beschreibenden Krankheit nie beobachtet wird. Im Endstadium sind chronischer Gelenkrheumatismus und fortschreitende Gelenkentzündung nicht leicht voneinander zu unterscheiden. Der chronische Gelenkrheumatismus ist aber

durch seine Anamnese kenntlich, er zeigt ferner eine große Neigung zu Verwachsungen der Gelenkenden miteinander (Rhumatisme fibreux der Franzosen) und ist nicht selten mit Herzklappenfehlern kompliziert. Bei beiden Krankheiten geht der pathologische Prozeß von der Gelenkschleimhaut aus und betrifft auch die Gelenkkapsel, die bindegewebig entartet und später schrumpft. Als dritte Krankheit findet sich die deformierende Gelenkentzündung (Arthritis), bei der Knochen- und Knorpelschwund auf der einen Seite, Knochen- und Knorpelwucherung auf der andern Seite charakteristisch sind. Sie befällt vorzugsweise die großen Gelenke und führt zu einer gewissen Abmagerung der Muskulatur. Bei ihr kommt es niemals zu einer Verödung des Gelenks, sondern die Hauptveränderungen zeigen sich an den Knochen. Diese werden atrophisch, abnorm weich und plastisch. Die Knochenenden werden aufeinander geschoben, ineinander gekeilt, die Gelenkenden verbreitern sich, die Knochen werden unter Umständen kürzer. Da die Gelenkenden ineinander geschoben werden, wie man ein Teleskop ineinander schiebt, so haben die Amerikaner für den Vorgang den charakteristischen Ausdruck „telescoping" gewählt. Diese drei Gelenkerkrankungen und die Gicht, die ihrer Natur nach eine Stoffwechselkrankheit ist und nur wegen der Ablagerung der Konkremente in den Gelenken als Gelenkerkrankung imponiert, können alle zu Erwerbsbeschränkungen führen. Je nach der Natur des Leidens wird aber der Ausfall an Arbeitskraft verschieden sein. Bei der Gicht wird der akute Gichtanfall niemals Invalidität zur Folge haben, wohl aber können dauernde Gelenkveränderungen zurückbleiben, die zu einer erheblichen Bewegungsbeschränkung führen. Es bilden sich feste Verknöcherungen zwischen den kleinen Gelenken, die Finger scheinen dabei nach außen verbogen, um die Gelenke bilden sich weiche Gichtknoten, die nach außen aufbrechen und zu Geschwüren Veranlassung geben können. Außer diesen Gelenkveränderungen, die eine leicht abschätzbare Erwerbsbeschränkung verursachen, die aber je nach der Lage des einzelnen Falles individuell zu beurteilen sind, treten als Komplikationen die Nierenschrumpfung oder die Herzerkrankung oder eine Arteriosklerose hinzu, so daß erst die Gesamtbeurteilung ein Bild darüber gibt, ob Invalidität vorliegt oder nicht. Bei dem chronischen Gelenkrheumatismus und der progressiven Gelenkentzündung können sich Gelenkveränderungen herausbilden, die den eben beschriebenen sehr ähnlich sind. Da aber der Krankheitsverlauf dauernd fortschreitet, sind neben den abgelaufenen Krankheitsprozessen stets noch frische vorhanden. Dadurch sind die Patienten genötigt, sich eine gewisse Schonung aufzuerlegen und sich vor Abkühlung und Feuchtigkeit zu schützen. Aber nicht nur dieses Moment ist bei der Beurteilung der Erwerbsfähigkeit in Betracht zu ziehen, sondern dazu kommen noch Schmerzen, die infolge der dauernd neuen Schübe fast beständig vorhanden sind und die Arbeitsfähigkeit überhaupt aufheben. Bei der Gicht sind solche Schmerzen meist nur bei dem einzelnen Anfall vorhanden, jedoch kommen nach Verletzung (Ebstein) auch Fälle vor, wo der unbedeutende Krankheitsbefund in keinem Verhältnis zu der Intensität und anhaltenden Dauer der geklagten Schmerzen steht. Die bisher genannten Erkrankungsformen können von selbst oder auf Grund therapeutischer Maßnahmen zum Stillstand kommen, solange das Leiden nicht zu weit vorgeschritten ist, und sofern die Personen noch in mittlerem Lebensalter stehen. Unter solchen Umständen ist die Invalidität noch nicht als dauernd anzusehen, auch ein Heilverfahren häufig empfehlenswert. Bei älteren Leuten kann von vornherein mit der

Dauer und dem Fortschreiten der Erkrankung gerechnet werden, so daß im Falle der Rentenbewilligung sogleich dauernde Invalidität angenommen werden kann. Bei der deformierenden Gelenkentzündung, die meist nach dem 50. Lebensjahre auftritt, ist mit einer Besserung nicht zu rechnen. Wenn ein ausreichender Grad von Erwerbsbeschränkung anzunehmen ist, kann hier also gleich die Invalidenrente und nicht erst die Krankenrente bewilligt werden. Soweit die verschiedenen Gelenkerkrankungen zur Versteifung eines Gelenks oder mehrerer Gelenke führen, entsteht eine Funktionsbehinderung, die eine in Prozenten ausdrückbare Beschränkung der Arbeitsfähigkeit bedingt. Diese Prozentziffern sind bei den Gelenkversteifungen als Unfallfolge einzeln aufgeführt. Sind diese Ziffern an sich schon im Gebiete der Invalidenversicherung zu hoch, da es sich hier ja nicht wie bei der Unfallversicherung um einen Schadenersatz handelt, so sind sie aber außerdem im einzelnen nicht zu verwerten, da bei der Invalidität eben die gesamte verbliebene Arbeitsfähigkeit und ihre Verwertbarkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu prüfen ist. Auch die Gewöhnung ist bei Gelenkerkrankungen nicht zu unterschätzen. Eine deformierende Hüftgelenkentzündung einer Seite kann zu Zeiten lebhafte Beschwerden machen, ohne daß deswegen die Arbeitsfähigkeit dauernd aufgehoben ist. Bei den Landleuten tritt diese Krankheit, auch als Malum coxae senile bezeichnet, fast als Berufskrankheit auf, aber auch erhebliche Veränderungen und Versteifung eines Beins in der Hüfte pflegen dort keine Behinderung der Erwerbsfähigkeit zu verursachen. Anders ist es, wenn das Leiden beide Hüften befallen hat; dann können auch schon geringere Grade Invalidität bedingen. Die einseitige Versteifung eines Kniegelenks wird die allgemeine Erwerbsfähigkeit nicht wesentlich beeinflussen, auch können Stelzen und Krücken zur Fortbewegung benutzt werden. Selbst bei doppelter Kniegelenkversteifung ist die Bewegung mittels der genannten Hilfsmittel meist möglich, fast stets können hier Arbeiten im Sitzen verrichtet werden. Auch bei starken Veränderungen der Fingergelenke einer Hand ist meist ein vollkommener oder doch zum Umfassen von Gegenständen ausreichender Faustschluß möglich. Es sei auch hier daran erinnert, daß ein Mann, dem beide Hände fehlten, der Tätigkeit als Waldhüter nachgehen konnte und deshalb für versicherungspflichtig erklärt wurde.

Außer den genannten Gelenkkrankheiten werden noch beobachtet und dann gewöhnlich wohl auch hier rubriziert: Gelenkentzündungen irritativer Art, häufig mit Erguß ins Gelenk, solche nach Verletzung, nach Tripper, Arthropathie bei Tabes usw. Eine besondere Form der chronischen Gelenkerkrankungen ist die verknöchernde Entzündung der Gelenke der Wirbelsäule, die ohne Schmerzen und besondere Beschwerden allmählich verläuft und schließlich zu einer vollkommenen Verknöcherung der Wirbelsäule führt, so daß Beugung und Drehungen des Rumpfs nicht möglich sind, und die Patienten ständig in so gerader Haltung sich bewegen, als ob sie einen Ladestock verschluckt haben, oder im Gegensatz dazu mehr oder minder verkrümmen.

Während der chronische Gelenkrheumatismus die Frauen im Verhältnis häufiger befällt, ist der oft in Laienkreisen mit ihm verwechselte Muskelrheumatismus viel mehr eine Erkrankung der Männer. Der Muskelrheumatismus steht in der Häufigkeit als Invaliditätsursache weit hinter dem Gelenkrheumatismus zurück. Trotzdem wird der so unsicher zu diagnostizierende chronische Muskelrheumatismus, um den es sich allein bei der Invalidenversicherung handelt, häufig genug als Hauptursache der Invalidität be-

zeichnet. Bei dem chronischen Muskelrheumatismus sind keine objektiven Symptome vorhanden, bei der Beurteilung der geklagten Schmerzen ist man lediglich auf die Angaben der Kranken angewiesen. Diese Krankheit existiert ohne Zweifel, sie fordert aber wie keine andere infolge des Mangels an objektiven Merkmalen zu Übertreibungen und Simulation heraus. Es ist durchaus verständlich, daß der chronische Muskelrheumatismus häufig als Nebenursache der Invalidität beobachtet wird — in Berlin war er bei den Männern doppelt so häufig Nebenursache wie Hauptursache —, es ist aber auffallend, daß diese Krankheit vielfach so im Vordergrunde stehen soll, daß sie die Hauptursache der Invalidität abgibt oder gar als alleinige Hauptursache der Invalidität bezeichnet wird. Man kann sich des Eindrucks nicht erwehren, daß der chronische Muskelrheumatismus heutzutage bei der Invalidisierung eine Rolle spielt, die ihm bei seiner verhältnismäßigen Harmlosigkeit nicht zukommt. Er stellt häufig auch eine Verlegenheitsdiagnose dar, wenn Krankheiten wie Tabes mit Krisen, Entzündungen der Nerven, Gebärmutterleiden nicht rechtzeitig erkannt werden.

In der Invaliditätsstatistik folgen die Geschlechtskrankheiten Syphilis und Tripper. Wie es in der Natur der Sache liegt, werden diese Krankheiten nur selten direkt zur Invalidität führen. Viel wichtiger ist ihr Einfluß auf die Entstehung von Nachkrankheiten. Als solche kommen für die Syphilis Tabes, Paralyse, Knochenleiden, Geschwülste (Gummen) usw., für den Tripper Unterleibskrankheiten bei Frauen in Betracht. Über den Einfluß der Geschlechtskrankheiten auf die Invalidität führt der Bericht der Versicherungsanstalt Berlin folgendes aus: Außer den 33 wegen Syphilis Invalidisierten hatten von 3160 (3662) Rentnern 279 (382) — eine Zahl, welche wegen der ungenauen Angaben der Untersuchten wahrscheinlich zu tief gegriffen ist — nach den Attesten der Ärzte eine Geschlechtskrankheit bzw. eine Syphiliskur durchgemacht. Ob die Geschlechtskrankheiten immer zur Herbeiführung der Invalidität beigetragen haben, ließen die Ärzte in vielen Fällen unentschieden, ein Zusammenhang wurde aber meist bei den Tabetikern, von denen beinahe 80% an Geschlechtskrankheiten gelitten hatten, angenommen. Von den 2007 (2165) Frauen hatten ausschließlich der 14 (18) wegen Syphilis invalidisierten 42 (34) an einer Geschlechtskrankheit gelitten, bei denen meist als Invaliditätsursache ein Nerven- oder Gelenkleiden in Betracht kam.

Als weitere Untergruppe werden die Infektions- und parasitären Krankheiten aufgeführt. Die Bedeutung dieser Leiden als Invaliditätsursache ist nicht groß. Es liegt in der Natur der Sache, daß die meisten Infektionskrankheiten einen kurzen Verlauf haben und entweder zur Genesung oder zum Tode führen. Von den Infektionskrankheiten, die überwiegend oder häufig in chronischer Form verlaufen, sind Tuberkulose, akuter und chronischer Gelenkrheumatismus und die Geschlechtskrankheiten schon erwähnt. Von den akut verlaufenden Krankheiten zeichnet sich höchstens der Typhus durch eine längere Dauer aus. Aber auch bei ihm wird die Krankheitsdauer, selbst wenn Rezidive auftreten, wohl kaum über die 26. Woche hinaus dauern. Und selbst dann würde erst die Bewilligung einer Krankenrente in Frage kommen, da nicht anzunehmen ist, daß die Krankheit dauernde Invalidität verursachen wird. Auch Eiterkrankheiten können sich über eine längere Zeit hinausziehen. Chronische Eiterungen pflegen aber auch nur in den seltensten Fällen durch die gewöhnlichen Eitererreger hervorgerufen zu werden, sondern verdanken dann gewöhnlich dem Tuberkel-

bazillus ihre Entstehung, gehören also nicht in diese engere Gruppe. Eine Infektionskrankheit, die gerade durch ihren exquisit chronischen Verlauf sich auszeichnet, ist die Lepra; aber sie ist so außerordentlich selten, daß sie als Invaliditätsursache nur im vereinzelten Fall Bedeutung hat. Auch das Rhinosklerom, von dem endemische Herde in Ostpreußen und Schlesien existieren, zeichnet sich durch chronischen Verlauf aus; es verursacht jedoch infolge der lokalen Krankheitszone, die sich auf den Nasenrachenraum erstreckt, nur einen beschränkten Ausfall der Arbeitsfähigkeit. Im medizinischen Sinne krank sind nun solche Personen, die zwar nicht unter den üblichen klinischen Erscheinungen einer Infektionskrankheit erkrankt sind, deren Organe aber krankhaft verändert sind und die Infektionserreger beherbergen. Solche Personen scheiden dann kürzere oder längere Zeit die Erreger aus und werden als Bazillenträger bezeichnet. Nähere Ausführungen über die Bedeutung der Bazillenträger habe ich in dem ersten Bande gemacht. Die Erreger können sich längere Zeit erhalten und auch vermehren; so siedeln sich die Erreger der Genickstarre gerne in der Schleimhaut des Nasenrachenraums, die Diphtheriebazillen in den Mandeln, die Typhusbazillen in der Gallenblase an. Die Rolle, die Bazillenträger bei der Verbreitung der Seuchen spielen, ist heute so bekannt, daß derartige Personen dadurch ernstliche Schwierigkeiten bei der Erlangung von Arbeit haben. Auch darauf habe ich schon im ersten Bande beim Typhus hingewiesen. Es ist auch schon Invalidenrente von einem Bazillenträger verlangt worden. Der Anspruch ist aber von dem Reichsversicherungsamt abgelehnt worden. In der Entscheidung ist folgendes ausgedrückt:

Im Körper der sogenannten Typhusgesunden bleiben Typhusbazillen zurück, die für den Träger unschädlich sind, bei ihrer Ausscheidung aber für andere gefährlich werden können. Zweifellos handelt es sich hier um ein körperliches Leiden, eine Krankheit, die nach wissenschaftlicher Erfahrung trotz ärztlicher Behandlung jahrelang besteht. Erfahren Arbeitgeber und Mitarbeiter von einem solchen Zustande, so kann es vorkommen, daß der Versicherte seine Arbeitsstelle verliert und schwer eine neue findet. Das RVA. hat die Frage, inwiefern ein solcher Bazillenträger vom Arbeitsmarkt ausgeschlossen sei, noch nicht für ausreichend geklärt gehalten. Es nimmt an, daß man zwar dem Versicherten die Ausübung einer Erwerbstätigkeit nicht zumuten dürfe, wenn er andere dadurch erheblich gefährde, daß es jedoch nach den neueren wissenschaftlichen Erfahrungen möglicherweise nicht der nötigen Arbeitsenthaltung bedürfe, und daß vielleicht gewisse Vorsichtsmaßregeln, wie die Beobachtung des Typhusgesunden und seine Belehrung über die notwendigen Vorbeugungsmittel, genügten. Im vorliegenden Falle kam auch der Übergang des Klägers, der Stallschweizer war, zu einer Beschäftigung, die ihn nicht in unmittelbare Berührung mit Nahrungsmitteln brachte, in Frage. Das RVA. nahm dabei weiter an, daß polizeiliche Anordnungen, welche eine Beschäftigung des Klägers verbieten, nicht in Betracht kämen, daß vielmehr solche Anordnungen, so weit sie den Kläger in seinem wirtschaftlichen Fortkommen weiter beschränkten, als schon durch sein Leiden an sich bedingt sei, für die Prüfung seiner Erwerbsfähigkeit unerheblich seien. (A. N. d. RVA. 1910, S. 647.)

Es muß bezweifelt werden, ob dieser Standpunkt haltbar ist. Das Reichsversicherungsamt würde wohl zu einer andern Entscheidung kommen, wenn es sich um einen Bazillenträger bei Cholera oder Pest handelte. Im Prinzip handelt es sich hier um dieselbe Sache.

Von den Krankheiten, die durch Schimmelpilze hervorgerufen werden, kommen die Haar- und Hautkrankheiten hier weiter nicht in Betracht. Der Strahlenpilz, der an den Grannen der Getreidehalme sitzt, verursacht bei Personen in der Landwirtschaft häufig infiltrierende Wucherungen in der Mundhöhle, an den Kiefern, am Hals usw. (Aktinomykose), die aber in der Regel nur eine vorübergehende Invalidität erzeugen.

Unter den Infektionskrankheiten können außer den bisher erwähnten noch die durch tierische Erreger verursachten vielleicht einmal gelegentlich als Invaliditätsursachen in Betracht kommen. In erster Linie ist die Malaria zu erwähnen, die bei uns in manchen Gegenden endemisch vorkommt, und an der auch vielfach Seeleute und andere Personen, die in südlichen Ländern gelebt haben, leiden. Sie kann in ganz chronischer Form auftreten und zu schwerer Entkräftung (Kachexie) führen. Auch ein eingeschleppter Fall von Schlafkrankheit oder von Beri-Beri, bei dem allerdings die Ätiologie zweifelhaft ist, könnte einmal als Invaliditätsursache auftreten.

Neben den Infektionskrankheiten gehören zu dieser Gruppe die parasitären Krankheiten, die durch größere tierische Erreger hervorgerufen werden. Es kommen Trichinen, Bandwurm, der Erreger der Wurmkrankheit (Anchylostoma duodenale) und andere Wurmarten zunächst in Frage. Auf diese Krankheiten ist in dem ersten Bande näher eingegangen. Als Invaliditätsursachen treten sie auf, wenn sie einen besonders schädigenden Einfluß auf den Körper ausüben, wenn sie Anämie und ähnliche schwere Krankheitserscheinungen hervorrufen. Etwas anders wirkt die Finne der verschiedenen Bandwurmarten (Cysticercus und Echinococcus). Sie siedelt sich in den verschiedensten Organen an und ruft dort geschwulstartige Bildungen hervor. Wenn dabei lebenswichtige Organe betroffen werden, wie Gehirn, Leber, Knochenmark usw., so können schwere Organerscheinungen auftreten, die wohl die Grundlage für eine Invalidität abgeben können.

Alle diese Leiden, die zu den Infektionskrankheiten oder zu den parasitären Krankheiten gehören, treten, so zahlreich die Krankheitsarten auch sein mögen, doch nur vereinzelt als Invaliditätsursachen auf. Die ganze Untergruppe, die sich aus so vielen Krankheiten zusammensetzt, verursacht unter 1000 Invaliditätsfällen durchschnittlich nur einmal Invalidität. Gerade hier bestehen aber zeitliche und örtliche Unterschiede, die recht verschiedenartige Ergebnisse zeitigen.

Wir wenden uns zu den Vergiftungen, die den parasitären Krankheiten, soweit sie Anämie und ähnliche Vergiftungserscheinungen zeigen, recht nahe stehen, wenn hier auch ein totes Objekt die Ursache der Krankheit ist. Die Statistik unterscheidet zwischen Alkoholvergiftung, Bleivergiftung und sonstigen Vergiftungen.

Die Alkoholvergiftung kann in verschiedenartiger Weise einen Einfluß auf die Erwerbsfähigkeit ausüben. Die akute Vergiftung, der Rausch, kommt für unsere Betrachtung infolge der Kürze der Dauer nicht in Frage. Bei chronischer Vergiftung können einmal ein Delirium tremens und ferner sekundäre Veränderungen des Körpers entstehen. Das Delirium tremens, der Säuferwahnsinn, ist eine akut verlaufende Geisteskrankheit, deren Dauer sich auf Tage, mit ihren Folgezuständen, wie körperliche Schwäche, Herzstörungen usw., sich auf wenige Wochen erstreckt. Auch dieses Leiden kommt als Invaliditätsursache nicht in Betracht. Von den sekundären Veränderungen ist in erster Linie die Trunksucht zu nennen. Das Primäre bei dem Leiden ist der krankhafte Hang zum Alkoholgenuß. Sehr bald tritt

aber unter dem Einfluß des Alkoholgenusses eine Steigerung der Krankheitserscheinungen auf, die sich in erster Linie auf den krankhaften Hang selbst erstreckt, ihn erheblich verstärkt und die Willenskraft lähmt. Die primäre Veranlagung und der dauernde Alkoholgenuß üben aufeinander dann fortgesetzt eine Wechselwirkung aus, so daß schließlich ein schwerer Krankheitszustand entsteht, bei dem der Mensch jede Lust zur Arbeit verloren hat und in seinem moralischen Empfinden und in seiner Intelligenz aufs empfindlichste geschädigt ist. Daneben haben sich dann in der Regel körperliche Folgeerscheinungen des dauernden Alkoholgenusses herausgebildet. Ein derartiger Krankheitszustand ist als ausreichende Invaliditätsursache anzusehen. In der Rekursentscheidung vom 16. Februar 1909 (A. N. d. RVA. 1909, S. 509) hat das Reichsversicherungsamt hierzu folgendes ausgeführt: Zweifellos kann infolge starker Trunksucht unter Umständen auch eine Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit eintreten. Zur Begründung dieser Annahme ist jedoch der Nachweis erforderlich, daß die Trunksucht krankhafte Erscheinungen geistiger oder körperlicher Art hervorgerufen hat, die zwingend auf die Willenskraft oder die körperliche Arbeitsbefähigung einwirken.

Die dauernde Zuführung von Alkohol hat eine Reihe von Krankheitserscheinungen im Gefolge, die das Nervensystem, den Stoffwechsel, die Atmungsorgane betreffen. Der Alkohol steht mit der Tuberkulose in Zusammenhang, er fördert die Erwerbung von Geschlechtskrankheiten und soll auch einen nachteiligen Einfluß auf die Gesundheit der Nachkommenschaft ausüben. Auch wird der Körper gegen Einflüsse der verschiedensten Art weniger widerstandsfähig und erliegt leichter Krankheiten und Unfällen, die zu Blutverlust führen. Schließlich werden durch die Ausgaben für den Alkohol die Mittel derart beschränkt, daß oft die Bedürfnisse an Nahrung, Kleidung und Wohnung nicht ausreichend befriedigt werden können.

Alkoholismus trat bei den 3160 Rentnern der Versicherungsanstalt Berlin in 77 Fällen als Hauptursache und in 91 Fällen als Nebenursache der Invalidität auf. Bei den Frauen hatte er auffallenderweise nur eine vereinzelte Bedeutung.

Die Alkoholvergiftung als direkte Invaliditätsursache macht sich bei den einzelnen Versicherungsanstalten verschieden bemerkbar. Im allgemeinen wird sie vorzugsweise bei Männern beobachtet und beträgt dort etwa ½% der Invaliditätsursachen.

Von den Vergiftungen wird auch die Bleivergiftung besonders aufgeführt. Sie wird aber nur vereinzelt als Invaliditätsursache beobachtet und hat keinerlei statistischen Einfluß. Irgendwelche Schlüsse auf die Häufigkeit der Bleivergiftung als Ursache der Invalidität lassen sich aber daraus nicht ziehen. Denn wir wissen, daß die Bleivergiftung bei einigen Gewerben in geradezu erschreckender Häufigkeit vorkommt, worauf ich in dem Kapitel über die Bekämpfung der Gewerbekrankheiten näher eingegangen bin. Außerdem äußert sich die Bleivergiftung in Krankheitserscheinungen, die auch auf anderer Grundlage vorkommen, und wird darum häufig gar nicht diagnostiziert. Bei Malern, Klempnern und andern Handwerkern, die erfahrungsgemäß häufig an Bleivergiftung erkranken, wird in erster Linie immer an dieses Leiden gedacht. Wenn aber Bleiarbeiter ihren Beruf gewechselt haben, denkt man in der Regel nicht daran, daß der Krankheitsprozeß einer Bleivergiftung seine Entstehung verdankt. Die Krankheit äußert sich als chronisches Darmleiden mit Kolikanfällen und Verstopfung, Gliederschmerzen (Bleiarthralgie) und Bleiasthma. In späteren Stadien kommt es zur Bleigicht,

Nierenschrumpfung (Bleiniere), Bleilähmung und sonstigen Krankheiten des Zentralnervensystems (Encephalopathia saturnina, Epilepsie, Hysterie, Geisteskrankheiten, Bleitabes). Diese Krankheiten treten nicht nebeneinander auf, sondern den einen Patienten befällt diese, den andern jene Form, wobei natürlich auch Kombinationen vorkommen. Schließlich kommt es zur Entkräftung (Bleikachexie). Soweit nicht Degenerationen in den Muskeln, Nerven oder andern Organen bereits eingetreten sind, bietet das Heilverfahren günstige Aussichten auf Erfolg. Die Hauptschwierigkeit wird aber immer die rechtzeitige und möglichst frühzeitige Sicherung der Diagnose bilden.

Die andern Vergiftungen, die zur Invalidität führen, kommen in noch größerer Vereinzelung zur Beobachtung. Es handelt sich dabei einmal um Metalle, wie Zink, Quecksilber, Mangan usw., die ähnlich wie das Blei wirken. Sodann werden Vergiftungen durch chemische Produkte (Anilin, Nitrobenzol, Chrom usw.) und durch giftige Gase (Schwefelkohlenstoff, Chlor, Kohlenoxyd) beobachtet. Diesen gewerblichen Vergiftungen wird heute in der Weise entgegengetreten, wie ich es bei der Bekämpfung der Gewerbekrankheiten näher auseinandergesetzt habe. Bei dem eigentümlichen Standpunkt, den die soziale Gesetzgebung jedoch bisher den Gewerbekrankheiten gegenüber eingenommen hat, sind wir über die Gewerbekrankheiten nur mangelhaft unterrichtet. Es wird wahrscheinlich zahlreiche Fälle von Invalidität geben, die auf eine Vergiftung zurückzuführen sind, ohne daß darüber näheres bekannt ist.

Noch viel mehr als bei den gewerblichen Vergiftungen sind wir bei andersartigen Vergiftungen auf den Zufall angewiesen. So konnte Knepper einige Invalidenrentner beobachten, die an chronischer Tabakvergiftung litten, aber wegen „Herzmuskelentartung", „Arterienverkalkung", „Asthma", „Neurasthenie" usw. invalidisiert werden sollten. In einem Beobachtungsjahre konnte er an einem kleinen Material (135 Rentenbewerber) in fünf sicheren und zwei zweifelhaften Fällen Tabakvergiftung feststellen und durch das Heilverfahren die Kranken der Genesung zuführen. Es fragt sich, wieweit solche Fälle verallgemeinert werden können. Es wäre aber wünschenswert, wenn in dieses dunkle Gebiet mehr Licht hineingebracht werden könnte, da alsdann durch rechtzeitige Einleitung eines Heilverfahrens mancher Fall von chronischer Vergiftung vor der Invalidität bewahrt werden könnte.

Die Zuckerkrankheit spielt als Invaliditätsursache zwar keine wichtige Rolle, aber sie gehört doch zu den Invaliditätsursachen, deren besondere Aufführung in der Statistik sich lohnt. Sie ist vorwiegend eine Erkrankung der Männer und dürfte häufiger vorkommen, als man denkt. Gewöhnlich wird sie ganz zufällig oder bei einer zu andern Zwecken vorgenommenen ärztlichen Untersuchung entdeckt. Diese Tatsache läßt schon darauf schließen, daß dieses Leiden — abgesehen von den selteneren schweren Formen — gewöhnlich nicht allein zur Invalidität führen wird. Bei den Rentnern der Versicherungsanstalt Berlin wurde Zuckerkrankheit 22mal als Hauptursache und 29mal als Nebenursache der Invalidität beobachtet, nur in sechs Fällen war sie die alleinige Ursache. Bei den Frauen trat sie 15mal als Hauptursache, viermal als Nebenursache und nur einmal als alleinige Ursache auf. Die Zuckerkrankheit vereinigt sich also sehr häufig mit andern Leiden, um Invalidität hervorzubringen. Gewöhnlich werden dabei Alterskrankheiten, Arteriosklerose, Fettleibigkeit, Gicht, Krankheiten des Herzens usw. beobachtet. Nur in seltenen Fällen wird die Zuckerharnruhr in einer so schweren Form auftreten, daß sie als alleinige Invaliditätsursache

in Frage kommt. Es handelt sich dann gewöhnlich um jüngere Personen, bei Personen mittleren und höheren Alters pflegt die leichtere Form aufzutreten, die 2—4% Zucker zeigt. Die schwereren Formen zeichnen sich durch den höheren Zuckergehalt und den Gehalt des Harns an Oxybuttersäure, Azeton oder Azetessigsäure aus. Solche Fälle können sehr akut verlaufen, ziehen sich aber meist über 1—2 Jahre hin. Die sogenannten leichteren Formen sind auch in der täglichen Praxis häufig mit andern Leiden verbunden. Sie werden bei Biertrinkern mit übermäßiger Fettsucht, bei Neurasthenikern und Arteriosklerotikern viel gefunden. Wenn auch diese gemischten Zustände oft zur Vorsicht ermahnen, so dauert es doch ziemlich lange, bis sie einen ernsteren Charakter zeigen. Die Arbeitsfähigkeit ist wohl häufig für kürzere oder längere Zeit gestört, diese Störung erreicht aber keinen hohen Grad, so daß Zuckerkranke jahrelang und selbst jahrzehntelang bei genügender Vorsicht in der Lebensweise ihrem Erwerb nachgehen können. Wenn ein Zuckerkranker auf Grund seines Leidens invalidisiert werden will, so wird man bei den leichteren Formen verlangen müssen, daß die Krankheit so erhebliche Störungen anderer Körperfunktionen macht, daß hierdurch Invalidität bedingt wird. Der allgemeine Kräfte- und Ernährungszustand muß hier berücksichtigt werden. Der Zuckerkranke soll sich zwar vor schwerer körperlicher Anstrengung hüten, damit das Stoffwechselgleichgewicht nicht gestört wird. Leichtere körperliche Arbeit ist aber sogar von günstigem Einfluß auf den körperlichen Zustand.

Die übrigen Allgemeinleiden sind nicht einzeln aufgeführt, da sie nur gelegentlich als Invaliditätsursachen in Betracht kommen. Ich nenne hier die abnorme Fettleibigkeit, die z. B. bei dem Allgemeinen Knappschaftsverein zu Bochum mehr Fälle von Berginvalidität bedingt als die Zuckerharnruhr, die einfache Harnruhr (Diabetes insipidus), die Glotzaugenkrankheit (Basedowsche Krankheit), die allgemeine Schleimsucht (Myxödem), die Bronzekrankheit (Addisonsche Krankheit).

Damit ist die Besprechung der zur Invalidität führenden Allgemeinleiden erschöpft. Ihre Bedeutung möge durch die Tatsache gekennzeichnet werden, daß sie etwa die Hälfte aller Invaliditätsursachen ausmachen.

In der Reihenfolge der Invaliditätsstatistik folgen nun die örtlichen Krankheiten, und zwar die Krankheiten des Zentralnervensystems, der Sinnesorgane, der Atmungsorgane, der Kreislauforgane, der Verdauungsorgane, der Harn- und Geschlechtsorgane, des Haut- und Unterhautzellgewebes und der Bewegungsorgane.

Die Krankheiten des Nervensystems machen insgesamt etwa 5—6% der Invaliditätsursachen aus und werden eingeteilt in Geisteskrankheiten, andere Krankheiten des Gehirns und Krankheiten der Gehirnhäute, Epilepsie, andere Neurosen, Krankheiten des Rückenmarks und Krankheiten der peripheren Nerven.

Die Geisteskrankheiten verursachten 1,8% der Invaliditätsfälle bei den Männern und gar 2,1% derjenigen bei den Frauen. Diese Zahlen, die aus den Jahren 1896—99 stammen, drücken aber die Bedeutung der Geisteskrankheiten nicht mehr genügend aus. Man kann annehmen, daß heute die Geisteskrankheiten 3—5% der Invaliditätsursachen ausmachen. Auf die einzelnen Abarten der Geisteskrankheiten braucht nicht näher eingegangen zu werden. Ihnen allen ist es gemeinsam, daß sie einen Geisteszustand bewirken, der sich von dem geistig normaler Menschen offensichtlich unterscheidet. Diese Tatsache hat zur Folge, daß die Arbeits- und Erwerbs-

fähigkeit der Geisteskranken in erheblichem Umfange eingeschränkt ist. Denn ein Teil von ihnen wird in Heil- und Pflegeanstalten gebracht, weil die Patienten gemeingefährlich, selbstmordverdächtig, pflegebedürftig sind oder die öffentliche Ruhe stören, der andere, viel kleinere Teil trägt die Stigmata der Krankheit an sich und ist dadurch so gut wie völlig vom Arbeitsmarkt ausgeschlossen. Die Tatsache der Geisteskrankheit bedingt an sich allerdings nur selten Invalidität. Dann handelt es sich um geistesschwache oder verblödete Personen, die nicht in der Lage sind, ihre unzweifelhaft vorhandene körperliche Arbeitskraft auf dem Arbeitsmarkt zu verwerten. Oder es sind Personen, die infolge von Sinnestäuschungen und Wahnideen ihre körperliche Arbeitskraft nicht auszunutzen vermögen. Gerade diese Personen sind dann aber meist auch anstaltsbedürftig, und nur auf dem Lande findet man heutzutage harmlose Geisteskranke außerhalb der Anstaltspflege. Dagegen ist ein chronisch Verrückter mit wohlgeordnetem Wahnsystem (Paranoia chronica) meist durchaus in der Lage, seine Arbeitsfähigkeit zu verwerten und sogar seine krankhaften Vorstellungen zu verbergen. Ebenso wird ein nur leicht schwachsinniger Mensch unter einfacheren wirtschaftlichen Verhältnissen, besonders auf dem Lande, in der Lage sein, sich selbständig sein Brot zu verdienen. Auch bei Personen, die gelegentlich an triebartigen Zuständen oder an Zwangsvorstellungen leiden, wird, solange sie nicht anstaltsbedürftig sind, die Erwerbsfähigkeit wenig oder gar nicht gestört sein. Aber auch in diesen aufgeführten Fällen wird jedesmal nach der besonderen Sachlage zu entscheiden sein. Im allgemeinen ist bei geisteskranken Personen immer damit zu rechnen, daß sie auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ihre körperlichen Fähigkeiten nicht verwerten können. Damit ist dann aber auch die Gesamterwerbsfähigkeit aufgehoben oder erheblich vermindert. Das Reichsversicherungsamt hat zu diesem Punkte Stellung genommen und in einer Revisionsentscheidung folgendes ausgeführt (A. N. d. RVA. 1901, S. 431): „Während der Fallsüchtige durch plötzliche Ausbrüche seines Leidens regelmäßig nur sich selbst gefährdet, ferner in den anfallfreien Zeiten durchaus zur Arbeit verwendbar sein kann, auch seine Krankheit eher Mitgefühl als Widerwillen zu erwecken pflegt, befindet sich der Geisteskranke in allen diesen Beziehungen in ungünstigerer Lage. Es ist in der Natur der Sache begründet und wird durch die tägliche Erfahrung bestätigt, daß im allgemeinen jedermann den Verkehr mit einer als geistig nicht gesund bekannten Person vermeidet, nicht nur wegen der Besorgnis, der Kranke könne wegen eines plötzlichen Anfalls seiner Umgebung gefährlich werden oder sonst durch sinnloses Handeln Schaden anrichten, sondern auch vor allem wegen des Gefühls der Scheu und Abneigung, das durch den Zustand eines unter vernunftwidrigen und mehr oder weniger unerklärlichen inneren Einflüssen stehenden Menschen notwendig hervorgerufen wird. Selbstverständlich werden sich diese Rücksichten je nach der Art und dem Grade der geistigen Erkrankung in den einzelnen Fällen mit verschiedener Stärke geltend machen. Immerhin aber bedarf es, soweit nach Lage der Sache Geisteskrankheit als Erwerbsunfähigkeitsursache in Frage kommt, stets auch einer Erwägung des vorstehend erörterten Gesichtspunktes."

Ich gehe nun zunächst zu den Neurosen und ihrer Bedeutung als Invaliditätsursachen über. In der Statistik wird die Epilepsie besonders genannt. Sie macht bei den einzelnen Versicherungsanstalten bis zu 1% der Invaliditätsursachen aus. Dieses Leiden zeichnet sich dadurch aus, daß zu gewissen Zeiten ein Bewußtseinsverlust mit Krämpfen auftritt. In dem

freien Intervall ist der Krampfkranke so gesund wie ein anderer Mensch. Die Krämpfe können nur wenige Minuten dauern, aber auch eine halbe Stunde oder noch länger. Sie können vereinzelt oder gehäuft auftreten, so daß in kurzen Zwischenräumen 10 oder mehr Krampfanfälle auftreten. Das freie Intervall kann Monate, Wochen, aber auch nur Tage betragen. Im Anschluß an die Anfälle können Allgemeinbeschwerden wie Übelkeit, Schwindel, Kopfschmerzen usw. auftreten. Die Arbeitsfähigkeit ist nur während des Krampfanfalls oder höchstens während des Krampftages aufgehoben. Die Beurteilung der Erwerbsunfähigkeit wird sich also nach der Häufigkeit der Anfälle richten. Stempel nimmt Invalidität durch die Anfälle selber erst an, wenn die Krämpfe täglich oder mindestens alle drei bis vier Tage auftreten. Aber auch bei solchen Kranken, bei denen nicht so außerordentlich häufige Anfälle beobachtet werden, wird durch die Einschränkung des Arbeitsmarkts eine Verminderung der Erwerbsfähigkeit bedingt, die allerdings je nach Lage des Falls sehr wechselnd sein wird. Im allgemeinen können Epileptiker schwer Arbeit finden. Wenn ein Epileptiker bei der Arbeit einen Anfall bekommt, in eine Maschine fällt und sich verletzt oder in einen Kessel fällt und sich verbrüht oder sich auch nur auf dem Zementfußboden der Arbeitsstätte verletzt, so liegt ein Betriebsunfall vor, für den die Berufsgenossenschaft aufzukommen hat. Die Berufsgenossenschaften dürfen zwar nicht in ihren Unfallverhütungsvorschriften die Beschäftigung von Epileptikern allgemein verbieten (Handbuch der Unfallversicherung I, S. 593), sie können es aber für Arbeiten an Maschinen, am Feuer und am Wasser. Außerdem findet in vielen Fabriken vor der Einstellung eine Untersuchung durch den Vertrauensarzt statt, der bei allen gefährlicheren Beschäftigungen einen Epileptiker zurückweisen wird. Auch die Arbeitgeber beschäftigen nur ungern einen Epilektiker, und nach 2—3 Anfällen wird in Fabrik- und ähnlichen Betrieben der Krampfkranke gewöhnlich entlassen. So wandert er von einer Arbeitsstelle zur andern, ohne irgendwo festen Fuß fassen zu können. Trotzdem sind solche Kranke durchaus in der Lage, in der Stadt als Gelegenheitsarbeiter Beschäftigung zu finden. Noch viel leichter ist es für sie, in der Landwirtschaft Beschäftigung zu finden, wo infolge des Arbeitermangels nicht so große Ansprüche an das Arbeitermaterial gestellt werden. Für alle zuletzt genannten Fälle kann die Epilepsie also nur eine Teilursache der Invalidität sein, sie muß sich mit andern Krankheiten verbinden, um Invalidität herbeizuführen. In einem Fall, der zur Beurteilung durch das Reichsversicherungsamt kam, hat die oberste Spruchbehörde den völligen Ausschluß vom Arbeitsmarkt infolge epileptischer Anfälle verneint (A. N. d. RVA. 1898, S. 391). Die Epilepsie kann ferner in Form von Schwindelanfällen, Dämmerzuständen und ähnlich auftreten. Diese epileptischen Äquivalente sind aber selten und können auch nur auf Grund der besonderen Sachlage beurteilt werden. Die Epilepsie kann auch schließlich zur Verblödung führen. Derartige Zustände müssen wie Geisteskrankheit beurteilt werden.

Die übrigen Neurosen werden von der Statistik als Sammelbegriff aufgeführt. Sie stellen eine merkbare Gruppe von Invaliditätsursachen dar, die bei den Männern rund 1,5%, bei den Frauen sogar 3,5—4,5% aller Ursachen ausmacht. Zu dieser Gruppe werden von der Statistik nicht nur die eigentlichen Neurosen, zu denen Hysterie, Neurasthenie und Hypochondrie gehören, sondern auch Veitstanz, Schüttellähmung und Basedowsche Krankheit gerechnet. Eine gewisse äußerliche Ähnlichkeit mit der vorher besprochenen

Epilepsie hat die Hysterie. Sie hat ihren Namen von dem griechischen Wort für Gebärmutter, ist aber nicht etwa eine spezifische Krankheit des weiblichen Geschlechts, wie man früher glaubte, sondern kommt auch, allerdings seltener, bei Männern vor. Die stärkere Beteiligung des weiblichen Geschlechts an der statistischen Gruppe ist auf die Hysterie zurückzuführen. Die Hysterie geht unter Umständen ebenfalls mit Krämpfen einher und wird dann leicht mit der Epilepsie verwechselt. Sie zeigt außerordentlich verschiedenartige Krankheitsbilder und tritt nach Stempel in leichten, mittleren und schweren Formen auf. Bei der leichteren Form treten die subjektiven Beschwerden in den Vordergrund, Energielosigkeit, Erregungszustände, Unruhe, unangenehme Empfindungen und Schmerzen. Bei der mittelschweren Form treten deutliche und weitverbreitete Empfindungsstörungen und Krampfanfälle hinzu. Die schwere Form äußert sich in absoluter Empfindungslosigkeit der Haut, Gelenkneuralgien, Lähmungen und ihrem Gegensatz, krampfhaften Spannungszuständen der Muskulatur (Spasmen und Kontrakturen). Das ganze Krankheitsbild wird durch eine besondere Unlust zur Arbeit beherrscht. Diese führt zu einer solchen Betonung der Beschwerden, daß der Laie geneigt ist, den Krankheitszustand auf die Folgen der Erwerbsunfähigkeit hin zu überschätzen. Während die schweren Formen der Hysterie bedingungslos Invalidität verursachen, ist bei den leichten und mittelschweren Formen stets leichte Arbeit möglich, so daß das Minimum der Arbeitsfähigkeit erreicht wird. Nur wenn körperliche Störungen der Ernährung vorliegen oder andere Krankheitszustände mit dem Leiden verknüpft sind, kann Invalidität bedingt werden. Die Hysterie zeichnet sich dadurch aus, daß bei ihr die schwersten Krankheitszustände von einem Tag zum andern schwinden können. Infolgedessen muß in jedem Einzelfall überlegt werden, ob vorübergehende oder dauernde Invalidität anzunehmen ist. Auch müssen diese Rentner gelegentlich auf das Vorhandensein ihrer Invalidität nachgeprüft werden.

So wie die Hysterie vorzugsweise eine Krankheit des weiblichen Geschlechts ist, so werden von der Neurasthenie vorzugsweise Männer befallen. Bei dieser Krankheit spielt die frühzeitige oder vorzeitige Abnutzung des Nervensystems die Hauptrolle. Dem schädigenden Einfluß sind vor allem Leute ausgesetzt, die sich bei ihrer Arbeit besonders abhetzen müssen, deren Tätigkeit sehr anstrengend und aufregend ist, und die das durch die Arbeit ermüdete Nervensystem nicht der Erholung, sondern stimulierenden Reizen wie Alkohol, Nikotin, Kaffee, Vergnügungen usw. zuführen. Infolgedessen stellt sich eine abnorme Ermüdbarkeit und eine große Reizbarkeit ein. Dazu gesellen sich nervöse Beschwerden, Kopfschmerzen, Schwindel, Schmerzen, Herzklopfen, Schlaflosigkeit, Appetitlosigkeit usw. Gerade die letzten Erscheinungen schädigen die Ernährung und den Schlaf, dadurch wird wieder das Nervensystem alteriert, so daß die einzelnen Krankheitssymptome sich gegenseitig unheilvoll beeinflussen und den Krankheitsgrad fortgesetzt steigern. Die erbliche nervöse Anlage hat insofern eine Bedeutung, als hier schon bei unbedeutenden äußeren Schädigungen der Ausbruch des Leidens erfolgt. Gerade solche nervös veranlagten Personen neigen dann wieder zu besonders schweren Krankheitserscheinungen, die sich der Hypochondrie nähern. Bei dieser Krankheit, die häufig mit der Neurasthenie zusammen auftritt, steht die Grübelsucht und die Gemütsverstimmung im Vordergrund. Gewöhnlich werden unbedeutende Beschwerden auf irgendein schweres, gar nicht vorhandenes Leiden bezogen, eine Tuberkulose, ein Krebsleiden

usw. Dieser Erscheinung gleichwertig sind Angstzustände, wie Platzangst, die sich schon wieder den früher erwähnten Zwangsvorstellungen nähern. Die tiefe seelische Verstimmung, die im Gefolge der Grübelsucht auftritt, kann zu einer Hemmung des Vorstellungsablaufs und der Tätigkeit führen, die auf die Erwerbsfähigkeit einen wesentlichen Einfluß hat. Demgegenüber zeigen die eigentlichen Neurastheniker im Gegensatz zu ihren Beschwerden beinahe eine Steigerung ihrer Arbeitsfähigkeit. Diese Menschen, die tagsüber von ihren Beschwerden geplagt werden und nachts sich stundenlang schlaflos im Bett umherwälzen, arbeiten trotz lauten Lamentierens am nächsten Tage mit einer Intensität, die erstaunlich ist, während der Gesunde durch denselben Zustand der Schlaflosigkeit allein schon in seiner Leistungsfähigkeit erheblich geschädigt wäre. Jendrassik sagt: „Die Neurasthenie der begabten Leute ist die Quelle ihrer Arbeitsdauer, die Übermenschen sind Neurastheniker," und v. Speyr: „Nur Neurastheniker richten etwas aus auf dieser Welt." Es gibt aber Neurastheniker, die nichts arbeiten und ihre Tätigkeit aufs Lamentieren verlegen. Auch sie leisten durch Produktion von Zwangsgefühlen, Zwangsempfindungen, Sichselbstquälen usw. Arbeit, die aber unnütz und zwecklos ist. Aus dieser kurzen Skizze, die auf solche Zustände nicht näher eingeht, die für die Erwerbsunfähigkeit belanglos sind wie die sexuelle Neurasthenie, ergibt sich, daß die eigentliche Neurasthenie wohl niemals einen solchen Krankheitsgrad erreichen wird, daß das Arbeitsminimum nicht geleistet wird, unterhalb dessen Invalidität begründet ist. Bei schwerer hypochondrischer Verstimmung kann allerdings die Arbeitsfähigkeit vollständig aufgehoben sein; diese Fälle sind aber nicht allzu häufig und kommen aus äußern Gründen (z. B. Selbstmordgefahr) dann gewöhnlich in Anstaltspflege, woraus ihre Arbeitsunfähigkeit ohne weiteres ersichtlich ist. Die Beurteilung der Neurasthenie wird aber dadurch erschwert, daß andere Krankheitszustände in derselben Form auftreten können. Es können daher leicht Irrtümer in der Diagnose entstehen. Hirn- und Rückenmarksgeschwülste, die beginnende Hirnerweichung und Rückenmarksschwindsucht, die beginnende multiple Sklerose können so wenig objektive Krankheitszeichen haben, daß sie lange Zeit unter der Flagge Neurasthenie segeln. Auch Neuralgien und andere Nervenkrankheiten, ferner chronische Vergiftungen durch Alkohol, Tabak, Morphium usw. werden leicht für die Symptome der Neurasthenie gehalten. Es ist ein Irrtum, wenn man glaubt, daß die Neurasthenie nur eine Krankheit der höhern Stände ist. Gerade in Arbeiterkreisen kommt sie recht häufig vor. Bei der Krankenkasse des Allgemeinen Knappschaftsvereins zu Bochum wurden z. B. im Jahre 1910 bei 223 000 Krankheitsfällen 513 Fälle von Neurasthenie und 102 Fälle von Epilepsie beobachtet, während in demselben Jahre 48 Fälle von Neurasthenie und 13 Fälle von Epilepsie zur Berginvalidität führten bei 4100 Fällen von Berginvalidität. Im übrigen sei auf die beachtenswerte Arbeit von Max Laehr über die Nervosität der heutigen Arbeiterschaft hingewiesen.

Bei funktionellen Neurosen genügen nun nicht nur die auf die Angaben der Kranken gestützten Klagen und Beschwerden zur Annahme der Invalidität, sondern der objektive Befund muß die Beschwerden sowohl als auch die Stärke der Beschwerden wahrscheinlich machen. Wenn der Befund sich allein darauf stützt, daß etwa der Rachenreflex gesteigert oder aufgehoben ist, oder daß die Haut Nachröten zeigt, so ist die Diagnose nicht hinreichend begründet. In einem solchen Falle hat das Reichsversicherungsamt mit Recht den ungenügenden Nachweis der Krankheit gerügt (Rev. E. v. 17. XII.

06): „Es liegt auf der Hand, daß dieser Weg schließlich zu der Notwendigkeit führt, jedem die Invalidenrente zu bewilligen, der sich beharrlich der Arbeit enthält und für erwerbsunfähig erklärt. Ein gewisses Maß von Berechtigung ist zwar der Vermutung nicht abzusprechen, daß derjenige, der so verfährt und damit auf einen früher regelmäßig erzielten guten Verdienst verzichtet, an Erwerbsfähigkeit erheblich eingebüßt haben werde; immerhin ist doch klar, daß diese Vermutung nur einen bedingten, je nach Lage der Verhältnisse sehr verschiedenen Wert hat. Denn auf der andern Seite ist sicher — so ungeklärt auch in vielen Beziehungen die Frage nach Natur und Wirkungen der Neurasthenie und Hysterie ist —, daß bei diesen Leiden häufig der Einfluß der Begehrungsvorstellungen und verwandter Willensmomente, sei es auch unbewußt, eine große, nur freilich äußerst schwer festzustellende Rolle spielt. Um deswillen ist es die ernste, im dringenden Interesse der Arbeiterschaft selbst wie des Volksganzen liegende Aufgabe der Rechtsprechung, alle verfügbaren Mittel anzuwenden, um ungerechtfertigten Einflüssen der Begehrlichkeit auf die Rentenbewilligungen nach Möglichkeit entgegenzutreten. Die Vernachlässigung dieser Pflicht würde mit Notwendigkeit zur Erschlaffung der Arbeitsfreudigkeit und des sittlichen Verantwortlichkeitsgefühls in den Kreisen der nicht mehr voll erwerbsfähig Versicherten und damit gleichzeitig zu einer Schädigung der Volkskraft wie zu einer ungerechtfertigten Belastung der Versicherungsanstalten führen; diese Belastung würde umso nachhaltiger sein, weil die ohne zureichenden Grund bewilligten Renten in der Regel am längsten bezogen werden."

Durch Rentensucht kann natürlich ein Anspruch auf Invalidenrente nicht bedingt werden.

Von den übrigen Krankheiten dieser Gruppe tritt der Veitstanz bei Erwachsenen selten, dann aber in sehr schwerer Form auf. Die eine Art von Fällen (Huntingtonsche Chorea) wird häufig vererbt und führt zu einer Störung der Intelligenz. Die unwillkürlichen Muskelbewegungen können allein schon für sich die Erwerbsfähigkeit vollständig aufheben. Die andere Form habe ich hauptsächlich bei Frauen nach Entbindungen, im Anschluß an Gelenkrheumatismus und ohne erkennbare Ursache beobachtet. Oft ist der Verlauf so stürmisch, daß bald der Tod eintritt. Die andern günstiger verlaufenden Fälle können sich sehr lange Zeit hinziehen und sogar dauernde Invalidität verursachen. Die Störung der Erwerbsfähigkeit muß stets im Einzelfall unter Berücksichtigung der Bewegungsstörung beurteilt werden. Die Schüttellähmung (Paralysis agitans) tritt gewöhnlich erst im mittleren oder höhern Alter auf. Die leichteren Formen schädigen oft lange Zeit die Erwerbsfähigkeit nicht in besonderer Weise. Das Leiden kann aber mit so heftigem Schütteln auftreten, daß die Bewegungsfähigkeit der Gliedmaßen sehr beschränkt wird. Dazu gesellen sich dann eigentümliche Veränderungen der kleinen Gelenke ähnlich wie beim chronischen Gelenkrheumatismus, Spannungszustände in der Muskulatur der Gliedmaßen und der Wirbelsäule, Schwäche der Muskulatur, allgemeine Körperschwäche und eine oft so intensive Steigerung der Schweißsekretion, daß die Kranken beständig in Schweiß gebadet sind. In ausgesprochenen Krankheitsfällen tritt schon frühzeitig dauernde Invalidität ein. Im Endstadium können die Kranken völlig hilflos sein. Die Glotzaugenkrankheit (Basedowsche Krankheit) befällt vorzüglich Frauen. Im Gegensatz zu der Schüttellähmung ist hier die Schweißabsonderung auffallend verringert. Die Pulsbeschleunigung, die außer der

Kropfbildung und dem Vorquellen der Augen für die Erkennung des Leidens charakteristisch ist, nervöse Symptome wie Kopfschmerzen, Schwindel, Gedächtnisschwäche, Schlaflosigkeit, die große Reizbarkeit setzen schon frühzeitig die Erwerbsfähigkeit herab. Ob Invalidität vorliegt, kann nur auf Grund der Intensität der Krankheit im Einzelfall beurteilt werden. Der Verlauf ist sehr chronisch. Unter Umständen kann Heilbehandlung angezeigt sein, da durch die Kropfoperation oft dauernde Genesung erzielt wird.

Schon jetzt kann der traumatischen Neurosen gedacht werden, die in der Invaliditätsstatistik an viel späterer Stelle erscheinen. Sie unterscheiden sich von den andern Neurosen nur durch die Art der Entstehung. Wie es in der Natur der Sache liegt, wird die Invalidenversicherung durch dieses Leiden viel weniger berührt als die Unfallversicherung. Es werden aber bei ihr auch derartige Fälle beobachtet, nur ist ihre Zahl gering. Auf 1000 Invaliditätsfälle kommt durchschnittlich noch nicht ein Fall von traumatischer Neurose. Das Wesen der Erkrankung, ihre Entstehung und Beurteilung ist in einem besonderen Kapitel ausführlich behandelt.

Die Krankheiten des Gehirns und seiner Häute werden zu 1,5 bis 2 % als Invaliditätsursachen und häufiger bei Männern als bei Frauen beobachtet. Es handelt sich hier um eine Gruppe von recht verschiedenartigen Krankheiten, von denen Gehirnblutung, Erweichungsherde des Gehirns, entzündliche Prozesse im Gehirn usw., Bluterguß unter die harte Hirnhaut und Entzündungen der Hirnhäute genannt seien. Die Geschwülste des Gehirns und seiner Häute gehören auch hierher, werden aber von der Statistik bei den Geschwülsten, die tuberkulösen Krankheiten bei diesen rubriziert. Die meisten Krankheiten des Gehirns und seiner Häute werden aber wohl kaum in Wirklichkeit in ihrer Besonderheit erkannt, da hierzu besondere Kenntnisse gehören. Für die Invalidenversicherung ist das belangslos, da die Ausfallserscheinungen bei allen diesen Krankheitsarten die nämlichen sind. Meistens handelt es sich um eine plötzliche oder doch in kurzer Zeit auftretende Lähmung, für die der Ausdruck Hirnschlag, Schlaganfall, Schlagfluß oder dgl. gebraucht wird. Nur die Hirnhautentzündungen und die Gehirngeschwülste machen etwas andere Krankheitserscheinungen. Sie sowohl wie der Hirnabszeß kommen aber für die Invalidenversicherung kaum in Frage, da es sich um schnell verlaufende Krankheitsprozesse handelt, die nicht zu einer dauernden Invalidität führen. Die Hirngeschwülste pflegen bei langsamem Wachstum wiederum dieselben Ausfallserscheinungen zu machen wie der Hirnschlag. Die dauernden Erscheinungen, die beim Hirnschlag und ähnlichen Krankheiten beobachtet werden, und die zur Invalidität führen, sind Lähmungserscheinungen eines oder mehrerer Glieder, Sprachstörungen und Störungen der Intelligenz. Seltener haben Störungen des Gesichtsfeldes, Aufhebung der Empfindlichkeit der Haut, Störungen der Blase und des Mastdarmes noch eine besondere Bedeutung. Hauptsächlich bestimmt der Grad der Lähmung den Ausfall der Erwerbsfähigkeit. Es wird darauf ankommen, ob nur eine leichte Bewegungsstörung oder eine komplette Lähmung besteht, ob sie das Bein, den Arm oder beide zusammen betrifft. Die Lähmungserscheinungen pflegen sich auch in einiger Zeit erheblich zurückzubilden, es tritt ferner allmählich eine Anpassung an den Zustand auf, so daß ein Mann, der nach einem Schlaganfall die Sprache verloren hatte und rechts an Bein und Arm vollständig gelähmt war, nach Verlauf von einem Jahre sich vollkommen wieder erholt hat und nur durch leichtes Nachschleifen des rechten Beins noch etwas von dem schweren Krankheitsprozeß verrät. Andererseits pflegen

Erweichungsherde sich schnell hintereinander in großer Anzahl zu bilden und, ohne eigentliche Erscheinungen eines ausgesprochenen Schlaganfalls zu machen, zu Störungen des Denkprozesses und der Blasentätigkeit zu führen, wenn die Herde beide Seiten des Gehirns befallen. Da es sich hierbei um nicht reparable Vorgänge handelt, so kann trotz guter äußerer Haltung schon frühzeitig und dauernd Invalidität bestehen. Derartige zahlreiche Erweichungsherde (Encephalomalacia multiplex), die nicht zu Lähmungen führen, bilden einen großen Teil der hierher gehörenden Invaliditätsfälle. Bei der Versicherungsanstalt Berlin sind seit dem Bestehen der Invalidenversicherung 1118 Männer wegen Schlaganfalls und Lähmungen und 692 Männer wegen anderer Gehirnleiden invalidisiert worden, in derselben Zeit 318 Frauen wegen Lähmungen und 92 wegen Gehirnleiden. Unter den Gehirnleiden sind insbesondere Erweichungsherde im Gehirn zu verstehen, da die andern Krankheiten des Gehirns nicht gerade häufig zu Invalidität führen. Bei 46 Gehirnleiden der Männer war die Krankheit 20 mal die alleinige Ursache der Invalidität, bei Schlaganfall unter 88 Fällen nur 34 mal. Wenn die in Frage kommenden Krankheiten zwar in erster Linie solche des höheren Alters sind und sich auf der Arterienverkalkung aufbauen, so werden sie doch schon auch in jüngeren Jahren vielfach beobachtet. Bei den Leiden, die unter dem Bilde des Schlaganfalls verlaufen, kommen für die jüngeren Lebensalter syphilitische Veränderungen der Hirngefäße, ferner Hirngeschwülste, Hirnsklerose, Paralyse und andere Leiden, die nicht genau frühzeitig erkannt werden, in Betracht. Bei den sonstigen Gehirnleiden tritt die Hirnsyphilis, der Hirnabszeß, die multiple Sklerose usw. ebenfalls bereits in jüngeren Jahren auf. Die vollkommenen Lähmungen ganzer Gliedmaßen sind dem Verlust derselben gleichzuachten. Diese Körperschädigung wird in dem Gebiete der Unfallversicherung mit 60—70 % bewertet. Auch auf dem Gebiete der Invalidenversicherung können Umstände es mit sich bringen, daß unter Berücksichtigung von Nebenursachen die Lähmung von Gliedmaßen zur Invalidisierung ausreichend erscheint. Damit ist aber noch kein Dauerzustand vorliegend, da einmal weitgehende Besserung, dann aber auch Anpassung an den unveränderten Zustand eintreten kann. In solchen Fällen wäre die bereits bewilligte Invalidenrente wieder aufzuheben. In einem Falle hatte das Reichsversicherungsamt Gelegenheit, sich mit einem landwirtschaftlichen Arbeiter zu beschäftigen, dem wegen einer die Gebrauchsfähigkeit aufhebenden Lähmung des linken Arms seinerzeit die Invalidenrente bewilligt worden war. Obwohl keine Besserung eingetreten war, hatte die Versicherungsanstalt die Rente wegen Gewöhnung an den Zustand wieder aufgehoben. Im Einspruchsverfahren wurde dieser Bescheid zunächst aufgehoben, aber vom Reichsversicherungsamt wiederhergestellt. Zur prinzipiellen Begründung wurde dabei ausgeführt (A. N. d. RVA. 1909, S. 477): „Wenn die Erwerbsunfähigkeit dadurch eingetreten ist, daß ein wichtiges Glied des Körpers seine Gebrauchsfähigkeit eingebüßt hat, so ist auf die Beschränkung der Leistungsfähigkeit nicht nur der Ausfall der Verwendbarkeit des betreffenden Gliedes für sich betrachtet von Bedeutung, sondern auch der Einfluß, den dieser Ausfall auf die Verwendbarkeit der anderen Glieder ausübt, die bisher nur im Zusammenwirken mit dem versagenden Gliede ihre volle Ausnutzung fanden. Dieser Zustand kann sich, ohne daß in der Gebrauchsfähigkeit des versagenden Gliedes eine Änderung eingetreten ist, dadurch bessern, daß sich die anderen Glieder an den Mangel gewöhnen, daß sie eine Gebrauchsfähigkeit erlangen, die von dem Dasein des ausgefallenen Gliedes unabhängig ist. Wenn die

Besserung des Zustandes auf die Erwerbsfähigkeit in dem Maße von Einfluß ist, daß die gesetzliche Mindestgrenze wieder erreicht und überschritten werden kann, so sind die Voraussetzungen des § 47 des Invalidenversicherungsgesetzes (jetzt § 1304 RVO.) gegeben, obwohl das Leiden selbst, welches zur Anerkennung der Erwerbsunfähigkeit führte, objektiv eine Besserung nicht aufweist. Die „Veränderung der Verhältnisse" liegt dann in einer die Erwerbsfähigkeit günstig beeinflussenden Veränderung des körperlichen und geistigen Zustandes, wie das in der Revisionsentscheidung 1074 (A. N. d. RVA. 1903, S. 539) bereits ausgeführt worden ist."

Die Erkrankungen des Rückenmarks und seiner Häute machen bei den Männern 1—2 % der Invaliditätsursachen, bei den Frauen bis 1 % aus. Der Hauptanteil fällt auf die Rückenmarksschwindsucht (Tabes dorsalis) und die vielfache Herdentartung (multiple Sklerose), die sowohl das Rückenmark als auch das Gehirn befällt. Daneben gibt es noch eine große Zahl von anderen Rückenmarkskrankheiten, wie Entzündung des Rückenmarksgraus (Poliomyelitis), Strangerkrankungen (amyotrophische Lateralsklerose, Pyramidenstrangentartung, Seitenstrangerkrankung, spastische Spinalparalyse, Friedreichsche Ataxie), Entzündung des Rückenmarks (Myelitis), Höhlenbildungen im Rückenmark (Hämatomyelie, Syringomyelie) und von Krankheiten der Häute sowie von Rückenmarkslähmung bei Geschwülsten und Tuberkulose der Wirbelsäule (Wirbelkaries). In der Statistik der Versicherungsanstalt Berlin sind bis zum Jahre 1910 bei Männern im ganzen von Rückenmarkskrankheiten beobachtet worden:

Rückenmarksschwindsucht	946	Fälle,
Rückenmarksentzündungen	91	,,
andere Rückenmarksleiden	319	,, .

Die Rückenmarksschwindsucht steht bei den Männern demnach von allen diesen Leiden weit im Vordergrund. Über die Verteilung bei Frauen ist nichts Näheres bekannt.

Die Tabes ist eine chronisch verlaufende Krankheit, die mit erheblichen Empfindungsstörungen und einer starken Unsicherheit bei allen Bewegungen einhergeht. Häufig treten anfallsweise Schmerzen in gewissen Körperteilen auf (tabische Krisen), die sehr heftig sein können. Der Gang kann so erheblich gestört sein, daß der Kranke sich nur mit Hilfe von Stöcken, Krücken oder mit fremder Unterstützung über kurze Strecken bewegen kann. Andere Rückenmarkskrankheiten führen zu ähnlichen Erscheinungen, jedoch kann außerdem noch eine Lähmung oder Erkrankung (Atrophie) der verschiedensten Muskeln auftreten. In manchen Fällen ist die Blase gelähmt, so daß beständiges Harnträufeln besteht, oder Mastdarm, so daß der Kot unwillkürlich abgeht. Das Krankheitsbild ist außerordentlich verschieden und dementsprechend die Erwerbsfähigkeit bald gar nicht oder unerheblich gestört, dann aber wieder in so hohem Grade, daß nicht nur völlige Invalidität, sondern sogar gänzliche Hilflosigkeit besteht. Die sämtlichen Rückenmarksleiden sind unheilbar, können aber für einige Zeit oder in selteneren Fällen dauernd stationär bleiben. Durch Gewöhnung an den Zustand kann dann eine Besserung der Erwerbsfähigkeit eintreten, bei allen Leiden mit Unsicherheit der Bewegungen (Ataxie) kann durch methodische Übung sogar eine funktionelle Besserung oder gar Heilung erzielt werden. Bei geringeren Krankheitsgraden ist die vorhandene Arbeitsfähigkeit meist ausreichend, um das Arbeitsminimum zu leisten. Wenn der Krankheitsprozeß aber in

einem solchen Stadium dauernd fortschreitet oder mit Schmerzen oder häufigen Krisen verbunden ist, muß bereits Erwerbsunfähigkeit angenommen werden. Nur wenn das Leiden stationär geworden ist oder so chronisch verläuft, daß im Laufe von Wochen und Monaten kleine, fast unmerkbare Verschlechterungen auftreten, ist es wie ein Gebrechen zu beurteilen. Alsdann werden Leute, deren Gehfähigkeit erheblich gestört ist, immer noch auf Handarbeit hingewiesen werden können. Wieweit der Bezug auf solche Heimarbeit zulässig ist, wird allerdings von örtlichen Verhältnissen abhängig sein. Auch Urinträufeln hebt nicht die Erwerbsfähigkeit ohne weiteres auf. Durch Tragen eines Urinals sind derartige Personen imstande, leichtere Arbeiten zu verrichten; schwerere Verrichtungen, auch ein großer Teil der landwirtschaftlichen Arbeiten können aber von ihnen nicht geleistet werden. Mastdarmlähmung macht dagegen ein Zusammenarbeiten mit andern Personen unmöglich und bedingt völlige Invalidität. Wenn ein ausgesprochener fortlaufender Krankheitsprozeß besteht, der zwar an sich noch nicht Invalidität bedingen würde, der aber durch die Ausübung einer Tätigkeit verschlimmert werden würde, so ist die Annahme völliger Erwerbsunfähigkeit begründet. Derartige Verhältnisse können besonders häufig bei Rückenmarksleiden, in erster Linie bei multipler Sklerose, vorkommen. In diesem Sinne ist eine Entscheidung des Reichsversicherungsamts (A. N. d. RVA. 1911, S. 417) zu verwerten, bei der es sich allerdings um ein anderes Leiden handelte. In der Entscheidung heißt es: „Ein körperlicher Zustand, der einen Versicherten an sich befähigt, die gesetzliche Mindestgrenze zu erreichen, kann dazu führen, den Versicherten trotzdem als erwerbsunfähig im Sinne des Invalidenversicherungsgesetzes zu behandeln, aber nur dann, wenn der Versicherte Gefahr läuft, durch die Verrichtung der ihm den Mindestverdienst sichernden Arbeit die Erwerbsfähigkeit wieder zu verlieren."

Die Krankheiten der Rückenmarkshäute (Pachymeningitis cervicalis hypertrophicans, tuberkulöse und syphilitische Meningitis) sowie Geschwülste der Wirbelsäule und der Häute und die Tuberkulose der Wirbelsäule machen Erscheinungen durch Druck auf das Rückenmark und verlaufen unter einem ähnlichen Bilde wie die andern Rückenmarkskrankheiten, so daß sie keiner besondern Besprechung bedürfen.

Unter den Krankheiten des Zentralnervensystems sind an letzter Stelle die Krankheiten der peripheren Nerven zu nennen. Sie machen rund 1 % der Invaliditätsursachen aus. Zu den Krankheiten der peripheren Nerven gehört die Entzündung (Neuritis), der anfallsweise auftretende Schmerz in einer Nervenbahn (Neuralgie) und die Nervenlähmung; dazu kommen Geschwülste der Nerven, Migräne, habitueller Kopfschmerz usw. Für die Invalidenversicherung haben nur die drei erstgenannten Krankheiten Bedeutung und unter ihnen hauptsächlich wieder die Neuralgien. Die Neuritis entwickelt sich im Anschluß an andere Krankheiten, Diphtherie, Typhus, Scharlach, Eitererkrankungen, Tuberkulose, Zuckerkrankheit oder im Gefolge einer dauernd wirkenden Vergiftung durch Alkohol, Blei, Arsen, Quecksilber usw. Sie kann entweder einzelne Nerven befallen oder eine ganze Anzahl von Nerven zusammen (multiple Neuritis) und führt im letzteren Falle zu einer erheblichen Unsicherheit der Bewegungen (Ataxie), so daß eine Verwechslung mit der Tabes möglich ist. Die multiple Neuritis stellt aber eine heilbare Krankheit dar, obwohl auch gelegentlich ein ungünstiger Ausgang beobachtet wird. Die Neuritis macht Empfindungsstörungen und beständig anhaltende Schmerzen, wenn sie die Empfindungsnerven befällt, Lähmungserscheinungen

bei den Bewegungsnerven. Selbständige Nervenlähmungen werden außerdem noch nach Verletzung oder bei rheumatischer Erkältung eines Bewegungsnerven beobachtet.

Von den genannten Krankheiten kommen eigentlich nur die chronischen Metallvergiftungen und eine besondere Nervenmuskelerkrankung, die neurotische Muskelatrophie, als Invaliditätsursachen in Betracht. Die Neuralgien treten in Attacken auf und verursachen in dem befallenen Nervengebiet für kürzere oder längere Zeit die unerträglichsten Schmerzen. In dem freien Intervall ist die Arbeitsfähigkeit nicht gestört. Der periodische Verlauf erinnert an die motorischen Entladungen bei Epilepsie, denen hier ähnliche auf dem sensiblen Gebiet gegenüberstehen. Die Beurteilung der Erwerbsfähigkeit wird sich wie bei der Epilepsie nach der Häufigkeit der Anfälle zu richten haben. Am häufigsten wird das Gesichtsweh (Trigeminusneuralgie) und das Hüftweh (Ischias) beobachtet. Das Hüftweh befällt gerade die arbeitenden Klassen viel mehr als die besser situierten. Es kommt daher auch bei der Invalidenversicherung sehr häufig zur Beobachtung. Die Männer werden stärker betroffen als die Frauen. Bei der Versicherungsanstalt Berlin wurden bis 1910 im ganzen 400 Männer wegen Ischias und 1863 wegen anderer Nervenleiden, 134 Frauen wegen Ischias und 1760 wegen anderer Nervenleiden invalidisiert. Man muß sich wundern, daß die Krankheiten der peripheren Nerven, die im allgemeinen keinen ungünstigen Verlauf zeigen, so häufig zur Anerkennung der dauernden Invalidität, und noch dazu in etwa einem Drittel der Fälle als alleinige Ursachen, führen. Es kann sich natürlich hierbei nur um die schwereren Fälle handeln und läßt den Schluß zu, daß die Krankheiten der peripheren Nerven bei der versicherungspflichtigen Bevölkerung außerordentlich häufig sind. Im Einklang damit steht die Tatsache, daß z. B. beim Allgemeinen Knappschaftsverein zu Bochum 3369 Fälle von Neuralgie bei der Krankenkasse, 48 Fälle bei der Pensionskasse mit Berginvalidität im Jahre 1910 beobachtet wurden. Gerade die Krankheiten der peripheren Nerven verdienen die Aufmerksamkeit der Versicherungsanstalten, da hier mancher Invalide wieder der Genesung zugeführt werden kann.

Eine der wichtigeren Invaliditätsursachen sind die Krankheiten der Augen. Bei der allgemeinen Invaliditätsstatistik Ende der neunziger Jahre machten sie 3,8 % der Invaliditätsursachen bei den Männern und 4,9 % bei den Frauen aus. Obwohl die Augenkrankheiten an sich nicht abgenommen haben, ist doch eine Verschiebung erfolgt, derartig, daß die Augenkrankheiten heute etwa 2—3 % der Invaliditätsursachen ausmachen. Diese Erscheinung beruht auf dem unverhältnismäßigen Anwachsen anderer Invaliditätsursachen. Die Augenkrankheiten sind auch heute wichtige und bemerkenswerte Ursachen der Invalidität. Das kann auch weiter nicht wundernehmen, da das Sehvermögen von fast allen Menschen bei der Arbeit gebraucht wird. Der Verlust des Sehvermögens bedeutet für einen erwachsenen Menschen wohl immer den völligen Verlust der Arbeitsfähigkeit. Nur jüngere Personen oder Kinder sind in der Regel imstande, durch Blindenunterricht es zur Erwerbsfähigkeit zu bringen. Andererseits werden Krankheiten der Augen, die das Sehvermögen nicht beeinträchtigen, auch nur selten unter den Invaliditätsursachen erscheinen. Der Grad der Verminderung der Erwerbsfähigkeit wird von der Schädigung des Sehvermögens abhängen. Ich bringe an dieser Stelle eine kleine Zeichnung nach Maschke, aus der die prozentuale Erwerbsbehinderung des gewöhnlichen Arbeiters bei Herabsetzung der Sehschärfe auf beiden Augen ersichtlich ist. Erst wenn die Sehschärfe auf beiden Augen weniger

als $^1/_8$ beträgt, wird die Mindestverdienstgrenze nicht mehr erreicht. Es müssen für derartige Fälle Trübungen der brechenden Medien, der Hornhaut, der Linse, des Glaskörpers vorliegen oder die Verminderung der Sehschärfe wird durch den grünen Star (Glaukom) oder eine Erkrankung des Sehnerven

S = ‖	1/3	1/4	1/5	1/7
1/3	25	25	30	30
1/4	25	40	40	45
1/5	30	45	55	60
1/7	30	50	60	70

bedingt, die ihrerseits wieder die Folge von Krankheiten der innern Augenhäute sein kann. In der nachfolgenden Übersicht ist dargestellt, wie diese ernsteren Augenleiden bei den Rentnern der Versicherungsanstalt Berlin an den Augenkrankheiten beteiligt sind.

	1908		1909		1910	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Augenkrankheiten . .	89	84	85	83	91	80
davon:						
Erblindung	15	5	11	12	10	8
Star	18	18	16	19	12	12
Sehnervenschwund (Netzhautablösung)	16	5	17	6	17	8

In mehr als der Hälfte der Fälle sind die Augenkrankheiten die alleinige Ursache der Invalidität. Schon hieraus geht hervor, daß es sich meist um ernstere Leiden handelt, bei denen die Aussicht auf Wiederherstellung nur gering ist. Bei den andern Fällen handelt es sich um leichtere Störungen des Sehvermögens im Verein mit andern Krankheiten.

Im Gegensatz zu den Augenkrankheiten sind die Leiden des Gehörorgans nur selten, und zwar nach der früheren Statistik zu 0,3—0,4 %, an den Invaliditätsursachen beteiligt. Das Gehör ist eben für die Arbeitsfähigkeit nicht so wichtig wie das Sehvermögen. Selbst doppelseitige Taubheit bedingt an sich noch keine Invalidität. Das Reichsversicherungsamt hat auch verneint, daß durch völlige Taubheit ein Ausschluß vom allgemeinen Arbeitsmarkt bewirkt wird (A. N. d. RVA. 1906, S. 277). Auch bei dem Gehörorgan ist es in der Regel die Verminderung der Hörfähigkeit, die bei der Invalidität in Betracht kommt, gleichgültig, welcher Art das Grundleiden ist. Es wird hier auf die Zusammenfassung des ganzen Befundes und seine Bedeutung für die Erwerbsfähigkeit im Einzelfalle ankommen.

Die nächste Krankheitsgruppe, die die Krankheiten der Atmungsorgane umfaßt, ist bei den Männern die wichtigste Invaliditätsursache und bei den Frauen die zweitwichtigste. Mehr als der fünfte Teil aller Invaliden-

renten ist bei den Männern durch die Krankheiten der Atmungsorgane bedingt, bei den Frauen mehr als der zehnte Teil. Diese Gruppe enthält nun aber Untergruppen, die von ganz verschiedener Bedeutung sind. Die Krankheiten der Nase und der Nebenhöhlen sind für das Erwerbsleben so wenig wichtig, daß sie nur in Ausnahmefällen zur Invalidität führen und statistisch überhaupt nicht in die Erscheinung treten. Erheblicher schon ist die Bedeutung der Krankheiten des Brustfells, die früher 0,3—0,5 % der Invaliditätsursachen ausmachten, jetzt aber wohl etwas zurückgegangen sind. Die Krankheiten des Kehlkopfs und der Luftröhre treten mit einer Häufigkeit von 2—3 % auf, und den Löwenanteil haben die Krankheiten der Lunge, die früher bei den Männern 16,7, bei den Frauen 8,9 % der Fälle ausmachten und auch jetzt noch nicht viel geringere prozentuale Bedeutung haben. Auf die Krankheiten der Nase und ihrer Nebenhöhlen braucht nicht näher eingegangen zu werden. Die Krankheiten des Brustfells werden nur selten als alleinige Invaliditätsursache in Betracht kommen. Die Dienstanweisung zur Beurteilung der Militärdienstfähigkeit, deren Ausführungen hierüber allgemeine Gültigkeit haben, äußert sich hierzu: „Bei einseitigen Brustfellentzündungen nicht nachweisbaren tuberkulösen Ursprungs lehrt die Erfahrung, daß nach Aufsaugung der Ausschwitzung Schwarten und einseitige Schrumpfungen noch jahrelang zurückbleiben, aber durch kompensatorisches Eintreten der anderen Brustseite und allmähliche Lockerung der Schwarten die Erwerbsfähigkeit nur noch wenig beeinträchtigen. Selbst nach Rippenausschneidungen kann solche Besserung eintreten. Bei diesen Zuständen darf die Erwerbsminderung nicht ohne weiteres zu hoch angenommen werden. Der Ernährungszustand des Mannes, die Festigkeit oder Straffheit der Muskulatur, die Leistungsfähigkeit in der verflossenen Zeit, die Art der geleisteten Arbeit muß bei Nachuntersuchungen den Wegweiser für die Bewertung geben. Keinesfalls ist aus einer nachweisbaren Schwartenbildung allein, ohne Flüssigkeitsausschwitzung allein, auf Grade der Erwerbsminderung zu schließen, die sich an der Grenze der Erwerbsunfähigkeit bewegen. Hat der weitere Verlauf erwiesen oder sehr wahrscheinlich gemacht, daß nach der Brustfellentzündung keine Lungenerkrankung eingetreten ist und nicht mehr zu erwarten ist, so wird man mit 33⅓ %, in besonders günstigen Fällen mit noch weniger auskommen. Führt die Brustfellentzündung zur Tuberkulose, so ist von den hierfür gegebenen Gesichtspunkten auszugehen."

Dieselbe Dienstanweisung bewertet chronische Leiden der Atmungsorgane, chronische Katarrhe der Luftröhre und ihrer Äste ohne wesentliche Störung der Atmung und ohne Beeinträchtigung des Ernährungszustandes mit 10—20 %.

Man wird zugeben müssen, daß diese Schätzung für die aufgeführten Leiden an sich richtig ist. Damit steht nun nicht in Einklang, daß diese Krankheiten so oft zur Invalidität führen. Bei der Versicherungsanstalt Berlin wurden bis 1909 insgesamt Invalidenrenten bewilligt:

	an Männer	an Frauen
wegen Lungen- und Brustfellentzündung	254	58
„ chron. Bronchialkatarrhs	397	176
„ Lungenkatarrhs	926	427
„ Lungenemphysems	2630	795
„ Lungenschwindsucht	9097	2831

Während nun aber bei Männern (1910) unter 621 Fällen die Lungenschwindsucht 387 mal die alleinige Ursache der Invalidität war, war es der

Bronchialkatarrh unter 34 Fällen 6 mal, das Emphysem unter 206 Fällen nur 18 mal. Es müssen eben viele Leiden zusammenwirken, bis Invalidität begründet wird. Bei dem Zusammenwirken dieser vielen Ursachen treten aber besonders die Krankheiten der Atmungsorgane hervor. Dieses eigentümliche Verhalten läßt schon darauf schließen, daß hierbei allgemeine Ursachen wirksam sind, und es liegt die Vermutung nahe, daß es sich bei dieser Krankheitsgruppe in der Hauptsache um Alterserkrankungen handelt. Diese Vermutung bestätigt sich, wenn man das Invalidisierungsalter prüft. Im Jahre 1910 wurden wegen Erkrankungen der Atmungsorgane (Diagnose 15b—17 der Statistik) invalidisiert:

	Westfalen		Berlin		Württemberg	
	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.
20—30 Jahre	8	3	3	2	1	2
30—40 „	15	12	15	4	7	6
40—50 „	31	16	43	9	17	7
50—60 „	164	49	82	41	82	23
60—70 „	228	64	113	37	209	71
über 70 „	21	6	13	8	61	10

Dieses Anschwellen der Zahlen mit steigender Altersklasse ist außerordentlich charakteristisch, das Maximum wird erst zwischen 60 und 70 Jahren erreicht und über 70 Jahren sind die Ziffern noch beträchtlich und werden nur bei der Altersschwäche und der Arteriosklerose übertroffen. In dieser Altersklasse macht unsere Krankheitsgruppe trotzdem etwa 7—10 % aller Invaliditätsursachen aus und erscheint nur so klein, weil die Zahl der in diesem Alter zukommenden Rentner gering ist. Von den Einzelkrankheiten sind nur die Zahlen beim Lungenemphysem ansehnlich genug, um hinsichtlich der Altersverteilung herangezogen zu werden. In Berlin wurden allein wegen Lungenemphysems im Jahre 1910 invalidisiert:

	männl.	weibl.
20—30 Jahre	2	—
30—40 Jahre	9	2
40—50 „	28	4
50—60 „	57	30
60—70 „	90	31
über 70 „	9	8

Die Verteilung ist hier die nämliche wie vorher. Zwischen 60—70 Jahren werden fast so viele Männer wegen dieser Krankheit invalidisiert wie in allen andern Altersklassen zusammen.

Die Nebenursachen, die beobachtet werden, sind in absteigender Häufigkeit: Arteriosklerose, Herzleiden, andere Lungenleiden, chronischer Gelenkrheumatismus, Altersschwäche, Gelenkverkrümmungen usw., Schwerhörigkeit, Krampfadern usw.

Besonders häufig findet man bei der Untersuchung solcher Rentenbewerber die in diese Gruppe gehören, eine Trias von Krankheiten: Emphysem, chronischen Bronchialkatarrh und Herzmuskelentartung. Diese drei Leiden stehen untereinander in einem Zusammenhang und beeinflussen sich gegenseitig ungünstig. Es ist dabei schwer zu sagen, welches Leiden die Hauptursache der Invalidität ist; auch die Krankheitsgeschichte gibt häufig darüber keinen Aufschluß, so daß es von Zufälligkeiten oder von dem Geschmack des begut-

achtenden Arztes abhängt, für welche Diagnose er sich als Hauptursache entscheidet. Dieser Zusammenhang besteht auch noch bei andern Gruppenkrankheiten, besonders häufig ist aber das gemeinsame Auftreten von Lungenleiden und Herzkrankheiten, so daß die reinliche Trennung durch die Statistik ziemlich illusorisch wird. Soweit bei den Krankheiten der Atmungsorgane nicht ein akuter Krankheitsprozeß vorliegt, der nach den oben dargelegten Grundsätzen die Ausübung jeder Tätigkeit an sich oder wegen der Gefahr der Verschlimmerung verbietet und dadurch Invalidität bedingt, verursachen diese Leiden durch die Atemnot Invalidität. In der Natur der Sache liegt es, daß es sich dabei fast immer um dauernde Invalidität handelt, wenn das Leiden wenigstens als Alterskrankheit auftritt. Die Atemnot kann durch die Grundkrankheit allein bedingt sein, wird aber gewöhnlich durch andere Lungenleiden, wie vorhin schon ausgeführt wurde, oder Herzkrankheiten, Nierenleiden, Arteriosklerose gesteigert, weil diese Krankheiten sämtlich eine Erschwerung des Blutkreislaufs verursachen. Da jede Ausübung einer körperlichen Tätigkeit die Atemnot steigert, muß dieses Moment bei der Invalidisierung berücksichtigt werden. Die Atemnot stellt sich gewissermaßen als ein Gebrechen dar; sie kann auch lange Zeit ohne Verschlimmerung bestehen bleiben und wird häufig dem Rentner in der Ruhe keine Beschwerden machen. Der Grad des Krankheitsprozesses selber ist für die Bewertung der Erwerbsfähigkeit nicht ohne weiteres ausschlaggebend. Ein erhebliches Lungenemphysem, das keine Komplikationen zeigt, braucht die Erwerbsfähigkeit nicht zu beeinträchtigen, während ein geringer Grad von Emphysem bei einem fettleibigen Menschen schon ausreicht, um erhebliche Atembeschwerden zu verursachen. Immer wird aber die Frage zu prüfen sein, wieweit der Kranke noch leichtere Arbeiten verrichten kann, da gerade bei diesen Leiden häufig nur die Ausübung der Berufstätigkeit nicht mehr möglich ist.

Besondere Beachtung verdient das Zusammentreffen von Lungenemphysem mit andern Krankheiten der Lunge und der Luftröhre, da hierdurch recht verschiedene Zustände erzeugt werden, die hinsichtlich des Grades der erhaltenen Erwerbsfähigkeit sehr voneinander abweichen. Die Bronchialerweiterungen (Bronchiektasien) neigen nämlich bei Einatmung von Staub zu eitrigen Katarrhen. Die eitrigen Katarrhe der Luftröhre bei Bronchiektasie sind aber ebenso wie der Lungenbrand (Lungengangrän) keine harmlosen Erkrankungen. Sie machen schwere Krankheitserscheinungen und verursachen wohl stets Invalidität ohne weiteres. Die eitrigen Katarrhe kommen auch für ein Heilverfahren in Betracht. Eine reine eitrige Bronchitis ohne Stauung des Auswurfs ist jedoch nicht anders anzusehen als eine schleimige. Die Bronchialkatarrhe zeichnen sich nun vielfach durch ein periodisches Verhalten aus. Während manche Katarrhe dauernd in gleicher Intensität bestehen, verschwinden andere im Sommer, um im Winter wieder aufs neue zu erscheinen. Unter solchen Umständen ist ein Emphysematiker im Winter nicht in der Lage zu arbeiten, während er im Sommer in keiner Weise behindert ist. Es muß daher bei Emphysematikern stets zu verschiedenen Jahreszeiten der Krankheitsbefund festgestellt werden. Denn die Berechnung der Invalidität erfolgt aus der Gesamtheit der Arbeitsstörung. Durch eine Entscheidung des Reichsversicherungsamts, die einen Mann betraf, der im Sommer arbeiten konnte, im Winter nicht, ist generell festgelegt, daß bei Zuständen, die Schwankungen unterworfen sind, die Prüfung auf einen Durchschnitt einzustellen ist (A. N. d. RVA., IuAV. 1893, S. 92). Wenn nun jemand im Sommer arbeiten kann, so hat er auch bei dauernder Behinderung während des Winters doch

immer die Hälfte seines gewöhnlichen Arbeitslohnes verdient, er kommt also weit über die Mindestarbeitsleistung der Invalidenversicherung hinaus. Die Komplikation von Emphysem mit Bronchialkatarrh beweist also noch nichts für die Invalidität, wenn die Untersuchung im Winter vorgenommen ist, während das Bestehen auch eines leichteren Katarrhs im Sommer die Befürchtung einer erheblichen Verschlimmerung während des Winters und die Vermutung der Invalidität rechtfertigt. Gerade die Begutachtung der Krankheiten der Atmungsorgane ist recht schwierig, da hier nicht nur das Grundleiden, sondern auch der Allgemeinzustand, sonstige Krankheitserscheinungen, die Schwankungen des Gesundheitszustandes und der allgemeine Arbeitsmarkt zu berücksichtigen sind.

Die nun folgende Gruppe, Krankheiten der Kreislauforgane, ist gemäß den eben gemachten Ausführungen oft mit der vorigen verbunden und schwer von ihr zu trennen. Sie umfaßt die Krankheiten des Herzens und der Hauptschlagader (Aorta), die Krankheiten der Schlagader (Arterien), die Krankheiten der Blutadern (Venen), einschließlich Krampfadern, Hämorrhoiden und des Krampfaderbruchs, die Krankheiten der Lymphgefäße und Lymphdrüsen. In der älteren Statistik wurden die Krankheiten des Herzens und der großen Blutgefäße mit 6,0 % der Invaliditätsursachen bei den Männern und 8,6 % bei den Frauen aufgeführt, die gesamten Krankheiten der Blutgefäße mit 1,1 bzw. 1,7 %. In neuerer Zeit scheint der Anteil dieser Leiden noch größer zu sein, jedoch sind die Ergebnisse der Statistik mit Vorsicht zu verwerten. Immerhin handelt es sich hier um äußerst wichtige Invaliditätsursachen. Bei der Versicherungsanstalt Berlin wurden bis 1909 im ganzen gezählt als Ursachen der Invalidität:

	Männer	Frauen
Herzvergrößerung . . .	239	114
Herzfehler	2 350	1 310
Herzverfettung	95	108
Arteriosklerose	2 089	873
andere Krankheiten der Blutgefäße	395	560

Es dominieren somit Herzfehler und Arteriosklerose, jedoch sind bei allen Anstalten die Männer verhältnismäßig mehr an den Krankheiten der Arterien, die Frauen mehr an denen des Herzens beteiligt.

Die akuten Krankheiten des Herzens können einen ziemlich langwierigen Verlauf nehmen und werden dann vorübergehende Invalidität verursachen. Für die dauernde Invalidität kommen sie nicht in Betracht. Bei allen chronischen Herzleiden ist nicht so sehr die Art der Erkrankung für die Invalidität von Wichtigkeit als vielmehr der Grad des Ausgleichs der Beschwerden (Kompensation). Ein kompensierter Herzfehler stört die Erwerbsfähigkeit in keiner Weise und ist daher für die Beurteilung der Invalidität gleichgültig. Sobald die Herzleiden aber Kreislaufstörungen machen, die sich in Blausucht (Zyanose), Atemnot, Herzkrämpfen, Wassersucht, (Aszites, Ödeme) äußern, oder sobald sich schon bei der geringsten körperlichen Anstrengung Unregelmäßigkeit des Pulses bemerkbar macht, ist die Erwerbsfähigkeit sogleich hochgradig gestört und ohne weiteres die Annahme von Invalidität gerechtfertigt. Beschwerden ohne jeglichen Befund, wie Herzklopfen, Schmerzen oder unangenehme Empfindungen, ferner Unregelmäßigkeit der Herztätigkeit sind für die Beurteilung der Erwerbsfähigkeit bedeutungslos. Dagegen

muß bei gewissen stärkeren Ausbuchtungen der Hauptschlagader (Aortenaneurysma) Invalidität angenommen worden, obwohl keine nennenswerten Beschwerden vorzuliegen brauchen, wenn durch körperliche Tätigkeit ein Platzen des Aneurysmas bewirkt werden kann.

Die Arteriosklerose ist heutzutage wohl die meist diagnostizierte Invaliditätsursache. Von 3160 neuen männlichen Invalidenrentnern der Versicherungsanstalt Berlin litten im Jahre 1910 im ganzen 687 an Arteriosklerose; 251 mal war das Leiden die Hauptursache der Invalidität, 436 mal war es Nebenursache. Bei den Frauen war es 126 mal Hauptursache, 212 mal Nebenursache. Es muß bezweifelt werden, ob die Arteriosklerose mit Recht so häufig als Invaliditätsursache genannt wird. Anscheinend wird die Arteriosklerose stets dann als Invaliditätsursache diagnostiziert und auch bezeichnet, wenn eine Verhärtung der äußerlich fühlbaren Schlagadern festzustellen ist. So häufig auch die Arteriosklerose sein mag, so können doch die ermittelten Zahlen kein richtiges Bild von ihrer Bedeutung für die Invalidität machen. Sie tritt einmal universell, sodann in verschiedenen Körperteilen auf, ohne gleichzeitig die Körperteile des ganzen Organismus zu befallen. Die universelle Arteriosklerose ist nicht allzu häufig, sie macht dann Erscheinungen, die sich aus den Symptomen der Organarteriosklerose zusammensetzen. Von den Organen wird bald dieses, bald jenes betroffen, bald sind die großen Hauptadern, bald aber die kleinen Gefäßchen befallen. Die fühlbare Verhärtung der Speichen- oder die sichtbare Schlängelung der Schläfenschlagader beweist nichts für das Vorhandensein etwa einer Verkalkung der Hirnarterien. Die Arteriosklerose der Hirngefäße macht Schwindel- und Ohnmachtsanfälle und in späteren Stadien Intelligenzstörungen, die der Herzgefäße (Coronararterien) Angst- und Beklemmungszustände auf der Brust und schließlich Herzmuskelentartung, die der Nieren und der Leber eine Schrumpfung des Organs, die der Muskeln Schmerzen (Myalgien), die der untern Gliedmaßen zeitweises Hinken. Je größer die Zahl der betroffenen Gefäße ist, umsomehr wird der Kreislauf des Blutes verengert, umsomehr steigt der Blutdruck. Die Steigerung des Blutdrucks führt zu Veränderungen am Herzen, Ausscheidung von Eiweiß und andern Erscheinungen. Bei leidlichem Allgemeinbefinden wird das eine oder andere Symptom ohne Einfluß auf die Erwerbsfähigkeit sein. Kombinieren sich mehrere, so kann die Arbeitsfähigkeit herabgesetzt werden, und es wird bei den schwereren Folgezuständen auch Invalidität auftreten. Diese Folgeerscheinungen und die dann stets vorhandene Steigerung des Blutdrucks müssen dann aber auch objektiv wahrnehmbar sein. Solchen Ansprüchen werden die wohl jetzt so zahlreich angegebenen Fälle von Arteriosklerose nicht standhalten. Es ist nur noch hinzuzufügen, daß dieses Leiden, wenn es Invalidität macht, auch dauernde Invalidität verursacht, und daß eine Heilbehandlung aussichtslos ist.

Die Krankheiten der Blutadern beschränken sich, soweit die Invalidenversicherung in Frage kommt, fast ausschließlich auf Stauungszustände, und zwar auf Krampfadern und Hämorrhoiden. Krampfadern werden besonders bei Frauen beobachtet, wo sie die Folgen vieler Geburten sind. Bei Männern kommen sie bereits in jüngeren Jahren verhältnismäßig häufig vor und sind hier wohl die Folge vielen Stehens und einer angeborenen Nachgiebigkeit der Venenwandungen. Wenn der schädigende Einfluß weiter bestehen bleibt, so läßt die Elastizität der Blutadern immer mehr nach, schließlich werden die Venenklappen durchlässig, und der ganze Druck der Blutsäule

lastet auf den Venenwänden, die dadurch noch weiter gedehnt werden. Schließlich können die Krampfadern platzen und zu schweren Blutverlusten führen, oder es kommt zu Ernährungsstörungen der Gewebe, zu Geschwürsbildung, zu dem so bekannten Unterschenkelgeschwür. Die Beschwerden, welche Krampfadern machen, sind bei dem Gros der Leiden gering und werden überschätzt. Andererseits gibt es auch sehr schwere Zustände, die Invalidität zur Folge haben. „Wenn es zu einer Volumenszunahme des ganzen Unterschenkels gekommen ist und zu einer Verdickung der das Fußgelenk umgebenden sehnigen Gebilde sowie zu diffuser Bindegewebsneubildung mit schwieliger Beschaffenheit der Haut — oder wenn das Leiden sich andererseits so weit entwickelt hat, daß die varikösen Venen nicht nur in der ganzen Ausdehnung des Unterschenkels bläulich durch die Haut durchschimmern, sondern auch in solcher Weise alle andern Gewebsbestandteile des Gliedes durchsetzen, daß sich dasselbe anfühlt wie eine kavernöse Masse mit körnigen Steinbildungen in den verkalkten Wandungen der Venen —, dann wird das Glied als unbrauchbar zu jeder Arbeit im Gehen und Stehen erachtet werden müssen. Dagegen beobachten wir es nicht allzu selten, daß selbst Venenerweiterungen von ansehnlicher Verbreitung über einen großen Teil des Unterschenkels kaum irgendwelche Beschwerden verursachen, solange die Muskulatur fest, die Gelenke nicht verdickt und die Haut unversehrt ist“ (Becker). Der Ansicht Millers, daß das Auftreten von Geschwüren als kritisches Zeichen für den Beginn dauernder Invalidität anzusehen sei, sind Schmidt und Rubin mit Recht entgegengetreten. Auch verhältnismäßig recht große Geschwüre an beiden Beinen brauchen Leute, die schwer arbeiten müssen, in ihrer Erwerbsfähigkeit nicht zu stören, wie wohl ein jeder Arzt aus seiner Praxis bestätigen kann. Treten allerdings nach ausgedehnten Geschwüren Narbenbildungen auf, die den Fuß in Spitzfußstellung bringen, so kann die Gehfähigkeit gestört oder sogar aufgehoben sein. Wenn in den besser situtierten Kreisen Krampfadern nicht so häufig sind, so liegt es zum Teil daran, daß ihrer Verhütung eine größere Aufmerksamkeit geschenkt wird. Man muß sich oft wundern, daß die Frauen aus Arbeiterkreisen trotz Belehrung bei mittleren Krampfadern nicht zur Anlegung von Binden zu bewegen sind und selbst Geschwüre vernachlässigen, wohl gar aus Aberglauben absichtlich offen halten. Infolgedessen ist Millers Ansicht, daß hier Heilverfahren zwecklos sind, nicht unberechtigt, denn die Vernachlässigung läßt die Geschwüre doch bald wieder aufbrechen.

Bei Arteriosklerose können sich atheromatöse Geschwüre bilden und die Veranlassung zu Gerinnseln geben, die sich losreißen und Gehirnschlag, Lungenschlag oder Herzschlag verusachen können. Ebenso können bei Blutstockungen in den Venen Gerinnungen auftreten, die erhebliche Schwellungen machen und dieselben Gefahren in sich bergen (Embolie und Thrombose). Diese Krankheitszustände, die das Leben bedrohen, aber bei günstigem Verlauf in Wochen und Monaten zurückgehen, kommen wohl ausschließlich für die vorübergehende Invalidität in Betracht. Die Unterabteilung Krankheiten der Lymphgefäße und Lymphdrüsen weist nur vereinzelte Fälle auf, die für die Invalidität in Betracht kommen. Auch als Nebenursachen sind sie nicht häufig.

Die Krankheiten der Verdauungsorgane zerfallen in die Krankheiten des Magens, des Darms (ausschließlich Wurmleiden und Hämorrhoiden) und des Bauchfells, der Leber, Gallenblase, Bauchspeicheldrüse und Milz, Krankheiten der Mundhöhle, des Rachens und der Speiseröhre, Kropf, Unter-

leibsbrüche und Senkung der Baucheingeweide. In dieser Gruppe finden sich also zahllose Leiden vereinigt, die insgesamt etwa 2—3 % der Invaliditätsursachen ausmachen. Gegenüber der großen Zahl von Krankheiten und ihrer sonstigen Bedeutung ist also ihr Anteil bei der Invalidität nicht eben groß. Das kann man auch nicht von ihnen hinsichtlich der Nebenursachen sagen. Bei der Versicherungsanstalt Berlin wurden im Jahre 1910 invalidisiert wegen dauernder Erwerbsunfähigkeit:

	Männer		Frauen	
	Haupturs.	Nebenurs.	Haupturs.	Nebenurs.
Insgesamt	3160	2863	2007	1903
Magen-, Darmleiden	—	—	21	26
Unterleibsleiden	28	30	10	15
Bruch	3	3	9	9
Speiseröhren- u. Mastdarmverengung	2	3	3	—
Magengeschwüre	14	16	5	3
Leber- und Gallenleiden	27	36	14	14

Bei einer ganzen Anzahl von Krankheiten sind also die Frauen verhältnismäßig stärker beteiligt, ferner treten die einzelnen Leiden häufiger als Neben- denn als Hauptursachen auf. Dieser letzte Umstand läßt darauf schließen, daß entweder diese Krankheiten nur selten in solchen Formen auftreten, daß sie die Invalidität verursachen, oder daß sie hinter ihren Folgeerscheinungen verschwinden. Tatsächlich ist beides der Fall. Man kann sich nur schwer vorstellen, daß ein Magenkatarrh oder ein Leistenbruch einen Menschen völlig erwerbsunfähig machen können. Nur Unterleibsbrüche, die wegen Größe oder Verwachsung nicht zurückgehalten werden können, auch Bauchbrüche nach Bauchschnitten, wenn sie durch Bandagen nicht zurückgehalten werden können, beeinträchtigen die Erwerbsfähigkeit meist erheblich. Dagegen werden alle Darmleiden etwas ernsterer Natur erhebliche Allgemeinerscheinungen machen, sei es, daß Ernährungsstörungen und Abmagerung oder Blutungen mit nachfolgender Blutleere auftreten. Dann tritt das kleine und womöglich schwer nachweisbare Darmgeschwür, das als Beispiel dienen mag, völlig hinter der Blutkrankheit zurück und wird höchstens als Nebenursache genannt, wenn es überhaupt erkannt wird. Die Darmleiden entziehen sich auch sonst leicht der Kenntnis und werden verkannt. Im Vordergrunde stehen dann die Allgemeinbeschwerden, die sie machen. Diese Allgemeinbeschwerden kommen auch hauptsächlich für die Annahme der Invalidität in Betracht. Sie müssen auf Grund der allgemeinen Körperverhältnisse, des Ernährungs- und Kräftezustandes und der Blutbeschaffenheit hinsichtlich der Erwerbsfähigkeit beurteilt werden. Erscheinungen besonderer Art kommen sonst nicht in Betracht, dann handelt es sich stets um akute Krankheiten, die höchstens für die vorübergehende Invalidität und das Heilverfahren Bedeutung haben. Eine Ausnahme machen die Leber- und Gallenleiden. Besonders die Gallensteinkoliken treten in Anfällen auf und machen während des Anfalls völlig erwerbsunfähig. Nach dem Anfall ist aber die Erwerbsfähigkeit ungestört, so daß sie selten allein Invalidität bedingen können. Es treten jedoch bei Leberleiden auch sonst noch Störungen im Pfortaderkreislauf auf, Bauchwassersucht (Aszites), Milzschwellung, Appetitlosigkeit, Übelkeit, Verstopfung und Blutungen in Magen und Darm.

Nicht zu vergessen ist, daß die Darmkrankheiten nicht nur der Feststellung schwer zugänglich sind, sondern auch andererseits oft fälschlich

angenommen werden, da außerordentlich viele Krankheiten mit Appetitlosigkeit usw. einhergehen. Es sei nur kurz auf die beginnende Lungentuberkulose, die Zuckerkrankheit, die nervösen Leiden, die chronischen Vergiftungen hingewiesen.

Die Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane umfassen die Krankheiten der Nieren und die Krankheiten der Harnwege (einschließlich des Nierenbeckens) und der Geschlechtsorgane (auch Steinkrankheit, Wasserbruch, Senkung der weiblichen Geschlechtsorgane, Krankheiten der weiblichen Brüste). Sie machten in der älteren Statistik 1,8 % der Invaliditätsursachen bei den Männern und 4,5 % bei den Frauen aus. Die größere Beteiligung der Frauen ist auf die Krankheiten der Geschlechtsorgane zurückzuführen, die durch die Geburten besonders mitgenommen sind und allein in 3,5 % der Fälle die Invalidität verursachten. Die Versicherungsanstalt Berlin beobachtete bis 1910 im ganzen 711 Invalidenrenten bei Männern wegen Nierenentzündung und 199 wegen Blasenleiden und Krankheiten der Geschlechtsteile, bei den Frauen wurden in derselben Zeit 447 Renten wegen Erkrankungen der Geschlechtsorgane und 302 wegen Nierenerkrankung und Blasenleiden bewilligt. Der Unterschied zwischen Männern und Frauen ist auch durch die Verschiedenheit des anatomischen Baues bedingt, der bei Frauen leicht zu Blasenentzündungen und Vorfällen Veranlassung gibt, während bei den Männern die Schädlichkeit des Berufs und der Lebensführung (Tabak, Alkohol) direkt oder indirekt auf die Entstehung einer Nierenentzündung Einfluß haben. Die Nierenentzündung in ihrer akuten Form tritt meist in jüngeren Jahren auf und führt verhältnismäßig schnell zum Tode. Sie macht aber nur einen kleinen Teil der Invaliditätsfälle aus. Im Jahre 1910 wurden in Berlin 77 Männer wegen Nierenentzündung invalidisiert, aber es starben bis Ende 1910 nur 8 Männer. Meist handelt es sich um subchronische Formen oder um chronische, wie sie als Schrumpfniere oder bei Arteriosklerose, Gicht, Bleivergiftung, Zuckerkrankheit usw. beobachtet werden. Diese Formen machen zeitweise keine alarmierenden Erscheinungen, so daß andere Ursachen sich mehr in den Vordergrund stellen. Hieraus erklärt es sich, daß bei den Männern in Berlin die Nierenentzündung 77 mal als Hauptursache, aber nur 17 mal als alleinige Hauptursache, dagegen 98 mal als Nebenursache beobachtet wurde. Diese langsam verlaufenden Formen gestatten oft noch Jahre hindurch leichte oder sogar schwerere Arbeiten und vermindern ihrerseits die Erwerbsfähigkeit dementsprechend bald um ein Drittel oder ein Viertel oder mehr. Invalidität ist ohne weiteres begründet, wenn das Leiden zu erheblichen Ernährungs- und Kreislaufstörungen geführt hat. Von den Blasenleiden hebt Steinkrankheit in den vorgeschrittenen Stadien, namentlich wenn gleichzeitig schwerer Blasenkatarrh besteht, die Erwerbsfähigkeit völlig auf. Bei Nierenbeckenentzündungen erfordern die katarrhalischen Formen Vorsicht in der Wahl der Ernährung und Vermeidung von Erkältungen und Durchnässungen. Sie müssen also insoweit in Anschlag gebracht werden. Durch die eitrigen Formen dieser Erkrankungen wird ohne weiteres Invalidität bedingt. Auch Urinfisteln beeinträchtigen die Erwerbsfähigkeit in hohem Grade und setzen sie mindestens um die Hälfte herab. Die Leiden der Geschlechtsorgane werden hinsichtlich der Erwerbsfolgen meist überschätzt. In einem Falle, in dem nach Unfall eine leichte Entzündung der Gebärmutter mit Senkung und Vorfall bestand und die vorhandenen Schmerzen die Ausführung aller anstrengenden Arbeiten unmöglich machten, hat das Reichsversicherungsamt eine Erwerbsbeschränkung

von 40 % angenommen (nach Thiem). Auch bei erheblichen Beschwerden wird doch im Gebiete der Invalidenversicherung die Arbeitsfähigkeit nur um ein Drittel oder ein Viertel vermindert sein. Erst völliger Vorfall, der dauerndes Tragen einer Bandage erforderlich macht, vermindert die Erwerbsfähigkeit um die Hälfte und hebt sie erst völlig auf, wenn es dabei zu geschwürigen Veränderungen der Schleimhäute gekommen ist.

Die nächste Gruppe umfaßt die Krankheiten der Haut und des Unterhautzellgewebes sowie die Unterschenkelgeschwüre. Die letztgenannten sind schon als Folgeerscheinungen der Krampfadern erwähnt. Die Krankheiten der Haut und des Unterhautzellgewebes machten in der älteren Statistik 1,7% der Invaliditätsursachen bei Männern und 2,2% bei Frauen aus. Sie betreffen Schuppenflechte, Bläschenausschlag usw. und beschränken durch die Entstellung und durch die Arbeitsunterbrechung bei Rückfällen mehr oder minder die Erwerbsfähigkeit, setzen sie aber in der Regel allein für sich nur um ein Fünftel bis ein Drittel herab. Nur ansteckende oder ekelerregende Hautausschläge können für sich schon Invalidität bedingen.

Die nächste Krankheitsgruppe enthält die Krankheiten der Bewegungsorgane und umschließt sehr verschiedenartige Elemente. Es handelt sich dabei um Krankheiten der Knochen, der Knochenhaut, der Gelenke, der Muskeln, der Sehnen und der Schleimbeutel. Sie machen etwa 5% der Invaliditätsursachen aus. Auch Wirbelsäulenverkrümmung, die als Alterserkrankung nicht allzu selten ist (Alterskyphose), Plattfuß und ähnliche Leiden werden hierher gerechnet. Bei allen diesen verschiedenartigen Krankheitsprozessen, die dabei in Frage kommen können, wird die Erwerbsverminderung immer durch das Fehlen eines Gliedes oder eines seiner Teile oder durch eine Bewegungsbeschränkung des Gliedes bewirkt. Erschwerend kommen Schmerzen oder solche Zustände hinzu, welche überhaupt jede Arbeit wegen der Gefahr der Verschlimmerung ausschließen. Das Bedürfnis nach festen Maßstäben hat dazu geführt, daß man für die Bewertung der Erwerbsbehinderung durch bestimmte Schäden sich der früher erwähnten Gliedertaxen bedient. Sind diese Gliedertaxen schon in dem Gebiete der Unfallversicherung nur mit großer Vorsicht zu verwenden, so ist ihr Gebrauch beinahe völlig zwecklos im Gebiete der Invalidenversicherung. Denn wenn irgendwo, so kommt es hier nicht auf eine generelle Festlegung, sondern auf eine individuelle Behandlung des jeweiligen Falls an. Nur Verluste von Gliedmaßen oder Schäden, die einem solchen Verlust gleichzusetzen sind, machen so erhebliche Einbuße — sie werden im Gebiete der Unfallversicherung auf 60—70% geschätzt —, daß sie ohne Nebenursachen Invalidität bedingen können. Aber auch hier muß der Einzelfall erwogen werden. Ich habe schon früher jenen Fall erwähnt, in dem ein Mann, der beide Hände verloren hatte, aber trotzdem als Waldhüter tätig war, für versicherungspflichtig erklärt worden ist (A. N. d. RVA. 1901, S. 634). Wenn bei einer so außerordentlichen Lage der Dinge keine Invalidität angenommen wurde, muß umso eher bei leichteren Veränderungen oder Verstümmelungen die Erwerbsfähigkeit nach allgemeinen Gesichtspunkten und nicht nach dem Maßstab einer Gliedertaxe beurteilt werden. Insbesondere ist die Gewöhnung an den Zustand, auf die schon in diesem Kapitel hingewiesen wurde, nicht unberücksichtigt zu lassen.

Einer besonderen Behandlung bedarf der Fall, daß Invalidität durch einen Selbstmordversuch hervorgerufen wird. Es kann sehr leicht

vorkommen, daß jemand einen Selbstmordversuch macht, daß dieser Versuch aber mißglückt und nur eine schwere Verstümmelung zur Folge hat, die den Verletzten invalide macht. Das ist z. B. denkbar bei einem Menschen, der durch einen Schuß in die Schläfe beide Sehnerven zerstört und infolgedessen nicht mehr sehen kann, bei dem weitere Folgen des Schusses aber nicht bestehen. Ein solcher Mensch ist dann zweifellos erwerbsunfähig. Nach der ständigen Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts wird aber nur dann eine Rente zuerkannt, wenn der Versicherte den Selbstmordversuch in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustande krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen hat. Liegt ein solcher zweifelhafter Geisteszustand nicht vor, so wird die Rente versagt, da angenommen wird, daß der Versicherte sich vorsätzlich invalide gemacht hat (§ 1254). In einem Falle, der zur grundsätzlichen Entscheidung des Reichsversicherungsamts geführt hat (A. N. d. RVA. 1899, S. 285), hatte das Schiedsgericht einem nicht geisteskranken Selbstmordkandidaten die Rente zugebilligt und dabei ausgeführt: „In dem Augenblick, wo der Selbstmörder die tödliche Waffe an seine Schläfe setzt, um sich das Leben zu nehmen, oder in dem er beispielsweise von dem Dache eines mehrstöckigen Gebäudes herab sich auf die Straße stürzt, richten sich seine Gedanken unzweifelhaft nur darauf, das in ihm pulsierende Leben auszulöschen. Keineswegs richtet sich der Gedanke desjenigen, der ernstlich einen Selbstmord ausführen will, dahin, nur seinen Körper zu beschädigen. Denn es wird nicht die Beschädigung desselben beabsichtigt, sondern die völlige Auslöschung des Lebens. Ist dies aber der Fall, und liegt die Beschädigung des Körpers nicht in dem Umkreis seines Willens, so kann auch nicht davon gesprochen werden, daß derjenige, dem ein Selbstmord mißlingt und der tatsächlich nur den Versuch des Selbstmordes gemacht hat, eine Selbstbeschädigung beabsichtigt habe." Das Reichsversicherungsamt führt dagegen aus: „Wenn es ... auch richtig ist, daß der Selbstmörder nur seinen Tod beabsichtigt, so wird dadurch keineswegs ausgeschlossen, daß er sich einen andern Ausweg als möglich vergegenwärtigt, aber auf die vielleicht für nebensächlich gehaltene Gefahr des andern Erfolges hin handelt und diesen Erfolg eintretendenfalls genehmigt; dann lag aber der andere Erfolg in seinem bewußten Willen, er war ein vorsätzlich verursachter." Eine derartige Auffassung ist rein juristisch und widerspricht den tatsächlichen Erfahrungen des Lebens. Wenn ein Mensch in solcher Verzweiflung ist, daß er Hand an sich legen will, dann denkt er nicht an den „andern Erfolg", der andere Erfolg ist dann zweifellos nicht in seinem bewußten Willen. Dann müßte auch der Mann, der mit einer Prostituierten verkehrt, an den „andern Erfolg" denken und gegen die Folgen der so erworbenen Geschlechtskrankheit ungeschützt bleiben. Von ganz anderer Bedeutung sind dagegen die weiteren Ausführungen des Reichsversicherungsamts: „Wenn der Gesetzgeber die gegen Lohn arbeitende Bevölkerung in der Form der Versicherung zwangsweise zu einer großen Gemeinschaft vereinigt, in der ein jeder, solange er erwerbsfähig bleibt, zur Beschaffung der für die Unterstützung der hilflosen Mitglieder erforderlichen Mittel angehalten, dagegen aber auch gegen den Nachteil des Verbrauches seiner eigenen Arbeitskraft für die Zukunft sichergestellt wird, so ist eine Vernichtung der eigenen Arbeitskraft nicht eine nur den Einzelnen angehende, für die Allgemeinheit gleichgültige Handlung, sondern eine schwere Rechtswidrigkeit, ein Verstoß gegen die Grundlagen der durch das Gesetz geschaffenen Ordnung. Ob der sich selbst Verletzende im übrigen die Selbstvernichtung,

die Selbstverstümmelung — etwa nur um dem Militärdienst zu entgehen — oder die Erwerbsunfähigkeit im Sinne des Invaliditäts- und Alterversicherungsgesetzes bezweckte, ist unwesentlich: In jedem Falle hat er vorsätzlich und rechtswidrig gehandelt. Man wird aber in der in Rede stehenden Vorschrift nichts anderes finden dürfen, als eine der besonderen Sachlage angepaßte Anwendung des auf dem gesamten Rechtsgebiet geltenden Satzes, daß niemand durch ein vorsätzliches Tun, durch eine unerlaubte Handlung Ansprüche erwerben kann."

Andere Hüter der gesetzlichen Ordnung denken allerdings anders. Das preußische Oberverwaltungsgericht hat in zwei Urteilen (OVG. 1896, Nr. 111, 114 und 491) bei Auslegung der entsprechenden Vorschrift des Krankenversicherungsgesetzes den Anspruch auf das Krankengeld in den Fällen, in denen die Krankheit die Folge eines Selbstmordversuches war, mit der Ausführung für begründet erachtet, daß die Erkrankten den Tod gewollt, aber nicht gefunden hätten, und daß die Versagung des Krankengeldes sich nur dann rechtfertigen lasse, wenn der Erkrankte wußte oder wissen mußte, daß das zur Herbeiführung des Todes gewählte Mittel zunächst eine Erkrankung zur Folge haben werde. Auf dem Gebiete der Krankenversicherung begründet also der mißglückte Selbstmordversuch den Anspruch auf Krankenhilfe.

Inzwischen ist der Standpunkt des Reichsversicherungsamts, der auch im Gebiete der Unfallversicherung der nämliche ist, in der Literatur (Bastille, Schultze, Hübner) bekämpft worden, und im Reichsversicherungsamt selber wollte kürzlich der Revisionssenat von der früheren Entscheidung abweichen. Die Sache kam deshalb an den erweiterten Senat, der aber bei dem früheren Standpunkt beharrte (A. N. d. RVA. 1912, S. 823). Wenn nun zwar Unzurechnungsfähigkeit bei der Tat die Annahme des Vorsatzes ausschließt und die Bewilligung einer Rente nach sich zieht, ist diese Unzurechnungsfähigkeit doch nur bei schweren Psychosen leicht nachweisbar. Bei den sogenannten Grenzzuständen (Degenerierte, Hysterische, Schwachsinnige, Hypochonder) ist ein solcher Nachweis kaum möglich. Die moderne medizinische Wissenschaft steht aber heute auch allgemein auf dem Standpunkt, daß ein Selbstmord stets nur bei einem Individuum vorkommt, bei dem der Geisteszustand entweder durch endogene Ursachen aus den normalen Bahnen gelenkt oder durch äußere Momente so schwer alteriert ist, daß von einer freien Willensbestimmung bei der Ausführung der Tat nicht die Rede sein kann. Das Reichsversicherungsamt nimmt leider auf dem Gebiete des öffentlichen Versicherungswesens einen Standpunkt ein, der von den Versicherungsgesellschaften auf dem Gebiete des privaten Versicherungswesens fast allgemein verlassen ist, da die meisten Gesellschaften die Versicherungssumme auch bei Selbstmord ausbezahlen und nur, um der Ausbeutung aus dieser Bestimmung zu entgehen, eine Karenzzeit von 1—5 Jahren festsetzen.

Die Hinterbliebenenbezüge werden dagegen nicht ausgeschlossen, wenn der Versicherte in zurechnungsfähigem Zustande Selbstmord begangen hat (Entwurf d. RVO., S. 397). Man geht dabei von dem Standpunkt aus, daß es mit den Zwecken der Versicherungsgesetzgebung wohl vereinbar ist, wenn der Versicherte für seine Person unter der vorsätzlichen Herbeiführung des Versicherungsfalls zu leiden hat, daß es indessen nicht angezeigt ist, auch den Hinterbliebenen denselben Nachteil aufzuerlegen.

Innere Ursachen der vorübergehenden Invalidität.

Die Krankenrente wird solchen Personen zugebilligt, die nicht dauernd, sondern nur vorübergehend invalide sind. Dabei besteht die Bedingung, daß der Versicherte oder die Witwe eines Versicherten während 26 Wochen ununterbrochen invalide gewesen ist. Die Zeit verkürzt sich für solche Personen, bei denen das Krankengeld ihrer Krankenkasse aus den schon früher erwähnten Gründen (§ 188) vor der 26. Woche wegfällt (§ 1255, 1258). Der Unterschied der vorübergehenden Invalidität im Gegensatz zu der dauernden besteht in der Besserungsmöglichkeit. Der Begriff der Invalidität ist in beiden Fällen derselbe. „Vorübergehend ist die Invalidität dann, wenn der sie bedingende Zustand nach vernünftigem menschlichen Ermessen in absehbarer Zeit Aussicht auf Beseitigung oder wesentliche Besserung bietet; eine unbestimmte Möglichkeit einer Besserung kommt nicht in Betracht" (Rev. E. 521. A. N. d. RVA. 1896, S. 358). Hinsichtlich der Zeitdauer der vorübergehenden Invalidität begründet der Umstand, daß die Invalidität lange Zeit hindurch besteht, nicht die Annahme der dauernden Invalidität; es kommt auch nicht darauf an, ob die Zeitdauer der Invalidität im voraus mit einiger Sicherheit bestimmt werden kann (Hanow und Lehmann). Der Beginn der vorübergehenden Invalidität richtet sich nach dem Wegfall des Krankengeldes oder nach dem Ablauf von 26 Krankenwochen. Man darf nun aber nicht annehmen, daß ohne weiteres jemand, der länger als 26 Wochen krank und arbeitsunfähig im Sinne der Krankenversicherung war, die Krankenrente erhält. Er muß vielmehr invalide sein. In einer Revisionsentscheidung führt das Reichsversicherungsamt aus (A. N. d. RVA. 1911, S. 580): „Der Anschluß beider Versicherungsarten bezieht sich nur auf eine ununterbrochene Zeitfolge, ein Anschluß ist aber insofern durch das Gesetz nicht geschaffen, als sich die Begriffe der Erwerbsunfähigkeit bei den beiden Versicherungsarten nicht decken. Für die Krankenversicherung ist ... das Unvermögen des Versicherten, die bisherige Beschäftigung auszuüben, also im wesentlichen die Berufsinvalidität, bestimmend, dagegen kennt das Invalidenversicherungsgesetz nach der unzweideutigen Bestimmung des Begriffs der Erwerbsunfähigkeit (Invalidität) .. für die Gewährung einer Rente die Berufsinvalidität nicht als maßgebend an; hier kommt es vielmehr darauf an, was dem Rentenbewerber an Lohnarbeit auf dem gesamten ihm zugänglichen wirtschaftlichen Erwerbsgebiete noch zugemutet werden kann." Andererseits ist die Bewilligung der Krankenrente nicht an Krankheit gebunden wie bei der Krankenversicherung, sondern es kommen auch Gebrechen mit in Betracht. Der Wegfall der Krankenrente erfolgt, wenn der die Invalidität bedingende Zustand sich so weit gebessert hat, daß Invalidität nicht mehr vorliegt. Die Besserung muß sich in einer wesentlichen Veränderung der körperlichen oder geistigen Verhältnisse des Rentners kundtun (§ 1304). Dagegen kommt eine äußere Gelegenheit, die dem Rentenempfänger verbliebene geistige oder körperliche Leistungsfähigkeit besser auszunutzen, nicht in Betracht (Rev. E., A. N. d. RVA. 03, S. 539).

Geht die vorübergehende Invalidität in dauernde Invalidität über, so wird die Krankenrente in eine Invalidenrente verwandelt. Das ist wegen der Anrechnung von Krankheitswochen bei der Aufzählung der Marken nicht gleichgültig. Bei vorübergehender Invalidität ist die mit Arbeitsunfähigkeit verbundene Krankheit anrechnungsfähig bis zur Dauer eines Jahres (§ 1394 Abs. 2),

der Eintritt dauernder Invalidität schließt die Anrechnung von Krankheitswochen aus. Der Übergang der vorübergehenden Invalidität in dauernde und die Frage, ob eine Invalidität von Anfang an als dauernd anzusehen ist, ist von dem Reichsversicherungsamt in folgender Weise erörtert worden (A. N. d. RVA. 1893, S. 123): „Dabei ist zu beachten, daß eine Krankheit, auch wenn sie den Betroffenen seit ihrem Beginn invalide gemacht hat, und wenn nach ihrem Ablauf eine Erwerbsfähigkeit überhaupt nicht oder doch nicht in dem zur Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses erforderlichen Grade wieder eingetreten ist, noch nicht notwendig von vornherein als mit dauernder Invalidität verbunden angesehen zu werden braucht. Es kommen häufig Fälle vor, in denen eine Person an einem Leiden erkrankt, welches nicht nur seiner Natur nach als an sich heilbar bezeichnet werden kann, sondern auch nach der Art seines Auftretens speziell bei dem Betroffenen nach vernünftigem Ermessen Aussicht auf Heilung gibt, gleichwohl aber statt des Eintritts einer solchen Heilung dauernde Invalidität herbeiführt. Dieser der Erwartung widersprechende ungünstige Ausgang kann durch den Hinzutritt besonderer, auch äußerlich erkennbarer Komplikationen oder Verschlimmerungen veranlaßt sein. In solchem Falle werden sich zwei verschiedene Krankheitsphasen deutlich abheben, von denen die erste, bis zum Eintritt jener schädigenden Momente reichende, als ein Zustand vorübergehender, die zweite aber als ein Zustand dauernder Invalidität sich kennzeichnet. Es können aber auch jene schädigenden Momente, welche die zweite Krankheitsphase einleiten, auf mehr oder minder latenten, innerlichen Vorgängen beruhen, deren genaue Entwicklung im einzelnen sich zwar der Beobachtung des Arztes entzieht, auf deren wirkliches Vorhandensein derselbe aber nach dem ganzen, der sachverständigen Voraussage nicht entsprechenden und anormalen Verlaufe der Krankheit mit ausreichender Sicherheit schließen kann. Auch hier werden die beiden Krankheitsphasen unterschieden werden müssen, und nur ihre zeitliche Abgrenzung gegeneinander wird oft mit Schwierigkeiten verbunden sein. In dieser Beziehung wird man dann das freie sachverständige Ermessen gelten lassen müssen und in Ermangelung anderer Anhaltspunkte denjenigen Zeitpunkt als den des Eintritts dauernder Invalidität festzustellen haben, von dem ab der Arzt bei verständiger pflichtmäßiger Beurteilung den Eintritt der Heilung bzw. der Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit für ausgeschlossen erachtet ....." Als Ergebnis für die Beurteilung solcher Fälle wird zusammengefaßt: „Ausschlaggebend kann nicht sein, ob die Unheilbarkeit der Krankheit oder die durch die letztere verursachte dauernde Invalidität früher oder später vom Arzte erkannt ist, was ja durch mehr oder minder zufällige, vielfach auch in der Person des jeweiligen Sachverständigen liegende Umstände beeinflußt sein kann; sondern nur darauf kommt es an, ob und wann nach Überzeugung des festsetzenden Organs die Krankheit tatsächlich dauernde Invalidität erzeugt hat. Es wird also im Hinblick auf das gesamte Bild, welches die Krankheit nach ihrem Stande zur Zeit der nunmehrigen Beurteilung darbietet, zu prüfen sein, ob die damalige Vorherbestimmung des Verlaufs und Ausgangs seitens des Arztes (Prognose) auf objektiv richtiger Erkenntnis der Ursachen und Art der Krankheiten (Diagnose) beruht, und ob außerdem die Prognose eine in sich so wohlbegründete war, daß ihr tatsächliches Nichteintreffen füglich nur auf den nachträglichen Eintritt besonderer, wenn auch nicht immer genau bestimmbarer Umstände zurückgeführt werden kann, welche nicht vorausgesehen worden sind und auch nicht vorausgesehen werden

konnten. Es muß also das Krankheitsbild, wie es sich dem nachträglichen Beurteiler zeigt, die Scheidung jener beiden Krankheitsphasen zulassen. Ergibt sich dagegen, daß die günstige Prognose auf unrichtiger Diagnose beruht, und daß von vornherein ein nach dem derzeitigen Stande der Wissenschaft unheilbares Leiden vorlag, welches der Arzt nur in seinen früheren Stadien nicht als solches erkannte, so kann nicht von zwei verschiedenen Phasen einer Krankheit, sondern von nur einem einheitlichen Krankheitsbilde die Rede sein. In diesem Falle sowie dann, wenn sich zwar die Diagnose als richtig herausgestellt hat, das feststellende Organ aber aus der gesamten Sachlage nicht die Überzeugung gewinnt, daß die Prognose eine nach den damaligen Umständen in sich wohlbegründete im obigen Sinne war, wird anzunehmen sein, daß der Beginn der dauernden Invalidität mit dem Anfange der Krankheit selbst zusammenfällt."

Becker hat darauf hingewiesen, daß es in vielen Fällen nicht möglich ist, zwei Krankheitsphasen zu unterscheiden, wenn nämlich von vornherein ein unheilbares Leiden vorliegt, das längere Zeit aber unerkannt bleibt. Besonders Krebsleiden und Krankheiten des Gehirns und des Rückenmarks können wochen- und monatelang unter so unbestimmten Krankheitserscheinungen auftreten, daß eine bestimmte Diagnose sich nicht stellen läßt.

Vorübergehend ist die Invalidität, wenn sie sich durch irgendwelche Maßnahmen beseitigen läßt, die von dem Versicherten geduldet werden müssen. Dazu gehört die Anlegung eines Bruchbandes, das Tragen eines Stelzfußes, die Behandlung in einer Heilanstalt, die Vornahme einer Operation. Die Versicherten sind verpflichtet, sich der Heilmittel, der Hilfsmittel und Ersatzstücke zu bedienen und sich dem Heilverfahren zu unterwerfen, falls sie ihre Rente nicht verlieren wollen (§ 1272). Nach der bisherigen Rechtsprechung brauchten die Versicherten sich aber einer Operation nicht zu unterwerfen (Handbuch der Unfallv. I, S. 313, Rev. E., A. N. d. RVA. I u. AV, 1893, S. 68). Bei Ablehnung der Operation gilt die Invalidität als dauernd, wenn auch das Leiden durch die Operation völlig beseitigt werden könnte. In diesem Falle rechnet der Beginn der dauernden Invalidität nicht von dem Tage der Ablehnung der Operation, sondern von dem Tage, an dem die Invalidität erkennbar geworden ist (Hanow und Lehmann). In neuerer Zeit mehren sich die Stimmen, die auch eine Operation für zulässig halten. Es ist in der Tat nicht einzusehen, warum der Versicherte zu einer Operation nicht gezwungen werden kann, der er sich unzweifelhaft zwecks Erhaltung seiner Erwerbsfähigkeit unterziehen würde, wenn der Rentenanspruch nicht bestände. Auch hier müssen die Fortschritte der Wissenschaft berücksichtigt werden. Die Gefahren einer Operation waren früher viel größer, und infolgedessen war der Standpunkt berechtigt, daß man niemand zur Duldung einer Operation zwingen dürfe. Heutzutage bestehen solche Gefahren aber im allgemeinen nicht mehr, abgesehen von den Operationen am Gehirn mit Eröffnung des Schädels. Im übrigen ist bei dem jetzigen Stande der Wissenschaft eine aseptische Operation, die in einem geeigneten Krankenhaus vorgenommen wird, ein vollkommen harmloser Eingriff. Es ist auch anzunehmen, daß das Reichsversicherungsamt jetzt einen andern Standpunkt einnehmen würde, wenn eine solche Frage zur erneuten Entscheidung gebracht würde. Das Reichsgericht verlangt im Gebiete der privaten Versicherung, daß der Versicherte sich eine Operation gefallen lassen muß, wenn dadurch der Versicherungsfall beseitigt wird. Im Gebiete der Arbeiterversicherung ist derselbe Standpunkt umsomehr angebracht, als durch die grundlose Ablehnung

einer Operation, der sich sonst jeder vernünftige Mensch unterziehen würde, öffentliche Interessen verletzt werden.

Die Krankheiten, die zur Bewilligung einer Krankenrente führen können, sind ebenso mannigfaltig wie die Krankheitsursachen der dauernden Invalidität. Aber bei der vorübergehenden Invalidität wird vielmehr die Bedeutung des Grundleidens betont, bei dem eben die Aussicht auf Besserung noch nicht ausgeschlossen ist. Diese Besserung braucht sich nicht allein auf die Besserung des Krankheitsprozesses zu beziehen, sondern kann auch eine Besserung durch Übung, Gewöhnung oder Wiederherstellung der Funktion sein. Ich habe darauf schon immer bei der Besprechung der einzelnen Krankheitsursachen der dauernden Invalidität hingewiesen und erinnere kurz an die Besserung von Lähmungen nach Schlaganfall, die funktionelle Besserung bei Tabes und die Gewöhnung bei chronischen Gelenkleiden und bei Verstümmelungen. Sobald mehrere Ursachen zusammenkommen, die Invalidität verursachen, wird es sich meistenteils um dauernde Invalidität handeln. Einzelleiden werden dagegen viel seltener zur Invalidität führen und je nach ihrem Charakter vorübergehende oder dauernde Invalidität verursachen. Immer werden solche Einzelleiden verhältnismäßig selten sein, meist handelt es sich um Leiden, die ein langes Krankenlager verursacht haben, und bei denen der Ausgang noch zweifelhaft ist. Miller führt folgende 11 Krankheitsgruppen als Ursache der vorübergehenden Invalidität an:

1. Allgemeine Entkräftung durch schwere akute und subakute Erkrankungen mit oder ohne Übergang in chronisches Stadium;
2. Tuberkulose und Syphilis, zumal bei lokaler Beschränkung auf physiologisch nicht allzu wichtige Organe und Organteile;
3. chronische Organerkrankungen aller Art, Lungenemphysem, Herzfehler (besonders solange Kompensation möglich), Magen-, Darmerkrankungen;
4. konstitutionelle Erkrankungen, Anämie, Leukämie, Chlorose und namentlich Gicht, Diabetes; dann Gelenkrheumatismus;
5. nervöse Erkrankungen leichteren Grades, Neurasthenie, Hysterie (Besserung nach dem Klimakterium);
6. chronische, korrektiver (Pessar) Verbesserung zugängliche Sexualleiden bei Frauen;
7. am Auge Trachom (oft in vorgeschrittenem Stadium durch sorgfältige Behandlung noch zu verbessern), Hornhauttrübungen (optische Verbesserung);
8. Verkrüppelungen und Verstümmelungen von Gliedern bei der Möglichkeit orthopädischer Verbesserung;
9. Unterleibsbrüche, die durch geeignete Bandagen einer Verbesserung zugeführt werden können;
10. Krampfaderleiden, die durch elastische Verbände zu erleichtern und zu verbessern sind;
11. Entstellungen, denen das Erschreckende und Ekelerregende durch geeignete Verhüllung (Brillen, Binden) oder künstlichen Ersatz genommen werden kann.

Die größere Seltenheit der Einzelleiden bei der Invalidität, die in erster Linie für die vorübergehende Invalidität in Frage kommen, hat zur Folge, daß die Zahl der Krankenrenten viel kleiner ist als die der Invalidenrenten. Im Jahre 1910 standen 114 000 Invalidenrenten nur 12 000 Krankenrenten gegenüber.

Dementsprechend ist auch das Schicksal der Invalidenrenten und der Krankenrenten verschieden. Bei der Versicherungsanstalt für Mittelfranken wurden bis 1910 seit dem Bestehen der Versicherung 23 991 Invalidenrenten und 1598 Krankenrenten bewilligt. In diesem Zeitraum fielen weg

	bei den Invaliden-renten	bei den Kranken-renten
wegen Ablebens	**12 172**	288
„ Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit	676	**558**
„ Bewilligung der Altersrente	7	—
„ „ „ Invalidenrente	—	452
aus andern Gründen	34	—
	12 889	1 298

Es verblieben 11 102 laufende Invalidenrenten und 300 laufende Krankenrenten. Hier zeigt sich, daß also auch in Wirklichkeit meistenteils vorübergehende Erwerbsunfähigkeit bei den Krankenrenten besteht, da bei ihnen die Erlangung der Erwerbsfähigkeit die bedeutendste Ausscheidungsursache ist. Aber die Zahl der Fälle, wo die vorübergehende Erwerbsfähigkeit in dauernde übergeht, ist sehr erheblich, und mehr als der 6. Teil der Krankenrentner scheidet schließlich durch den Tod aus.

Die Leiden, die den Krankenrenten zugrunde liegen, haben bei den einzelnen Versicherungsanstalten auch eine verschiedene Bedeutung. Aus der Tabelle (S. 314) ist ersichtlich, wie die Verhältnisse 1910 bei einzelnen Versicherungsanstalten lagen. Recht abweichende Ziffern finden sich bei Westpreußen, wo z. B. die Krankheiten der Sinnesorgane, die sonst nicht besonders hervortreten, in 8,8% der Fälle die Krankheitsursache bilden.

Bei einzelnen Krankheiten sind die Ziffern ziemlich übereinstimmend. Der chronische Gelenkrheumatismus z. B. macht überall 7—10% der Ursachen und womöglich noch mehr (Westpreußen) aus. Die Lungentuberkulose stellt überall eine ansehnliche Zahl von Fällen, im einzelnen schwankt aber ihr Anteil von 8,8% (Westpreußen) bis zu 18%. Diese Differenz ist wohl weniger aus der verschiedenen Verbreitung der Krankheit herzuleiten als vielmehr aus der Tatsache, daß die einzelnen Versicherungsanstalten bei der Rentenbewilligung sehr verschieden vorgehen, wobei sie sich allerdings auf die ärztlichen Gutachten stützen. Die meisten Gutachter haben die Neigung, bei Lungentuberkulose dauernde Invalidität anzunehmen. Sehr häufig geschieht das zu Unrecht. Zum Teil mag dabei die Tatsache mitwirken, daß bei der dauernden Invalidität die Rente vom ersten Tage der Invalidität an bewilligt wird, während bei der Krankenrente in der Regel die Rente erst von der 27. Woche nach Beginn der Invalidität bewilligt werden kann (§§ 1255 Abs. 3, 1256).

Die Tuberkulose anderer Organe als der Lungen macht bis zu 10% der Ursachen aus. In derselben Höhe liegt der Anteil der Geisteskrankheiten und der funktionellen Neurosen. Während die Krankheiten der Atmungs- und Kreislauforgane ungefähr wenigstens ebenso häufig sind wie bei der dauernden Invalidität, sind die Krankheiten der Verdauungsorgane bei der vorübergehenden Invalidität stärker vertreten. Hierbei werden wohl öfter Leiden beobachtet, die sich durch einen chronischen Verlauf auszeichnen, wie etwa ein chronischer Magenkatarrh, ein altes Leberleiden usw., aber nur selten dauernd Invalidität

Krankenrenten einiger Versicherungsanstalten
prozentual berechnet. 1910.

	Elsaß-Lothringen	Württemberg	Pfalz	Westfalen	Westpreußen
1a. Entkräftung	0,6	2,9	7,0	1,33	
1b. Blutarmut und Krankheiten des Blutes (auch Pseudoleukämie)	1,8	1,8	8,2	2,46	2,9
1c. Altersschwäche	—	0,7	0,6	0,38	
2a. Gelenkrheumatismus	9,7	8,5	7,0	7,02	15,4
2b. Gicht (harnsaure Diathese)	0,6	0,9	—	0,38	
3. Muskelrheumatismus	—	1,7	—	2,84	0,7
4. Tuberkulose der Lungen (Lungenschwindsucht)	17,1	18,0	16,4	11,38	8,8
5. Tuberkulose anderer Organe (auch Skrofulose)	3,0	8,3	10,7	6,83	3,7
6a. Krebs	1,2	1,5	—	0,38	
6b. Andere bösartige Geschwülste (Sarkom usw.)	0,6	0,2	—	0,38	—
6c. Gutartige Geschwülste ausschließlich Ziffer 22b	3,0	0,6	0,6	0,19	
7a. Syphilis	1,8	0,6	0,6	0,57	
7b. Tripper (Gonorrhöe)	—	0,2	—	0,19	
7c. Infektions- und parasitäre Krankheiten (auch Wurmleiden, Strahlenpilzkrankheit) ausschließlich Ziffer 2a, 4, 5, 7a und 7b	0,6	0,7	0,6	0,19	
7d. Alkoholvergiftung	0,6	0,2	—	1,33	2,2
7e. Bleivergiftung	—	—	—	0,38	
7f. Sonstige Vergiftungen	—	0,1	0,6	—	
7g. Zuckerkrankheit	—	0,1	—	—	
7h. Sonstige, nicht unter Ziffer 1 bis 7g entfallende Allgemeinleiden (auch Fettsucht, Knochenerweichung, Bronzekrankheit, Myxödem)	—	0,2	—	—	
8. Geisteskrankheiten	9,1	8,6	5,1	5,31	
9. Krankheiten des Gehirns und seiner Häute (auch Gehirnschlag) ausschließlich Ziffer 8	0,6	1,7	0,6	0,57	
10a. Epilesie	0,6	0,6	—	1,14	
10b. Sonstige funktionelle Neurosen ausschließlich Ziffer 28b (auch Neurasthenie, Hysterie, Veitstanz, Schüttellähmung, Basedowsche Krankh.	8,5	7,8	1,3	6,64	17,7
11. Krankheiten des Rückenmarks	—	0,9	—	0,95	
12. Krankheiten peripherer Nerven oder Nervenbezirke (auch Migräne und Ischias)	2,4	1,4	3,2	3,04	
13. Krankheiten der Augen	1,2	2,3	1,9	0,76	8,8
14. Krankheiten der Ohren (auch Taubstummheit)	0,6	0,2	—	0,76	
15a. Krankheiten der Nase und ihrer Nebenhöhlen	—	—	1,3	0,19	
15b. Krankheiten des Kehlkopfes, der Luftröhe und der Luftröhrenäste (auch Bronchitis)	1,8	1,3	2,5	2,09	
16. Krankheiten des Brustfells	1,8	1,4	6,3	1,90	4,4
17. Krankheiten der Lunge (auch Lungenerweiterung, Emphysem, Asthma) ausschließlich Lungentuberkulose — siehe Ziffer 4	3,0	2,5	2,5	7,40	
18. Krankheiten des Herzens und der Hauptschlagader (Aorta)	1,8	6,7	1,9	5,31	
19a. Krankheiten der Schlagadern (Arterien) ausschließlich Ziffer 18	1,2	0,8	—	0,19	
19b. Krankheiten der Blutadern (Venen) einschließlich Krampfadern, Hämorrhoiden und Krampfaderbruch	1,8	1,5	0,6	1,52	5,2
19c. Krankheiten der Lymphgefäße und Lymphdrüsen	—	—	—	—	

		Elsaß-Lothringen	Württemberg	Pfalz	Westfalen	Westpreußen
20.	Krankheiten des Magens	3,7	3,7	5,7	6,45	
21a.	Krankheiten des Darmes (ausschließlich Wurmleiden und Hämorrhoiden) und des Bauchfelles	2,4	1,4	1,3	1,71	
21b.	Krankheiten der Leber, Gallenblase, Bauchspeicheldrüse und Milz	0,6	0,7	1,9	1,14	
22a.	Krankheiten der Mundhöhle, des Rachens und der Speiseröhre	—	0,1	—	—	11,8
22b.	Kropf	0,6	0,2	—	—	
23a.	Unterleibsbrüche (auch Bauchbrüche)	0,6	0,3	0,6	0,57	
23b.	Senkung der Baucheingeweide (auch Wanderniere) ausschließlich der Senkung der weiblichen Geschlechtsorgane (Ziffer 25)	—	1,2	—	0,57	
24.	Krankheiten der Nieren ausschließlich Ziffer 23b	1,8	1,4	1,3	1,14	
25.	Krankheiten der Harnwege (einschließlich des Nierenbeckens) und der Geschlechtsorgane (auch Steinkrankheit, Wasserbruch sowie Krankheiten der weiblichen Brüste) ausschließlich Ziffer 7a und 7b	1,8	0,4	1,9	1,90	4,4
26a.	Krankheiten der Haut und des Unterhautzellgewebes, chronische Hautleiden ausschließlich Ziffer 5, 7a und 26b	1,2	0,8	0,6	0,95	4,4
26b.	Unterschenkelgeschwüre	3,7	2,7	—	1,14	
27.	Krankheiten der Knochen und der Knochenhaut, der Gelenke ausschließlich Ziffer 2a und b, der Muskeln ausschließlich Ziffer 3, der Sehnen und der Schleimbeutel (auch Wirbelsäulenverkrümmung, Plattfuß und dgl.)	4,2	1,8	3,2	4,17	4,4
28a.	Folgen mechanischer Verletzungen und anderer äußerer Einwirkungen (Verlust einzelner Körperteile, Knochenbrüche, Verrenkungen, Verstauchungen, Zerreißungen, Quetschungen, Wunden, Verbrennung, Erfrieren, Blitzschlag, elektrische Einwirkungen und dgl.) ausschließlich Ziffer 28b	3,7	0,3	3,8	5,50	5,2
28b.	Traumatische Neurosen	—	0,1	—	0,19	
29.	Anderweitige Krankheiten und unbestimmte Diagnosen	—	—	—	0,57	

machen. Die Krankheiten der Atmungsorgane und der Kreislauforgane werden aber ebenso wie die Lungentuberkulose oft fälschlich als Ursachen einer dauernden Invalidität angesehen. Auch die Folgen mechanischer Verletzungen sind bei den Krankenrenten häufiger als bei den Invalidenrenten.

Andere Ursachen der Invalidität.

Über die äußeren Ursachen, die bei der Krankheit eine so große Bedeutung haben, sind wir bei der Invalidität in Anbetracht des großen Materials nur schlecht unterrichtet, obwohl auch bei der Invalidenversicherung weitgehende Einwirkungen angenommen werden müssen. Da aber über die versicherten Personen keine Listen geführt werden, die für eine Statistik nutzbar gemacht werden können, so ist man auf gelegentliche Untersuchungen oder die Verwertung der Berufszählung angewiesen.

In Breslau wurde der Versuch gemacht, die Ergebnisse der Berufszählung

von 1895 für die Invalidenversicherung nutzbar zu machen. Auf die einzelnen Altersklassen der Versicherten kamen dort bewilligte Invalidenrenten (zitiert nach Prinzing):

Altersklassen	1891—95		1896—1900	
	männl.	weibl.	männl.	weibl.
20—30 Jahre	1	1	6	5
30—40 „	5	3	19	15
40—50 „	11	6	40	35
50—60 „	23	27	96	124
60—70 „	81	81	306	397
Durchschnitt	14	11	43	40

Aus dieser Tabelle ist vielerlei zu ersehen. Es ist nicht weiter verwunderlich, daß der Invaliditätskoeffizient mit den steigenden Altersklassen zunimmt. Nach den Ergebnissen der Einzeluntersuchung, wie die verschiedenen Jahrgänge bei den einzelnen Krankheiten beteiligt sind, mußte dieses Resultat erwartet werden, das auch durchaus im Einklang mit den Ergebnissen der Krankenversicherung steht. Sodann ist aber zu ersehen, daß der Invaliditätskoeffizient bei den Frauen im allgemeinen kleiner ist als bei den Männern. Dieses allgemeine Ergebnis kann aber nicht auf alle Altersklassen bezogen werden. Bis zum 50. Jahre werden die Männer leichter invalide, dann aber kehrt sich das Verhältnis um, und im Alter von mehr als 50 Jahren zeigen die Frauen eine größere Invaliditätshäufigkeit. Schließlich ist aus der Tabelle noch zu ersehen, daß die Invaliditätshäufigkeit ganz erheblich zugenommen hat, und daß diese Steigerung sich auf alle Altersklassen erstreckt.

Das Lebensalter und das Geschlecht haben also einen erheblichen Einfluß auf die Invalidität. Dieser Einfluß unterliegt aber örtlichen Schwankungen, die wieder durch die Rasse, die Art der Beschäftigung, die klimatischen Verhältnisse u. a. m. bedingt werden. Aus der Tabelle, die die Invaliditätshäufigkeit nach dem Alter im Jahre 1907 bei den einzelnen Versicherungsanstalten widergibt, ist ersichtlich, daß zwar ohne Ausnahme die Invaliditätshäufigkeit mit dem Alter steigt, daß aber die Koeffizienten für die einzelnen Altersklassen bei den Versicherungsanstalten sehr verschieden sind, und daß die gesamte Invaliditätshäufigkeit auch differiert. Am größten ist sie im Bezirk der Provinz Ostpreußen, dann folgt das Großherzogtum Hessen und das Königreich Württemberg.

Die Altersbesetzung, getrennt nach Invalidenrenten und Krankenrenten, im Jahre 1909 zeigt folgende Tabelle:

Altersklasse	Invalidenrenten	Krankenrenten
20—24 Jahre	29	84
25—29 „	45	128
30—34 „	48	124
35—39 „	47	119
40—44 „	57	124
45—49 „	69	124
50—54 „	94	119
55—59 „	139	102
60—64 „	188	57
65—69 „	178	18
70 und mehr Jahre	106	1
Zusammen	1000	1000

Aus dieser Tabelle geht hervor, daß nur bei den Dauerrenten die Häufigkeit mit dem zunehmenden Lebensalter steigt, daß bei den Krankenrenten gerade die jüngeren Altersklassen dominieren. Wenn man die jüngsten

Invalidenversicherung.

Invaliditätshäufigkeit nach dem Alter. 1907.

Versicherungsanstalten	Auf 1000 Versicherte entfallen Invalidenrenten an Empfänger im Alter (zur Zeit der Feststellung) von						
	20 bis 70 Jahren (insgesamt)	20 bis unter 25 Jahren	25 bis unter 30 Jahren	30 bis unter 40 Jahren	40 bis unter 50 Jahren	50 bis unter 60 Jahren	60 bis unter 70 Jahren
Ostpreußen	12,1	1,5	3,2	3,9	7,4	21,2	97,4
Westpreußen	10,2	1,2	2,4	3,3	6,7	19,1	88,8
Berlin	8,5	1,1	2,6	5,2	10,1	25,6	92,9
Brandenburg	7,6	0,8	1,9	2,9	6,1	17,5	71,0
Pommern	10,7	1,5	2,9	3,3	6,3	20,5	95,8
Posen	10,0	1,0	3,0	3,6	5,9	18,2	75,5
Schlesien	7,7	1,2	2,3	3,0	5,7	16,9	61,7
Sachsen-Anhalt	9,1	1,1	2,0	2,7	5,7	18,0	80,4
Schleswig-Holstein	7,7	1,2	2,3	2,9	5,6	16,1	67,9
Hannover	7,6	1,2	2,6	3,3	6,1	19,0	72,4
Westfalen	8,0	1,5	2,5	3,6	7,2	24,6	94,1
Hessen-Nassau	8,7	1,1	2,5	4,0	8,3	25,7	93,1
Rheinprovinz	7,7	1,3	2,5	3,4	7,2	24,0	86,5
Oberbayern	10,1	1,1	2,5	4,9	10,0	30,5	110,8
Niederbayern	13,2	1,7	3,7	5,9	10,7	29,1	115,0
Pfalz	11,1	1,7	3,2	5,4	10,6	32,8	101,9
Oberpfalz und Regensburg	10,6	1,5	3,3	4,5	7,6	20,3	92,4
Oberfranken	14,3	2,2	3,9	7,1	13,8	34,1	129,9
Mittelfranken	9,0	1,4	2,9	4,4	9,4	27,1	98,1
Unterfranken und Aschaffenburg	13,1	1,5	3,6	5,2	11,0	35,3	130,5
Schwaben und Neuburg	11,0	1,4	3,4	5,7	10,8	30,0	102,6
Königreich Sachsen	8,7	1,0	2,2	3,5	7,3	22,6	86,9
Württemberg	11,6	1,6	3,1	4,7	9,2	28,8	101,2
Baden	10,1	1,9	3,5	5,4	9,8	26,1	86,9
Großherzogtum Hessen	11,8	1,7	3,3	5,3	10,0	31,6	119,7
Mecklenburg	6,9	0,9	2,0	2,4	3,7	11,8	49,4
Thüringen	8,3	1,1	1,9	3,0	5,8	18,0	71,8
Oldenburg	5,6	1,1	1,7	2,1	3,2	14,0	55,5
Braurschweig	7,5	0,8	1,4	2,6	5,3	16,8	64,8
Hansestädte	4,4	0,5	1,2	1,8	3,6	13,6	52,7
Elsaß-Lothringen	9,3	1,2	2,7	4,0	8,3	22,0	76,8
Sonderanstalten							
Knappschaftskassen	8,6	0,9	1,2	1,9	6,8	50,8	185,0
Eisenbahn-Pensionskassen	7,2	0,6	1,1	2,1	6,1	24,9	104,4
Versicherungsträger insgesamt	8,7	1,2	2,4	3,5	7,1	22,3	84,1

und ältesten Altersklassen, die wegen der geringen Zahl der versicherungspflichtigen Personen abweichende Werte geben, vernachlässigt, liegt das Maximum der Krankenrenten im Alter von 25—29 Jahren; die Zahl nimmt dann sehr langsam bis zum 60. Lebensjahr ab, um von da ab rapid zu fallen. In der nächsten Übersicht wird die Besetzung der Altersklassen bei den Invalidenrenten in zwei verschiedenen Jahren miteinander verglichen. Auf 1000 Renten kamen;

Altersklasse	1902	1910
20—29 Jahre	70	74
30—39 „	85	96
40—49 „	122	121
50—59 „	255	218
60—69 „	385	370

In diesen Ziffern dokumentiert sich die Tatsache, daß das Invaliditätsalter in den letzten Jahren immer mehr zurückgeht. Die Zahl der älteren Invalidenrentner bzw. der Bewerber geht zurück, die Zahl der jüngeren nimmt zu. Es mag dahingestellt bleiben, wie diese Tatsache zu erklären

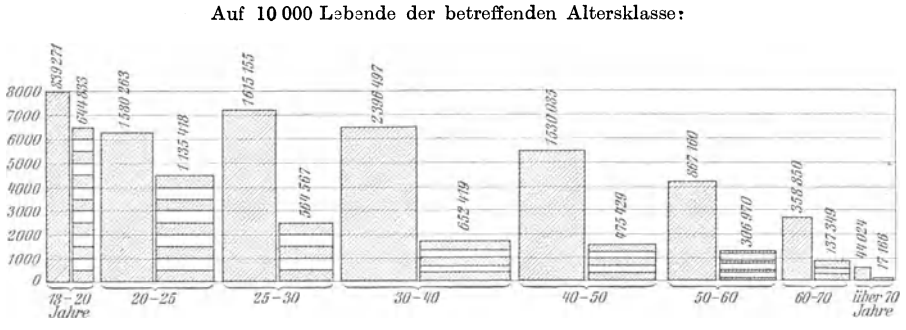


Fig. 41. Die Versicherungspflichtigen der Invalidenversicherung nach Altersklassen 1907.

Die Breite der Säulen richtet sich nach der Zahl der Personen, die überhaupt in der betreffenden Altersklasse vertreten sind. Die Höhe der Säulen wird durch die Ziffer der Versicherungspflichtigen (auf 10 000 Lebende) bestimmt. In jeder Altersklasse bedeutet die erste Säule die Männer, die zweite die Frauen. Die absoluten Ziffern der Versicherungspflichtigen stehen über den Säulen.

ist, im allgemeinen kann sie nicht als ein erfreuliches Zeichen angesehen werden.

Im interessanten Gegensatz zu der Verteilung der Rentner auf die Altersklassen steht die Verteilung der Versicherungspflichtigen, wie aus dem Schaubild (Fig. 41) hervorgeht. Hier nimmt die Zahl konstant mit dem Alter ab und ist in allen Altersklassen bei den Frauen geringer als bei den Männern. Besonders groß wird die Differenz nach dem 25. Lebensjahr, weil viele Frauen infolge Eingehung der Ehe aus der Versicherungspflicht ausscheiden. In freiwilligem Versicherungsverhältnis bleiben meist nur die schlechten Risiken, die somit in den höheren Altersklassen die Invaliditätshäufigkeit der Frauen ungünstig beeinflussen werden.

Ich gehe nunmehr zu dem Einfluß über, den der Beruf auf die Invaliditätshäufigkeit hat. In allen Jahresberichten der Versicherungsanstalten ist die prozentuale Verteilung der Rentner auf die einzelnen Berufe angegeben. Diese Angabe ist völlig unbrauchbar. Denn wenn eine Berufsklasse besonders stark besetzt ist, so muß ihr prozentualer Anteil bei den Rentenempfängern hoch sein, ohne daß ihr deswegen eine hohe Invaliditätshäufigkeit zuzukommen braucht. Andererseits wird eine Berufsklasse, die sich durch hohe Invaliditätshäufigkeit auszeichnet, dann scheinbar gut abschneiden, wenn die Berufsklasse nur schwach besetzt ist. Im Jahre 1910 war z. B. die prozentuale Invaliditätshäufigkeit:

I. Invalidenrenten.

	Versicherungsanstalten: Württemberg	Rheinprovinz
A. Landwirtschaft	24,58%	11%
B. Industrie	51,63	72
C. Handel und Verkehr	4,98	5,5
D. Lohnarbeit wechselnder Art	6,93	3
E. Staats- usw. Dienst	4,18	2,5
G. Dienstboten usw.	7,70	6

II. Krankenrenten.

A. Landwirtschaft	11,71%	6%
B. Industrie	63,08	73
C. Handel und Verkehr	5,62	6
D. Lohnarbeit wechselnder Art	3,58	3
E. Staats- usw. Dienst	1,91	1,5
G. Dienstboten usw.	14,10	10,5

Man sollte meinen, daß die Industrie sich bei Invaliden- sowohl wie bei Krankenrenten durch eine besonders hohe Invaliditätshäufigkeit auszeichne, und daß auch die Dienstboten einen erheblichen Anteil an der vorübergehenden Invalidität haben. Man könnte nun etwas bedenklich werden, wenn man hört, daß in Württemberg im Jahre 1907 überhaupt rund 470 000 versicherungspflichtige Personen gezählt wurden, von denen allein 280 000 der Industrie angehörten. Dagegen hatten die unständigen Arbeiter (D) nur 6000 Personen aufzuweisen. Ebenso war es in der Rheinprovinz. Von 1 350 000 versicherungspflichtigen Personen gehörten 920 000 der Industrie an, nur 28 000 waren unständige Arbeiter. Man erhält infolgedessen ein völlig anderes Bild, wenn man die Zahl der invalidisierten Personen auf die Zahl der versicherungspflichtigen Personen in den einzelnen Berufsklassen bezieht. Ich habe diese Ziffern für die beiden Versicherungsanstalten nach den Ergebnissen der Berufszählung von 1907 auf die Invaliditätsziffern von 1910 errechnet, was in Anbetracht der Konstanz der Verhältnisse unbedenklich ist, wenn die errechneten Werte auch keinen Anspruch auf absolute Genauigkeit erheben können. Nun kamen auf 1000 Versicherungspflichtige einer jeden Berufsklasse:

I. Invalidenrenten.

	Versicherungsanstalten: Württemberg	Rheinprovinz
A. Landwirtschaft	12,2	7,9
B. Industrie	8,5	7,1
C. Handel und Verkehr	6,2	3,9
D. Lohnarbeit wechselnder Art	52	10,5
E. Staats- usw. Dienst	20	8,6
G. Dienstboten usw.	9,7	4,7
Durchschnitt	9,7	6,7

II. Krankenrenten.

A. Landwirtschaft	1,0	0,6
B. Industrie	1,9	1,0
C. Handel und Verkehr	1,3	0,6
D. Lohnarbeit wechselnder Art	4,9	1,2
E. Staats- usw. Dienst	1,6	0,7
G. Dienstboten usw.	3,2	1,2
Durchschnitt	1,7	0,9

Die Ergebnisse variieren bei beiden Versicherungsanstalten erheblich in dem absoluten Wert des Invalidisierungskoeffizienten, sie stimmen aber in den Schwankungen wesentlich überein. Ich glaube, daß der Unterschied hauptsächlich in der Verschiedenartigkeit des Invaliditätsbegriffs zu suchen ist, obwohl noch andere Einflüsse hinzukommen mögen. Jedenfalls zeigt sich, daß Handel und Verkehr weit unter dem allgemeinen Durchschnitt stehen. Die Industrie hält sich um die Durchschnittsziffern herum. Erstaunlich hoch sind die Werte bei den unständigen Arbeitern (D) und bei den Versicherungspflichtigen, die die Gruppe der freien Berufsarten, des bürgerlichen und kirchlichen Dienstes, des Staats- und Gemeindedienstes umschließen. Beide Berufsklassen enthalten eben eine Unzahl von Personen, die sich früher in andern Berufen beschäftigt und infolge des Nachlassens ihrer Kräfte sich solchen unbestimmten Berufen zugewendet haben. Das trifft auch für die Personen zu, die für häusliche Dienste angestellt sind und im Hause der Herrschaft leben, soweit Männer in Frage kommen, während das weibliche Geschlecht sich dem häuslichen Dienst in zahlreichen Fällen im jugendlichen Alter zur eigenen Ausbildung für die spätere Führung des eigenen Haushalts zuwendet. Auch bei den unständigen Arbeitern ist das weibliche Geschlecht noch zum Teil in voller Arbeitskraft versicherungspflichtig, soweit es sich um Waschfrauen, Reinmachefrauen, Putzfrauen usw. handelt, die nur einen Zuschuß durch ihre Arbeit in die allgemeine Haushaltskasse leisten wollen. Infolgedessen zeigt das weibliche Geschlecht bei diesen beiden Berufsarten eine weit geringere Invaliditätshäufigkeit als das männliche Geschlecht, während es sonst die Regel ist, daß die Frauen einen größeren Invalidisierungskoeffizienten zeigen. Das Nähere geht aus folgender Tabelle hervor, welche die Invaliditätshäufigkeit bei dauernder Invalidität im Bereiche der Landesversicherungsanstalt Württemberg im Jahre 1910 zeigt:

	Männer	Frauen	zusammen
A. Landwirtschaft	11,7	13,2	12,2
B. Industrie	7,7	11,1	8,5
C. Handel und Verkehr	6,0	6,6	6,2
D. Lohnarbeit wechselnder Art	70	50	52
E. Staats- usw. Dienst	27	11	20
G. Dienstboten usw.	25	9,5	9,7
Durchschnitt	8,9	11,5	9,7

In der Rheinprovinz beträgt übrigens die Invaliditätshäufigkeit bei den Frauen etwas weniger als bei den Männern, nämlich 6,3 gegenüber 6,8.

Über die Invaliditätshäufigkeit der freiwilligen Versicherten in der Invalidenversicherung ist nichts Näheres bekannt. Es ist anzunehmen, daß sie besonders hoch ist, wie es entsprechend bei der Krankenversicherung der Fall ist. Von mehreren Seiten ist darauf hingewiesen worden, wie überaus bedenklich die schrankenlose Zulassung der freiwilligen Versicherung ist. Denn die freiwillig Versicherten erhalten ihre Bezüge zu wesentlich günstigeren Bedingungen als die Zwangsversicherten. Sie brauchen in zwei Jahren nur 20 Marken zu kleben und können sich die Beitragsklasse aussuchen. Nur die Steigerungssätze hängen von der Zahl der Marken ab, der Reichszuschuß ist aber konstant, und der Grundbetrag wird stets nach 500 Beitragswochen berechnet, wobei die fehlenden Marken aus Lohnklasse I hinzugerechnet werden. Der freiwillig Versicherte, der also nur gerade so viele Marken klebt, daß er die Anwartschaft aufrecht erhält, steht sich am günstigsten und erhält

im Versicherungsfalle ein Vielfaches der eingezahlten Beiträge. „Die Landesversicherungsanstalten haben viel getan zur Förderung der freiwilligen Versicherung, namentlich auf dem Lande, und den geringen Erfolg beklagt. Man kann eigentlich froh sein über den geringen Erfolg. Denn wenn alle die Millionen, die das Recht zu freiwilliger Versicherung haben, davon in raffinierter Weise Gebrauch machten, so würden sie gewiß längst unsere Versicherung ruiniert haben." (Potthoff.) Die freiwilligen Versicherten leben gewissermaßen aus der Tasche der Zwangsversicherten. Besonders zur Selbstversicherung werden sich aber solche Elemente drängen, die alle Ursache haben, sich gegen Invalidität zu versichern, und bei denen der Versicherungsfall bald zu erwarten ist. So günstig die Invalidenversicherung für denjenigen ist, der sicher ist, daß er auch später in den Besitz einer Rente gelangt, so ungünstig ist sie für denjenigen, der solche Aussicht nicht hat. Denn von je 100 aller Versicherten scheiden durchschnittlich mehr als 77 ohne Rentengenuß aus der Versicherung aus, ihr Geld ist somit gewissermaßen zwecklos ausgegeben. Wer sich freiwillig versichern will, geht in eine Volksversicherung, wo der eingezahlte Betrag auf jeden Fall erhalten bleibt und je nach den Bedingungen dem Versicherten wieder zufällt. Es werden also nur solche Personen in die freiwillige Invalidenversicherung eintreten, deren Gesundheitsaussichten schlecht sind, und die die Überzeugung haben, daß sie mit ziemlicher Bestimmtheit in den Genuß einer Rente eintreten werden. Die Selbstversicherung wird z. B., wie mir aus der Leitung einer Tuberkulosefürsorgestelle bekannt ist, in weitgehendstem Maße von Personen ausgenutzt, die an beginnender Lungentuberkulose leiden. Solche Personen nehmen wohl gar (z. B. Haustöchter als Dienstmädchen usw.) eine versicherungspflichtige Stellung an, um eine Versicherungsberechtigung zu erhalten. An der hohen Invaliditätshäufigkeit der freiwillig Versicherten in der Invalidenversicherung kann wohl nicht gezweifelt werden.

Ebenso bekannt ist, daß alte Leute, die ihre Kräfte schwinden fühlen, eine versicherungspflichtige Beschäftigung eingehen oder sich freiwillig weiter versichern, um die Wartezeit zu erfüllen und dann ihren Rentenantrag zu stellen. Den Versicherungsanstalten sind diese Dinge wohl bekannt, und sie richten seit langem ihr Augenmerk darauf. So läßt die Versicherungsanstalt Berlin beim Eingange der Quittungskarten Nr. 1 und 2 von weiblichen Personen, die 50 Jahre alt sind, und der Karten Nr. 2, 3 und 4 derjenigen weiblichen Personen, die das 65. Lebensjahr begonnen, vollendet oder überschritten haben, das Versicherungsverhältnis dieser Personen nachprüfen. Im Jahre 1910 (1909) wurde auf Grund der Kontrolle festgestellt, daß bei 948 (1459) Frauen, die in Betracht kamen, 41 (79) schon invalide waren; 50 (52) waren wegen zu geringen Verdienstes nicht versicherungspflichtig und auch nicht versicherungsberechtigt und 37 (55) waren Hausgewerbetreibende, denen das Versicherungsrecht aberkannt werden mußte. Bei der Kontrolle von Personen über 50 Jahre, die sich die Karte 1 ausstellen lassen wollten, konnte dieselbe Anstalt bei 10 (8) Männern und 56 (19) Frauen die Ausstellung der Versicherungskarte verhindern. Man sieht daraus, daß hier viel Mißbrauch getrieben wird, der eine Steigerung der Invaliditätshäufigkeit bewirkt.

Die Invaliditätshäufigkeit steht auch in gewissen Beziehungen zur ordnungsmäßigen Heranziehung der versicherungspflichtigen Personen. Denn wenn sich viele Personen der Versicherungspflicht entziehen, so wird darum die Zahl der Rentenempfänger nicht geringer, während die Zahl der beitragleistenden Personen abnimmt und bei der Feststellung des

Invaliditätskoeffizienten eine zu hohe Ziffer herauskommt. Es ist daher notwendig, daß seitens der Versicherungsanstalten die säumigen Pflichtmitglieder herangeholt werden. Bei dem Einzugsverfahren können sich die Pflichtmitglieder ihrer Beitragspflicht nicht entziehen, wohl aber bei dem Klebeverfahren, das von den Arbeitgebern wahrgenommen wird. Die Versicherungsanstalten üben eine mehr oder minder intensive Kontrolle aus. Daß hierbei nicht unerhebliche Hinterziehungen aufgedeckt werden, geht aus folgendem Beispiel hervor. Bei der Versicherungsanstalt Sachsen-Anhalt wurden 1910 etwa 500 000 Versicherte kontrolliert; bei rund 4600 war die Markenverwendung unterblieben, die bei der Kontrolle ermittelten Markenrückstände betrugen fast 30 000 M.

Auf der andern Seite bedarf es auch bei den Rentnern einer Kontrolle, um festzustellen, welche Rentner wieder erwerbsfähig geworden sind. Denn wenn diese Personen wider Recht und Billigkeit die Rente weiter erhalten, findet eine Schädigung der Allgemeinheit statt. Statistisch drückt sich das in einer Steigerung der Rentenlast aus.

Der Einfluß der verschiedenen Kontrollmaßnahmen ist aus folgender Tabelle ersichtlich, die dem Bericht der Versicherungsanstalt für Mittelfranken entnommen ist:

Jahr	Von den Invalidenrentnern wurden einer Kontrolle unterzogen				Rechtskräftige Rentenaufhebungen erfolgten
	durch schriftliche Nachfrage bei der Aufenthaltsgemeinde	durch die K.-Beamten gelegentlich der Kartenkontrolle	durch ärztliche Nachuntersuchung	insgesamt	
1907	1250	1991	402	3643	118
1908	1539	2841	537	4917	173
1909	2529	2005	458	4992	175
1910	1793	3982	634	6409	195

Auch wirtschaftliche Einflüsse haben eine Beziehung zu der Invaliditätshäufigkeit. Überall wird die Beobachtung gemacht, daß zur Zeit von Arbeitslosigkeit oder schlechter Konjunktur die Zahl der Rentenanträge erheblich zunimmt. So hielt sich z. B. bei der Versicherungsanstalt Berlin die Zahl der Rentenanträge in dem ersten Jahrzehnt dieses Jahrhunderts um 6000 herum. Das Krisenjahr 1908 hatte dann aber ein Anschwellen der Rentenanträge auf 7000 zur Folge, worauf die Zahl der Rentenanträge in der Folgezeit wieder zurückflutete. Für diese Erscheinung ist der Umstand heranzuziehen, daß die Zahl der Invalidenrentner nicht im geringsten der Zahl der in Wirklichkeit invaliden Personen entspricht. Alle diejenigen Personen, die die Möglichkeit haben, sich etwas Geld zu verdienen, verzichten gern auf die Invalidenrente. Sobald aber ihr Verdienst durch die schlechte wirtschaftliche Konjunktur geschmälert oder gar aufgehoben wird, so stellen sie Antrag auf Invalidenrente. Daß dieser Antrag durchaus begründet ist, ergibt sich z. B. daraus, daß in Berlin auf 100 erledigte Renten in dem Krisenjahr 1908 28 Ablehnungen entfielen, in den Jahren 1907 und 1909 27, im Jahre 1910 29.

Schließlich ist die Invaliditätshäufigkeit durch örtliche Momente beeinflußt, die aus der gesamten wirtschaftlichen Lage der Bevölkerung, aus dem Vorwiegen der landwirtschaftlichen oder industriellen Betätigung, aus Rasseneinflüssen, aus der Verschiedenartigkeit der Entlöhnung, aus dem Bestehen oder Nichtbestehen der Krankenversicherungspflicht und vielen andern Faktoren bestehen, und deren Einzelwirkung nicht festzustellen ist.

Auch die in den einzelnen Landesteilen bestehende verschiedenartige Beurteilung der Invalidität ist nicht ohne Einfluß, wurde doch das Anschwellen der Invalidenrenten, wenn auch wohl nicht mit Recht, auf die allzu milde Beurteilung der Invalidität durch die begutachtenden Ärzte zurückgeführt. (Bielefeldt.) Diese vorher genannten Einzelmomente haben zur Folge, daß die Invaliditätshäufigkeit bei den einzelnen Versicherungsanstalten in einer geradezu unverständlichen Weise variiert. Die Versicherungsanstalten Schlesien, Rheinprovinz und Königreich Sachsen hatten bei der Gewerbezählung von 1907 versicherungspflichtige Personen: 1 224 366, 1 357 952, 1 243 992; die Zahl der Anträge auf Invalidenrente betrug 1910: 17 575, 13 709, 14 863. Die Zahl der Anträge belief sich in Posen auf 7390, in Hannover auf 7209; dieser annähernd gleichen Ziffer entsprachen das erstemal 351 877 versicherungspflichtige Personen, das zweitemal dagegen 665 270. In Berlin entfielen auf 100 dauernde Bewilligungen von Renten rund 50 Ablehnungen, in Schlesien weit mehr als 100, im Königreich Sachsen rund 8. Diesen erheblichen Differenzen gesellen sich noch weiter andere zu. Die Anträge werden entweder bewilligt oder abgelehnt oder anderweitig erledigt. In Berlin wurden nur 173 Anträge anderweitig erledigt, in Westfalen bei entsprechender Größe der Versicherungsanstalt dagegen 494. In Ostpreußen entfielen auf 100 Invalidenrenten nur 2 Krankenrenten, in Berlin und den Hansestädten dagegen rund 20. Es mag genügen, diese so außerordentlich verschiedenen Beziehungen hervorgehoben zu haben, ihre Ursachen sind zum Teil schwer erkennbar, zum Teil durch andere Momente verschleiert. Es scheint aber, als ob nicht die innern Krankheitsursachen der Invalidität diese Verschiedenheit bewirken, sondern als ob es die äußern mitwirkenden Faktoren allein oder fast ausschließlich tun.

Entwicklung der Invaliditätshäufigkeit.

In der unten abgedruckten Tabelle und in dem Schaubild (Fig. 42) ist die Zahl der festgesetzten Renten seit dem Beginn der Invalidenversicherung durch die ganzen Jahre hindurch aufgezeichnet. Die Entwicklung der Alters-, der Invaliden- und der Krankenrenten ist durchaus verschiedenartig gewesen. Die Zahl der Altersrentenbewilligungen war 1891 und 1892 außergewöhnlich groß, weil damals die Altersrente nicht bloß den das 70. Lebensjahr vollendenden, sondern auch sämtlichen bei dem Inkrafttreten des Invaliden- und Altersversicherungsgesetzes über 70 Jahre alten Versicherten zu gewähren war, die während der vorangegangenen drei Kalenderjahre mindestens 41 Wochen hindurch in einem die Versicherungspflicht begründenden Arbeits- oder Dienstverhältnis gestanden hatten. Die Zahl der bewilligten Altersrenten ist dann stetig zurückgegangen; nur zweimal erlitt der Rückgang eine mäßige Unterbrechung, nämlich im Jahre 1894 wegen der Ausdehnung der Versicherungspflicht auf die in dem Bundesratsbeschluß vom 1. März 1894 bezeichneten Hausgewerbetreibenden der Textilindustrie und im Jahre 1900 wegen der durch das Invalidenversicherungsgesetz eingeführten Ausdehnung der Versicherungspflicht und der Erleichterung für den Nachweis der Wartezeit.

Bis einschließlich 1899 wurden die Invalidenrenten an nicht dauernd erwerbsunfähige Versicherte von den sonstigen Invalidenrenten nicht getrennt, da sie nur gewährt wurden, sofern 52 Wochen hindurch ununterbrochen Erwerbsunfähigkeit bestanden hatte, und deshalb ihre Zahl sehr klein war. Seit dem Inkrafttreten des Invalidenversicherungsgesetzes genügt bei Kranken-

renten der Nachweis von nur 26 Wochen ununterbrochener Erwerbsunfähigkeit. Die Zahl der Krankenrenten ist deshalb seitdem viel größer als früher. Sie werden erst seit 1900 nachgewiesen. Seit dieser Zeit hat sich ihre Zahl verdoppelt. Sie stiegen bis 1906 in schneller regelmäßiger Folge und schwanken von diesem Zeitpunkt unregelmäßig um 12 000 jährlich herum.

Die Zahl der festgesetzten Invalidenrenten stieg bis 1899 ziemlich gleichmäßig. Am 1. Januar 1900 trat das neue Invalidenversicherungsgesetz in Kraft, das wesentliche Erleichterungen für den Invalidenrentenanspruch mit sich brachte: Abkürzung der Wartezeit und günstigere Bestimmungen

Festgesetzte Renten.

Jahr	Zahl der festgesetzten Renten	Davon kamen auf		
		Invalidenrenten	Krankenrenten	Altersrenten
1891	132 957	31	—	132 926
1892	59 912	17 784	—	42 128
1893	66 260	35 177	—	31 083
1894	81 256	47 385	—	33 871
1895	86 127	55 983	—	30 144
1896	90 403	64 450	—	25 953
1897	98 066	75 746	—	22 320
1898	104 306	84 781	—	19 525
1899	113 985	96 665	—	17 320
1900	152 246	125 717	6 677	19 852
1901	152 963	130 482	7 632	14 849
1902	164 407	142 789	8 733	12 885
1903	174 528	152 882	9 216	12 430
1904	162 486	140 092	10 458	11 936
1905	145 421	122 868	11 861	10 692
1906	134 056	110 969	12 421	10 666
1907	134 560	112 220	11 527	10 813
1908	139 789	116 852	11 951	10 986
1909	138 983	115 264	12 716	11 003
1910	138 554	114 679	12 263	11 612
Zusammen	2 471 265	1 862 816	115 455	492 994

für die Erwerbsunfähigkeit. Daraufhin schwoll die Rentenziffer in unerwarteter Weise an. Aus diesem Grunde hat das Reichsversicherungsamt seit 1901 die Bezirke der eine besonders hohe Zunahme aufwe senden Versicherungsanstalten durch Beauftragte bereisen lassen, um an Ort und Stelle die Ursachen dieser Erscheinung zu erforschen.

„Das Ergebnis der Erhebungen läßt sich dahin zusammenfassen, daß nur vereinzelt örtliche Gründe für das Ansteigen der Rentenzahl festgestellt werden konnten, daß dagegen Rentenbewilligungen in erheblicher Anzahl wegen nicht genügender Aufklärung der tatsächlichen Verhältnisse und wegen Verwischung der Grenzen zwischen Berufsinvalidität und reichsgesetzlicher Erwerbsunfähigkeit, insbesondere aber auch in zahlreichen Fällen wegen zu milder oder unzutreffender ärztlicher Beurteilung, bemängelt werden mußten."

Fast bei allen revidierten Versicherungsanstalten ist eine auffallende Verminderung der Renten zu beobachten, die bei einigen geradezu außerordentlich ist (Ostpreußen, Schlesien, Brandenburg, Rheinprovinz usw.). Wenn auch andere Gründe mitspielen, so ist doch die Rentenverminderung in der Hauptsache auf die Anregungen zurückzuführen, die gelegentlich der Be-

reisung den örtlichen Organen gegeben wurden. Man darf nicht vergessen, daß in der ersten Zeit Grundsätze für die Rentenbewilligung und Erfahrungen in der Abschätzung der Erwerbsfähigkeit nicht bestanden. Die Rentensachen wurden mit mehr Wohlwollen als mit kritischer Überlegung geprüft. Auch bei der Auslegung der Erwerbsunfähigkeit war man sehr weitherzig. Das Reichsversicherungsamt war damals bestimmend für die allgemeine milde Auffassung. Konnte doch der erste Präsident des Reichsversicherungsamts nur immer wieder betonen, daß die Arbeiter Kinder seien und als solche behandelt werden müßten. Wenn also das Reichsversicherungsamt bei den Bereisungen feststellen mußte, daß bei der Rentenbewilligung zu milde vor-

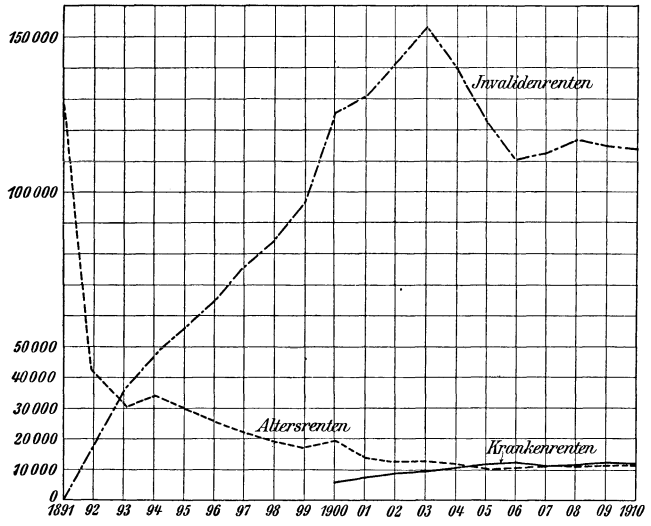


Fig. 42. Entwicklung der Invaliditätshäufigkeit.

gegangen werde, und daß die ärztlichen Gutachter vielfach den Begriff der Erwerbsunfähigkeit verkannten, so darf nicht vergessen werden, daß eben das Reichsversicherungsamt an dieser milden Behandlung selber Schuld hat. Als sich nämlich die Beurteilung im Reichsversicherungsamt änderte, war man im Lande auf eine solche Änderung weder gefaßt noch vorbereitet und blieb bei dem alten Schema. Infolgedessen mußte der äußerliche Erfolg der Bereisungen, der den örtlichen Organen die zurzeit im Reichsversicherungsamt herrschenden Ansichten bekannt machte, sehr groß sein. Auf der andern Seite haben diese Besprechungen nun aber auch den entgegengesetzten Erfolg gehabt, daß man in neuerer Zeit etwas scharf bei der Rentenbewilligung vorgeht. Besonders bei Rentenentziehungen wird über allzu große Härten geklagt. Es ist ungerechtfertigt, wenn einem Rentenempfänger, der vorübergehend zu etwa 40—50 % erwerbsfähig ist, nun die Rente entzogen wird. Ebenso ist beobachtet worden, daß Personen, die ein oder zwei Jahre vor der Altersgrenze standen, die Invalidenrente entzogen wurde. Auch heutzutage wird man eine gewisse milde Berücksichtigung aller Umstände bei der Handhabung der Invalidenversicherung nicht entbehren können, zumal die Verminderung der Konkurrenzfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt bei der Abschätzung der Erwerbsfähigkeit nicht berücksichtigt werden darf. Gerade solchen Personen, die in ihrer Erwerbsfähigkeit schon recht

beschränkt sind, ist aber der Arbeitsmarkt mehr oder minder verschlossen. Da die Invalidität nicht nach Prozenten abgeschätzt, vielmehr mit der anderer Personen verglichen wird, ist ferner hierdurch zum Ausdruck gebracht, daß es nicht auf eine prozentuale Abwägung ankommt, sondern auf eine Bewertung des Allgemeinzustandes, bei der man die Schärfe des Urteils, aber auch die Empfindung des Herzens braucht.

Mit wenigen Worten ist nun noch der Rentenlast zu gedenken, wie sie sich seit dem Beginn der Versicherung entwickelt hat. In der folgenden Tabelle und der Fig. 43 sind die laufenden Renten vom Jahre 1897 an dargestellt. Die Zahlen sind durchweg um etwa 2 % zu hoch, weil nur die den Versicherungsträgern jeweilig bis zum Jahresschlusse bekannt gewordenen Todesfälle bei Ermittlung der Zahl der laufenden Renten berücksichtigt werden konnten. Darunter leidet aber die Vergleichbarkeit nicht. In den ersten Jahren war die Zahl der laufenden Altersrenten erheblich größer als die der Invalidenrenten. Die Zahl der Altersrenten nahm dann allmählich ab, weil der Zugang neuer Renten den Abgang durch Tod und durch Bewilligung einer Invalidenrente nicht deckte. Die Zahl der laufenden Invalidenrenten überschritt die der Alters-

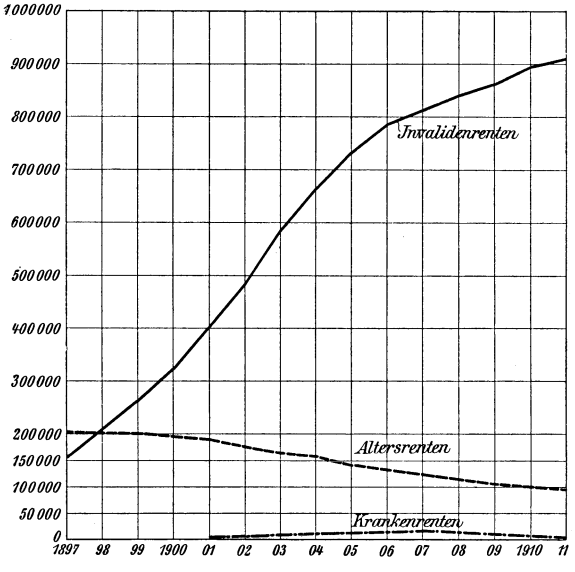


Fig. 43. Entwicklung der Rentenlast in der Invalidenversicherung.

Laufende Renten.

Anfang des Jahres	Renten überhaupt	Davon kommen auf		
		Invaliden-renten	Kranken-renten	Alters-renten
1897	365 625	161 670	—	203 955
1898	414 503	210 859	—	203 644
1899	466 228	264 899	—	201 329
1900	519 452	324 319	—	195 133
1901	598 925	405 335	5 118	188 472
1902	675 065	486 915	8 700	179 450
1903	755 537	574 842	12 145	168 550
1904	833 946	663 140	14 186	156 620
1905	897 406	734 955	16 985	145 466
1906	935 001	780 761	20 140	134 100
1907	962 275	814 575	22 097	125 603
1908	978 960	841 992	20 081	116 887
1909	995 810	868 086	19 087	108 637
1910	1 014 449	893 585	18 502	102 362
1911	1 034 060	918 760	16 965	98 335

renten gegen Ende 1897 und ist in scharf steigender Linie gewachsen. Trotz des Rückganges der Zahl der bewilligten Invalidenrenten ist ein Rückgang in der Zahl der laufenden Invalidenrenten nicht zu erwarten; diese Zahl wird vielmehr noch Jahrzehnte hindurch weiter wachsen.

Literatur.

Becker, Die Bestimmung des Beginns der dauernden Erwerbsunfähigkeit bei der Invalidenversicherung. Ärztl. Sachverst.-Ztg. 1911, S. 393.

Statistik der Ursachen der Erwerbsunfähigkeit (Invalidität) nach dem Invaliden- und Altersversicherungsgesetz für die Jahre 1896—99, bearbeitet im Reichsversicherungsamt, Beiheft zu den Amtlichen Nachrichten Berlin, 1904.

Rundschreiben vom 26. Juli 1905, betreffend die Ursachen der Erwerbsunfähigkeit bei Rentenempfängern, die zuletzt in der Textilindustrie beschäftigt gewesen sind, Amtliche Nachrichten des RVA. 1905, S. 512.

Rubin, Grundzüge der internen Versicherungsmedizin, Jena 1909.

Stempel, Epilepsie und Hysterie vom Standpunkt der Invalidenversicherung. Ärztliche Sachverst.-Ztg. 1903, S. 349.

Raecke, Bemerkungen zu dem vorigen Aufsatz, ebenda S. 376.

Stempel, Die Altersveränderungen der Arbeiter vom Standpunkt der Invalidenversicherung. Ärztl. Sachverst.-Ztg. 1904, S. 385.

Stempel, Die Untersuchung und Begutachtung der Invalidenrentenanwärter. Jena 1899.

Miller, Die Erwerbsunfähigkeit in Sachen der Invalidenversicherung und ihre Ursachen. Groß-Lichterfelde 1908.

— Manuale für Untersuchung Unfallverletzter und Invalider. Leipzig 1903.

Bielefeldt, Das Anschwellen der Invalidenrenten und die ärztlichen Atteste. Vortrag in der Gesellschaft für soziale Medizin am 9. März 1905. Diskussion. Ref. Ärztl. Sachverst.-Ztg. 1905, S. 141, 221.

Knepper, Über die Beziehungen zwischen chronischer Tabakvergiftung und Invalidenversicherung. Ärztl. Sachverst.-Ztg. 1906, S. 4.

Lochte, Schwierigkeiten der amtsärztlichen Beurteilung der Neurasthenie (besonders der Alkoholneurasthenie). Vortrag in der med. Gesellsch. in Göttingen am 10. I. 07.

Müller (Eduard), Die Behandlung der Neurasthenie. Deutsche Med. Wochenschr. 1908, S. 2153.

Jendrassik, Über den Neurastheniebegriff. Deutsche Med. Wochenschr. 1909, S. 1604.

Laehr, Max, Die Nervosität der heutigen Arbeiterschaft. Allgemeine Zeitschr. f. Psychiatrie Bd. 26, Heft 1.

Feilchenfeld, L., Über Rentenhysterie. Ärztl. Sachverst.-Ztg. 1906, S. 321.

Lissauer, Über Rentenneurasthenie.... Ärztl. Sachverst.-Ztg. 1907, S. 367.

Dienstanweisung zur Beurteilung der Militärdienstfähigkeit und zur Ausstellung von militärärztlichen Zeugnissen vom 9. Februar 1909. Berlin 1909.

Lesser, Geschlechtskrankheit und Invalidität. Vortrag im RVA. Amtl. Nachrichten des Reichsversicherungsamts 1910, S. 673.

Potthoff, Die Ausbeutung der Invalidenversicherung durch die freiwillig Versicherten. Zentralblatt der Reichsversicherung 1910, S. 137.

Knepper, Die ärztliche Sachverständigentätigkeit auf dem Gebiete der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung nach der RVO. Bericht über die Hauptversammlung des Preuß. Med.-Beamt.-Ver. zu Berlin 1912.

Bazille, Die vorsätzliche Herbeiführung der Erwerbsunfähigkeit, insbesondere der Selbstmordversuch in der Invalidenversicherung. Arbeiter-Versorgung, 1906. S. 209.

Schulze, Ernst, Der Kampf um die Rente und der Selbstmord in der Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts. Halle 1910.

Hübner, Über den Selbstmord. Jena 1910.

Leubuscher und Bibrowitsch, Die Neurasthenie in Arbeiterkreisen. Deutsche Med. Wochenschr. 1905, S. 820.

Meyer, E., Hysterie und Invalidität. Deutsche Med. Wochenschr. 1907, S. 209.

Baisch, Die Begutachtung gynäkologischer Erkrankungen für die Unfall- und Invaliditätsversicherungen. Samml. klin. Vorträge, Nr. 367, 1904.

Rotholz, Die Invaliden- und Altersrentenbewegung bei den einzelnen Versicherungsanstalten im Jahre 1910. Arb.-Versorg. 1911, S. 858.

Zwölftes Kapitel.

Die Verminderung der Erwerbsfähigkeit und ihre Beurteilung.

Allen drei Versicherungszweigen gemeinsam ist, daß das versicherte Gut die natürliche Arbeitskraft und Erwerbsfähigkeit des Menschen ist. Wird die Arbeitskraft vermindert, so entsteht ein Zustand, der unter gewissen Voraussetzungen die Versicherungsleistung bedingt. Die Verminderung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit muß aber durch Krankheit, Unfall oder Gebrechen verursacht sein, um den Anspruch auf die Versicherungsleistung zu rechtfertigen. Die natürlichen, angeborenen und die erworbenen Fähigkeiten müssen durch pathologische Veränderungen herabgesetzt werden. Physiologische Veränderungen, wie Altersschwäche, Menstruation, Schwangerschaft, können auch die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit herabmindern, aber diese Herabminderung bedingt keinen Anspruch auf die Versicherungsleistungen, nur die Krankenversicherung macht beim Wochenbett eine Ausnahme. Die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit sind Begriffe, die in ihrer eigentlichen Bedeutung miteinander in Zusammenhang stehen, derart, daß Erwerbsfähigkeit der übergeordnete Begriff ist. Die Arbeitsfähigkeit setzt nur voraus, daß der Mensch die angeborenen oder erworbenen Fähigkeiten besitzt, die ihn zur Leistung einer Arbeit befähigen. Die Erwerbsfähigkeit ist ohne Arbeitsfähigkeit nicht denkbar, bei ihr kommt aber noch hinzu, daß die Arbeitsfähigkeit zum Erwerbe geeignet ist und auch dazu benutzt wird.

Die Arbeitsfähigkeit ist zum Erwerbe nicht geeignet, wenn sie nicht verwertbar ist. Sie wird dann nicht zum Erwerbe benutzt werden, wenn der Unterhalt auf andere Weise als durch Arbeit stattfindet, also durch Zinsengenuß eines Kapitals, durch Genuß einer Stiftung, durch Betteln usw. In diesen Fällen wird aus begreiflichen Gründen oder aus Hang zum Müßiggang die Arbeitsfähigkeit zum Erwerbe nicht ausgenutzt. Sie kann auch infolge pathologischer Verhältnisse nicht ausgenutzt werden. Das ist einmal der Fall, wenn eine Störung des Nervensystems besteht, die auf die Willenstätigkeit einen Einfluß hat. Der Geisteskranke besitzt die Arbeitsfähigkeit wie jeder andere gleichgeartete Mensch, er kann sie aber wegen einer Schwäche der Intelligenz, wegen einer Gemütsveränderung, wegen Sinnestäuschungen oder Wahnideen nicht ausnutzen; der Hysteriker besitzt ebenfalls die Fähigkeit, seine Gliedmaßen zum Erwerbe zu bewegen, er tut es aber nicht infolge krankhafter Willensschwäche. Ein anderer kann seine Arbeitsfähigkeit nicht zum Erwerbe ausnutzen, weil ihn Schmerzen daran verhindern, oder er das Bett hüten muß, oder weil die Arbeit ihm selber schädlich ist und seinen Gesundheitszustand beeinträchtigen oder einen bestehenden Krankheitsprozeß verschlimmern würde. In allen diesen

Fällen liegen pathologische Verhältnisse vor, die die Ausnutzung der Arbeitsfähigkeit nicht gestatten; die hieraus entstehende Verminderung oder gar Aufhebung der Erwerbsfähigkeit entspricht damit den Bedingungen, die der Versicherungsfall voraussetzt.

Die Verwertbarkeit der Arbeit steht in mannigfachen Beziehungen zur Erwerbsfähigkeit. Die verschiedenen Arbeitsprodukte sind nicht gleichartig und nicht gleichwertig. Je seltener eine Arbeit ist, umso gesuchter ist sie, umso höher wird sie bezahlt. Die gewöhnliche Tätigkeit des ungelernten Arbeiters setzt keine besonderen Vorkenntnisse voraus, sie kann von jedermann verrichtet werden, der über gesunde Glieder verfügt. Dagegen sind immer nur verhältnismäßig wenige Personen vorhanden, die eine Uhr reparieren können, oder die ein Gebäude zu errichten verstehen, oder denen eine Lokomotive anvertraut werden kann. Daneben gibt es wieder Arbeiten, die nur ungern geleistet werden, für die nur schwer Arbeiter zu bekommen sind, wie Kanalarbeiten, oder die gefährlich sind, wie die Arbeit mit Giften; in solchen Fällen wird eine verhältnismäßig einfache Arbeit hoch bewertet. Der Wert der Arbeit wird im allgemeinen durch ihre Seltenheit bestimmt. Der Wert der Arbeit hängt aber auch von den Wirtschaftsverhältnissen ab. Zu Zeiten guter Konjunktur werden Arbeiter gesucht und hoch bezahlt; je schlechter die Konjunktur wird, umsomehr wird der Produktionsprozeß eingeschränkt, umsomehr Arbeiter werden überflüssig und kommen zur Entlassung. Die Arbeitslosen drücken auf die Arbeitslöhne, und dieser Druck wird sich am meisten bei der Klasse der ungelernten Arbeiter bemerkbar machen, in die hauptsächlich nun der Zustrom aus allen möglichen Arbeitsgebieten stattfindet.

Wenn somit die Wertung der Arbeit von der Qualität und der Quantität abhängt, so ist dabei doch in erster Linie immer an den gesunden Normalarbeiter gedacht. Nun besteht aber auch für den Menschen mit verminderter Arbeitsfähigkeit die Möglichkeit, diesen Rest zum Erwerb auszunutzen. Die Arbeitsfähigkeit kann an sich durch irgendein Leiden vermindert oder aufgehoben sein. Wer eine Lähmung hat, wer an einem Herzfehler leidet, wer seine Augen schonen muß usw., kann nicht jede Arbeit verrichten. Er ist auf ganz bestimmte Arbeiten angewiesen, der Kreis der für ihn möglichen Arbeiten ist mehr oder minder erheblich eingeengt. Damit ist aber die Verwertbarkeit der ihm verbliebenen Arbeitsfähigkeit noch mehr eingeengt. Denn niemand stellt gern einen kranken Menschen ein, wenn er auch die ihm übertragenen Arbeiten zur vollen Zufriedenheit des Arbeitgebers verrichten kann. Er ist in seiner Konkurrenzfähigkeit gegenüber normalen Menschen beeinträchtigt. Das ist bei Krankheiten, die Ekel erregen, in sehr hohem Maße der Fall. Deswegen haben Geisteskranke auch nur schwer Gelegenheit, den Rest der ihnen verbliebenen Arbeitsfähigkeit zu verwerten, ähnlich geht es Epileptikern, Leuten mit Gesichtslähmungen usw. Es kann sogar dahin kommen, daß Leute mit normaler Arbeitsfähigkeit diese nicht verwerten können, wenn sie ein ekelerregendes Leiden besitzen. Das ist der Fall gewesen bei Ozaena (Stinknase), bei harmlosen Hautleiden, die aber einen widerlichen Anblick gewährten, usw.

Die Verwertbarkeit der Arbeit von Personen mit verminderter Arbeitsfähigkeit hängt in auffallender Weise von ihren persönlichen Eigenschaften und von der allgemeinen Wirtschaftslage ab. Nach Verletzungen tritt z. B. hochgradige Gewöhnung an den Zustand auf, oder solche Personen vermögen andere Fähigkeiten, die ihnen verblieben sind,

auszubilden. Es wird von der Willenskraft und der Geschicklichkeit solcher Leute mit verminderter Arbeitsfähigkeit abhängen, wie hoch sich ihre Erwerbsfähigkeit bewertet. Die einen erreichen durch Gewöhnung oder durch Anpassen ihrer Fähigkeiten an neue Berufsverhältnisse eine Lebenslage, die sich von der früheren vor dem Unfall nicht unterscheidet oder eher noch besser geworden ist, die andern haben nicht die Lust oder das Vermögen, ihren Zustand zu verbessern. Häufig gehen auch Personen, die ein angeborenes Leiden, wie eine Blasenspalte oder eine schwere Verkrüppelung haben, ein Arbeits- und damit ein Versicherungsverhältnis ein. Haben sie dann die Wartezeit etwa in der Invalidenversicherung erfüllt, so stellen sie dieses Leiden in den Vordergrund und behaupten, sie seien invalide. Natürlich bestand dann keine Änderung in der Erwerbsfähigkeit, und der Anspruch ist ungerechtfertigt.

Diese wenigen Bemerkungen mögen hinreichen, um eine Vorstellung zu erwecken, wie schwierige und komplizierte Verhältnisse sich der theoretischen Betrachtung bieten. Für weitere Studien sei auf das vorzügliche und eingehende Buch von Siefart hingewiesen, das den Begriff der Erwerbsunfähigkeit behandelt und in amtlichem Auftrage unter Benutzung des gesamten amtlichen Materials geschrieben ist. Wir wenden uns den praktischen Verhältnissen zu, die durch die Versicherungsgesetzgebung in besonderer Weise berührt werden.

Die RVO. kennt drei verschiedene Arten der Erwerbsunfähigkeit und hat für jede eine besondere Bezeichnung eingeführt, nämlich Arbeitsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit und Invalidität. Die frühere Versicherungsgesetzgebung kannte nur den Ausdruck Erwerbsunfähigkeit, aber auch die drei verschiedenen Arten und unterschied sie durch den Zusatz im Sinne des Krankenversicherungsgesetzes, im Sinne des Unfall- und im Sinne des Invalidenversicherungsgesetzes. Da dasselbe Wort für verschiedene Begriffe mit durchaus verschiedenem Inhalt und verschiedenen Bedingungen gebraucht wurde, so kamen sehr häufig Verwechslungen vor, die der Sache selbst nicht förderlich waren. Die RVO. hat darum drei verschiedene Bezeichnungen eingeführt, die an sich durchaus praktisch sind. Nur das Wort Arbeitsunfähigkeit wird in einem andern Sinne gebraucht, als er vorher angegeben ist. Im allgemeinen Sprachgebrauch ist die Arbeitsfähigkeit die Fähigkeit zur Arbeit ohne Rücksicht auf die Verwertung der Arbeit zum Erwerbe. In der Reichsversicherung bedeutet nun aber Arbeitsunfähigkeit eine besondere Art von Erwerbsunfähigkeit, die wohl sonst auch als Berufsunfähigkeit bezeichnet wird. Wenn daher nunmehr das Wort Arbeitsunfähigkeit gebraucht wird, so geschieht es stets in dem Sinne, mit dem es die RVO. verbindet. Wir kennen außer den erwähnten drei Arten von Erwerbsunfähigkeit noch eine weitere, die Berufsinvalidität, die der Berufsunfähigkeit sehr nahe steht. Die Berufsinvalidität hat für die RVO. keine Bedeutung, wohl aber für das praktische Leben bei Personen, die in einem andern zwangsgesetzlichen Versicherungsverhältnis stehen. Einmal sind es Personen, die einem knappschaftlichen Landesversicherungsgesetz unterworfen sind, sodann kommen in Zukunft die Personen in Frage, die der Angestelltenversicherung unterstellt sind. Eine gewisse Schwierigkeit ergibt sich daraus in der Praxis, daß die genannten Personenkategorien größtenteils auch der Reichsversicherung angehören und nun bei Erwerbsunfähigkeit mit zweierlei Maß gemessen werden, je nachdem es sich um die reichsgesetzliche Invalidität oder die erwähnte besondere Berufsinvalidität handelt. Bei der

Wichtigkeit der Frage ist es nötig, auch auf diese vierte Art der Erwerbsunfähigkeit einzugehen, wenn auch kein direkter Zusammenhang mit der reichsgesetzlichen Arbeiterversicherung besteht.

Gemeinsam ist allen vier Unterarten der Erwerbsunfähigkeit, daß der Verlust der Fähigkeit, den Unterhalt zu erwerben, sich auf den Erwerb durch Arbeit bezieht, daß der Verlust durch eine pathologische Veränderung bedingt sein muß, und daß die Verwertbarkeit der Arbeit berücksichtigt wird. Diese Berücksichtigung ist allerdings überall verschieden. Verschieden ist insbesondere auch die Abschätzung der Erwerbsfähigkeit und das Maß der Versicherungsleistung je nach dem Grade der Erwerbsunfähigkeit. Auf die gemeinsamen Eigenschaften brauche ich nicht näher einzugehen, da sie in den einleitenden Worten dieses Kapitels schon hinreichend erörtert sind; dagegen muß ich bei den Verschiedenheiten etwas verweilen.

Die Verwertbarkeit der Arbeit wird zunächst in verschiedener Weise berücksichtigt. Bei der Krankenversicherung, bei der Angestelltenversicherung und bei der knappschaftlichen Versicherung wird nur das Vermögen berücksichtigt, die Berufstätigkeit auszuüben. Lediglich die Angestelltenversicherung hat hier Besonderheiten, so daß eher von einer Standesinvalidität als einer eng begrenzten Berufsinvalidität gesprochen werden kann. Immerhin gehört die Erwerbsunfähigkeit der Angestelltenversicherung hierher und wird auch in dem Gesetz als Berufsunfähigkeit bezeichnet. Bei der Unfallversicherung wird die Erwerbsfähigkeit danach beurteilt, inwieweit der Verletzte auf dem ganzen wirtschaftlichen Gebiete nach seinen gesamten Kenntnissen und geistigen und körperlichen Fähigkeiten Verdienst erlangen kann. Hier ist der Kreis also schon viel weiter gezogen, am weitesten aber bei der Invalidenversicherung. Hier wird geprüft, wieweit die übrig gebliebene Arbeitskraft auf dem gesamten Arbeitsmarkt überhaupt ohne wesentliche Einschränkungen verwertet werden kann. Ausbildung, Beruf und Beschäftigung sind hier von nebensächlicher Bedeutung. Hieraus ergibt sich schon, daß die Abschätzung der Erwerbsfähigkeit recht verschieden sein muß. Bei der Berufsunfähigkeit ist das am allereinfachsten. Wenn jemand seinen Beruf nicht ausüben kann, ist er eben berufsunfähig. In der Unfallversicherung ist allerdings auf die besondere Art der Tätigkeit des Verletzten Rücksicht zu nehmen. Es kann ihm nicht zugemutet werden, daß er seine bisherige Berufsarbeit aufgibt, um in einem andern, vielleicht seinen Fähigkeiten wenig entsprechenden Beruf etwas mehr zu verdienen. Das bisherige Arbeitsfeld ist jedoch nicht allein maßgebend. Die Berufsausbildung und die tatsächlichen Fähigkeiten werden also bewertet, aber sie sind nicht die einzigen Faktoren bei der Abschätzung der Erwerbsfähigkeit. Noch geringer sind die Ansprüche an die Erwerbsfähigkeit, wenn sie sich wie in der Invalidenversicherung auf den allgemeinen Arbeitsmarkt beziehen. Die Abschätzung der Erwerbsfähigkeit nach diesem Maßstab hat zur Folge, daß hier immer noch gewisse Grade von Erwerbsfähigkeit bestehen werden, wenn sie nach den beiden andern Maßstäben längst aufgehoben ist. Hier wird der Versicherte mit einer hypothetischen Person verglichen, die eine ähnliche Ausbildung erhalten hat und in derselben Gegend bei körperlicher und geistiger Gesundheit ihren Lebensunterhalt durch Arbeit verdient.

Schließlich ist das Maß der Versicherungsleistung in den drei Versicherungsarten je nach dem Grade der Erwerbsunfähigkeit verschieden. Die Krankenversicherung kennt nur eine Versicherungsleistung bei Arbeitsunfähigkeit, das Krankengeld. Dieses wird in seiner

Höhe nicht durch den Grad der Arbeitsunfähigkeit bestimmt, sondern durch die Höhe der Beitragsleistung. Ob die Arbeitsunfähigkeit eine vollständige oder eine teilweise ist, macht für die Versicherungsleistung nichts aus. Das Gesetz kennt nur entweder Arbeitsfähigkeit oder Arbeitsunfähigkeit, Unterschiede in der Arbeitsfähigkeit werden nicht gemacht. Bei der Unfallversicherung wird das Maß der Versicherungsleistung in ganz abweichender Weise lediglich durch den Grad der Erwerbsfähigkeit bestimmt. Die Minderung an Erwerbsfähigkeit wird prozentual abgeschätzt. Ist die Erwerbsunfähigkeit vollständig, so wird die Vollrente gewährt, die $^2/_3$ des Jahresarbeitsverdienstes entspricht, ist sie nicht vollständig, so wird eine Teilrente gewährt, die der prozentualen Minderung der Erwerbsfähigkeit entspricht. Bei Hilflosigkeit tritt sogar eine Erhöhung dieser Bezüge ein, die bis zu 100 % des Jahresarbeitsverdienstes betragen kann. In der Invalidenversicherung wiederum gibt es nur entweder nichtinvalide oder invalide Personen. Ein Mittelding existiert nicht. Auch in der Invalidenversicherung ist wie bei der Krankenversicherung nur eine Art der Erwerbsunfähigkeit bekannt. Während nun aber die Erwerbsunfähigkeit in der Unfallversicherung die ausgesprochenen Merkmale der Teilbarkeit zeigt, ist die Arbeitsunfähigkeit in der Krankenversicherung ein unteilbarer Begriff. Die Invalidität ist zwar auch ein unteilbarer Begriff, eine Teilinvalidität besteht nicht; aber die Invalidität ist selber das Mindestmaß einer teilweisen Erwerbsunfähigkeit. Wer mehr als $66^2/_3$ % in seiner Erwerbsfähigkeit beschränkt ist, der ist invalide, es ist gleichgültig, ob er zu 67 %, zu 70 %, zu 80, 90 oder 100 % in seiner Erwerbsfähigkeit gestört ist. In allen Fällen besteht gleichmäßig Invalidität, die Invalidenrente ist gleichhoch, sie richtet sich in ihrer Höhe lediglich nach der früheren Beitragsleistung. Andererseits macht es bei der Invalidenversicherung nichts aus, ob ein Mensch zu 30, 40, 50, 60 oder 65 % in seiner Erwerbsfähigkeit geschädigt ist, er ist dann nicht invalide. Überschreitet er die Grenze von $66^2/_3$ %, so besteht ohne weiteres Invalidität.

Ich will hier nicht weiter die verschiedenen Arten der Erwerbsunfähigkeit miteinander vergleichen, sondern wende mich nun der Arbeitsunfähigkeit, der Erwerbsunfähigkeit, der Invalidität und der Berufsinvalidität im einzelnen zu. Ich möchte nur bemerken, daß nunmehr auch das Wort Erwerbsunfähigkeit einzig in dem Sinne der Unfallversicherung gebraucht werden wird und nicht mehr in dem allgemeinen Sinne, den man sonst mit dem Begriff der Erwerbsunfähigkeit im gewöhnlichen Sprachgebrauch verbindet.

Arbeitsunfähigkeit.

Die Versicherungsleistung der Krankenversicherung, das Krankengeld, wird gewährt, wenn die Krankheit den Versicherten arbeitsunfähig macht (§ 182). Arbeitsunfähigkeit ist anzunehmen, wenn der Versicherte nicht imstande ist, seine Arbeit zu verrichten. Wenn also ein Glasbläser sich eine Verletzung der Lippe zuzieht, deretwegen er seiner Berufsarbeit nicht nachgehen kann, so ist er arbeitsunfähig, gleichgültig, ob er imstande ist, jede andere Arbeit zu verrichten. Ein Schneider wird durch die Entzündung eines Fingers, die einen Aufseher nicht behindern würde, arbeitsunfähig, ein Barbier kann vielleicht schon durch einen Gesichtsausschlag, der auf die Kunden ekelerregend einwirkt, arbeitsunfähig werden, während dieselbe Krankheit kaum einen andern Versicherten erheblich genieren würde. Immerhin hat diese Auffassung, daß der Versicherte auf fremde, seinem Berufe nicht

eigentümliche Arbeiten nicht verwiesen werden dürfe, gewisse Grenzen, die durch die Natur der Krankenversicherung bedingt sind. Die Krankenversicherung nimmt an, daß es sich um vorübergehende Krankheitserscheinungen handelt, die zur Versicherungsleistung führen. Sobald die Krankheit den Charakter der vorübergehenden Erscheinung verloren hat, wird ein strengerer Maßstab an den Begriff der Arbeitsunfähigkeit zu legen sein. Einem Klavierspieler, der eine Verletzung der linken Hand davongetragen hat, kann zunächst eine andere Tätigkeit als die, derentwegen er versichert war, nicht zugemutet werden. Man kann ihn nicht auf Notenabschreiben mit der gesunden rechten Hand oder auf die Erteilung von Klavierunterricht verweisen. Wenn es sich aber bei derselben Person um eine chronische Gelenkentzündung derselben Hand handelt, so kann er nicht dauernd die Verweisung auf andere Arbeiten ablehnen. Es kann ihm dann wohl die Erteilung von Klavierunterricht oder das Abschreiben von Noten zugemutet werden. In einer Entscheidung des Badischen Verwaltungsgerichtshofes vom 12. Juli 1910 (Arb.-Vers. 1911, S. 231) ist ausgesprochen, daß zur Annahme der Arbeitsunfähigkeit nicht unter allen Umständen die Unfähigkeit zu derjenigen Tätigkeit genügt, die der Versicherte vor seiner Erkrankung verrichtet hat. Vielmehr kann dem mit einer chronischen Krankheit Behafteten (es handelte sich um einen Herzfehler), dem nur eine gewisse Tätigkeit schädlich, der aber leichtere Arbeiten ohne Nachteil zu verrichten imstande ist, billigerweise zugemutet werden, zu dieser anderen, seinen Kräften entsprechenden Tätigkeit überzugehen.

Ebenso kann bei ungelernten Arbeitern oder solchen, die Gelegenheitsarbeit verrichten, nicht eigentlich von einer Berufsunfähigkeit gesprochen werden, da sie ja einen bestimmten Beruf, in dem sie ausgebildet sind, nicht haben. Wird ein solcher Arbeiter, der zuletzt beim Abladen von Säcken aus Schiffen beschäftigt war, durch eine Schleimbeutelentzündung der Schulter an dieser Tätigkeit behindert, so ist er doch zu allen andern Gelegenheitsarbeiten fähig. Er kann auch mit Recht darauf verwiesen werden; er ist also nicht arbeitsunfähig. Es liegt eine derartige Entscheidung des Kgl. Sächsischen Oberverwaltungsgerichts vor, nach der im Einklang mit den gemachten Ausführungen bei einem ungelernten Arbeiter für die Frage, ob seine Arbeitsfähigkeit wiederhergestellt sei, auch die Möglichkeit der Erlangung anderer als der bisher ausgeübten, insbesondere leichterer Arbeit als zulässig angesehen wurde. (Entsch. v. 25. IX. 1901, Reger 23, S. 87.)

Ist aber nun in einem Falle festgestellt, daß bei einem Versicherten Arbeitsunfähigkeit vorliegt, so wird daran nichts geändert, wenn der Kranke irgendeiner Beschäftigung nachgeht. Es ist ohne Belang, ob der Versicherte sich nicht für arbeitsunfähig hält, und ob er auf Kosten seiner Gesundheit tatsächlich arbeitet. (Preuß. Oberverwaltungsg. 18, S. 355.) Die Krankenkasse kann in einem solchen Falle nicht das Krankengeld entziehen, sie kann aber den Versicherten anhalten, daß er die Arbeit unterläßt, und kann ihn in Strafe nehmen. (§ 529.) Setzt aber ein Versicherter seine Tätigkeit gegen vollen Lohn fort, so ist ihm das Krankengeld zu versagen, auch wenn er bewiese, daß er nur unter Gefährdung seiner Gesundheit weitergearbeitet habe. (Hahn, Preuß. Oberverwaltungsg. 50, S. 409.)

Im allgemeinen wird die Sachlage einfach sein, wenn es sich um einen ernsthaften Krankheitsprozeß handelt, der etwa bettlägerig macht, oder andererseits um eine Krankheit, die im Laufe einiger Tage und Wochen abläuft. Nur bei solchen Fällen, die auf der Mitte liegen, sehr chronisch ver-

laufen oder Gelegenheitsarbeiter betreffen, wird die Frage der Arbeitsunfähigkeit gelegentlich strittig sein können. Besonderer Erörterung bedarf die Frage nach der Arbeitsunfähigkeit eines Menschen, der schon bei Eingang der Versicherung krank war. Wenn die Krankheit schon zu der Zeit Arbeitsunfähigkeit bedingte, als die Versicherung eingegangen wurde, so kann eine Steigerung der Arbeitsunfähigkeit nicht mehr eintreten, es kann also auch die Leistung des Krankengeldes nicht beansprucht werden. Der Kranke hat im Bedarfsfalle nur Anspruch auf Krankenpflege. Bisher wurde von den obersten Gerichtshöfen die Ansicht vertreten, daß ein solcher Versicherter Anspruch auf Krankengeld habe, wenn er so erkrankt, daß er dadurch arbeitsunfähig geworden wäre, falls er es nicht schon vorher gewesen wäre. Es handelt sich hierbei natürlich nur um eine juristische Konstruktion. Hahn weist mit Recht darauf hin, daß diese Auffassung mit dem klaren Inhalt des Gesetzes unvereinbar ist, daß Kranke dieser Art nur Anspruch auf Krankenpflege haben. Dagegen schließt die Tatsache, daß jemand eine Invalidenrente bezieht, noch nicht die Folgerung in sich, daß er arbeitsunfähig ist. Auch Invalide haben noch eine gewisse Arbeitsfähigkeit, die durch Krankheit aufgehoben werden kann. In solchem Falle ist auch der Anspruch auf Krankengeld berechtigt.

Die Arbeitsunfähigkeit ist solange als bestehend anzunehmen, als der Versicherte durch den Krankheitsprozeß verhindert ist, die Berufsarbeit aufzunehmen. Dem Krankheitsprozeß sind seine direkten und indirekten Folgen gleich zu achten. Die Krankheit kann z. B. eine Behandlung bedingen, die die Verrichtung der Berufsarbeit ausschließt, z. B. bei Aufenthalt im Krankenhause oder während einer Badekur. Es muß sich dabei aber immer um die Beseitigung eines bestehenden Krankheitszustandes und die Notwendigkeit der Kur handeln. Hat jemand ein Krankenhaus ohne zwingenden Grund aufgesucht, oder ist er nur zur Verhütung einer Krankheit in eine Heilstätte gegangen, so ist die Arbeitsunfähigkeit nicht durch den Krankheitsprozeß bedingt, also auch nicht zu entschädigen. Wenn jemand während der Reparatur seines künstlichen Beines oder zu dessen Vornahme in ein Krankenhaus geht oder auch sonst an der Ausübung der Berufsarbeit verhindert ist, so besteht doch keine entschädigungspflichtige Arbeitsunfähigkeit, da die Arbeitsunfähigkeit nicht durch einen aktiven Krankheitsprozeß hervorgerufen wird. Es handelt sich vielmehr um einen abgelaufenen Krankheitsprozeß, um ein Gebrechen, das den künstlichen Ersatz bedingt. Die Grundbedingung für die Annahme der Arbeitsunfähigkeit, das Vorhandensein eines aktiven Krankheitsprozesses, ist also nicht gegeben. (Vgl. Kapitel Krankheit.) Andererseits braucht der Krankheitsprozeß keine Krankenpflege notwendig zu machen. Die Arbeitsunfähigkeit ist also auch nicht an die Bedingung der ärztlichen Behandlung gebunden. Nun kann der Fall so liegen, daß ein Krankheitsprozeß an sich die Ausübung der Berufsarbeit gestattet, daß die Ausübung der Arbeit aber die Krankheit wieder verschlimmert. Dem Versicherten kann keinesfalls eine Arbeit zugemutet werden, die er nur unter Verschlimmerung der Krankheit zu leisten vermag. (Preuß. Oberverwg. 10. X. 89, 18, S. 355.) In vielen Fällen wird ein Kranker aus der ärztlichen Behandlung entlassen mit der Auflage, daß er während einer bestimmten Schonzeit die Arbeit zu unterlassen habe. Damit soll zum Ausdruck gebracht werden, daß zwar weitere Krankenpflege nicht mehr nötig sei, daß aber der im Abklingen befindliche Krankheitsprozeß durch die sofortige Aufnahme der Berufsarbeit verschlimmert werden würde. Der

Beharrungszustand ist noch nicht eingetreten, der einen sofortigen Rückfall ausschließt. „Die Zeit der Schonungsbedürftigkeit (Rekonvaleszenz) fällt noch mit unter den Begriff der mit Arbeitsunfähigkeit verbundenen Krankheit; für ihre Dauer ist Krankenunterstützung zu gewähren." (Bad. Verwaltgsg. 5.VII.10, Reger, Erg.-Bd.4, S.257.) Besonders wichtig ist diese Bestimmung unter Rücksicht auf die Pfleglinge der Heilstätten, bei denen meist noch eine gewisse Zeit der Schonung gefordert wird.

Bei vielen Krankenkassen wird unter bestimmten Umständen Landaufenthalt oder der Aufenthalt in einer Walderholungsstätte als besondere Art von Heilmitteln gewährt. Die Befürwortung kommt nach einem Rundschreiben des Vereins Berliner Kassenärzte nur in Frage, wenn

1. der Kranke schon längere Zeit krank ist, der Landaufenthalt für ihn nicht nur wünschenswert, sondern als zu seiner Genesung erforderlich begründet ist;
2. nach Beendigung des Urlaubs der Wiedereintritt völliger Arbeitsfähigkeit zu erwarten ist;
3. der Kranke Arznei und ärztlicher Behandlung nicht mehr bedarf;
4. der Kranke dem Arzt erklärt, daß er für seine Verpflegung entweder ein genügendes Unterkommen bei Eltern oder Verwandten hat, oder daß er sich im Besitz der hierzu erforderlichen Mittel befindet.

Gewährt die Krankenkasse derartige Kurmittel oder die Möglichkeit der Luftveränderung nicht selber, so muß sie doch während einer derartigen Kur das Krankengeld bezahlen, wenn der Arzt die Kur für notwendig zur Behebung des Leidens und der damit verbundenen Arbeitsunfähigkeit hält.

Arbeitsunfähigkeit liegt auch dann vor, wenn ein Versicherter trotz an sich vorhandener Fähigkeit, seine Berufsarbeit zu verrichten, infolge ekelerregender, ansteckender oder entstellender Krankheit keine Beschäftigung findet. Wenn dagegen ein Versicherter infolge seines Alters, seiner Gebrechlichkeit oder eines chronischen Leidens in seiner Konkurrenzfähigkeit beeinträchtigt ist, so liegt kein aktiver Krankheitsprozeß vor, der Arbeitsunfähigkeit bedingt.

Ich hatte schon in der allgemeinen Einleitung zu diesem Kapitel erwähnt, daß das Gesetz nur den Begriff der ungeteilten Arbeitsunfähigkeit kennt. Entweder ist der Versicherte arbeitsunfähig oder arbeitsfähig. Ein Mittel dazwischen gibt es nicht. Infolgedessen kann auch das Krankengeld entweder nur unverkürzt oder gar nicht gewährt werden. Nun ist der Versicherte in Wirklichkeit oft imstande seiner Berufsarbeit nachzugehen, er kann sie aber nicht voll verrichten, sondern ist mehr oder minder behindert. Je nach dem Grad der Behinderung wird Arbeitsfähigkeit oder Arbeitsunfähigkeit anzunehmen sein. Eine Entscheidung des Badischen Verwaltungsgerichtshofes beschäftigt sich mit dieser Frage. In der Entscheidung vom 13. Juni 1908 (Arb.-Vers. 1908, S. 734) wurde einem nicht bloß durch seine Erkrankung, sondern auch durch Altersbeschwerden in seiner Arbeitsfähigkeit beschränkten Manne das Krankengeld mit der Begründung abgesprochen, daß eine Arbeitsfähigkeit, die auf 40—60 % der normalen veranschlagt werden kann, noch eine beachtenswerte im Sinne der Krankenversicherung sei. Dieses Urteil ist nur dadurch begreiflich, daß die Arbeitsfähigkeit durch Altersbeschwerden zum Teil herabgesetzt war. Im allgemeinen wird man sonst die Ablehnung des weiteren Krankengeldanspruches nur dann verstehen, wenn die Arbeitsfähigkeit wieder auf 75—90 % der normalen gestiegen

ist. Wenn ein Versicherter nur noch zu 20 % erwerbsbeschränkt und für einige Monate schonungsbedürftig ist, so kann er nicht als arbeitsunfähig angesehen werden. Man wird hier keine generellen Gesichtspunkte aufstellen können, sondern im Einzelfall nach billigem Ermessen entscheiden müssen.

Der Beweis der Arbeitsunfähigkeit wird im allgemeinen durch ärztliches Zeugnis erbracht. Dieses kann aber auch durch andere Beweismittel, namentlich durch Zeugen, ersetzt werden. Bei Streitigkeiten über die Annahme der Arbeitsunfähigkeit haben die Versicherungsbehörden die Entscheidung zu treffen und dafür zu sorgen, daß die Unterlagen ihnen einen genügenden Überblick über den Sachverhalt geben. Es genügt dann also eine einfache ärztliche Bescheinigung auf dem Krankenschein, daß der Versicherte arbeitsunfähig sei, nicht, sondern das Gutachten muß durch die auf besonderer Sachkunde beruhende Begründung dem Richter die Möglichkeit geben, selber auf Grund der tatsächlichen Unterlagen in eine Prüfung des Sachverhalts einzutreten. (Preuß. Oberverwaltg., Arb.-Vers. 1909, S. 710; 11, S. 42.)

Die Arbeitsunfähigkeit spielt auch bei der Invalidenversicherung eine Rolle. Sie befreit von dem Versicherungsbeitrag. Als Beitragswochen der Lohnklasse II werden, ohne daß Beiträge entrichtet zu werden brauchen, die vollen Wochen angerechnet, in denen der Versicherte wegen einer Krankheit zeitweise arbeitsunfähig und nachweislich verhindert gewesen ist, seine Berufstätigkeit fortzusetzen (§ 1393, 3). Krankheitswochen werden durch Bescheinigungen nachgewiesen, die nach Ablauf der Krankenhilfe von dem Vorstand der Krankenkasse auszustellen sind (§ 1438). Die Genesungszeit wird der Krankheit gleichgeachtet, ebenso eine Arbeitsunfähigkeit bis zu acht Wochen bei Schwangerschaft oder Wochenbett (§ 1394.) Bei der Angestelltenversicherung werden ebenfalls diejenigen Kalendermonate als Beitragsmonate angerechnet, in denen der Versicherte wegen einer Krankheit arbeitsunfähig und nachweislich verhindert gewesen ist, seine Berufstätigkeit fortzusetzen (§ 51 VfA.) Dasselbe gilt für die Dauer von zwei Monaten bei einer Arbeitsunfähigkeit, die durch eine Schwangerschaft oder ein regelmäßig verlaufendes Wochenbett veranlaßt wird (§ 52 VfA.). Nicht angerechnet wird wie bei der Invalidenversicherung (§ 1394 RVO.) eine Krankheit, die sich der Versicherte vorsätzlich oder bei Begehung eines durch strafgerichtliches Urteil festgesetzten Verbrechens oder durch schuldhafte Beteiligung bei Schlägereien oder Raufhändeln zugezogen hat (§ 53 VfA.). Die Krankheitsbescheinigungen werden nun nach dem preußischen Ministerialerlaß vom 25. Januar 1913 (HMBl. S. 83) abweichend von den Bestimmungen der RVO. von den Gemeindevorständen oder den Vorstehern der für die Gemeindeverwaltung eingerichteten besonderen örtlichen Bezirke, für staatlich angestellte Personen auch durch die vorgesetzten Dienstbehörden ausgestellt. Diese Behörden können sich auf die Krankheitsscheine der Krankenkassen, ärztliche Bescheinigungen, Zeugnisse von Krankenhäusern oder von Arbeitgebern stützen, wenn sie sie bei der pflichtgemäßen Prüfung für ausreichend halten.

Erwerbsunfähigkeit.

In der Unfallversicherung bedingt der Grad der Erwerbsunfähigkeit die Höhe der Rente.

Der Grad der Erwerbsunfähigkeit wird durch die Verletzungsfolgen, durch die Zeit, die nach der Verletzung verflossen ist, durch den Beruf, dem

der Verletzte angehört, und durch Gewöhnung und Anpassung an den Zustand bedingt. Der Beweis der Erwerbsunfähigkeit ist also nicht nur ein solcher der Tatsache der Erwerbsunfähigkeit, sondern auch ein solcher ihres Grades, er ist kompliziert und bedarf besonders vorgebildeter Sachverständiger, wenn alle Momente richtig berücksichtigt werden sollen. In erster Linie ist es Sache des Arztes, sein sachverständiges Gutachten abzugeben. Es bedarf dazu einmal der genauen Schilderung der Unfallfolgen hinsichtlich der anatomischen und funktionellen Heilung, sodann aber des weiteren Urteils, welcher Grad der Erwerbsunfähigkeit auf Grund der vorhin genannten Momente anzunehmen sei. Man hat früher darüber gestritten, ob es Sache des Arztes sei, den Grad der Erwerbsbeschränkung in Prozenten anzugeben; man hat gemeint, es genüge, wenn der Arzt sich mit der genauen Schilderung der Unfallfolgen begnüge. Es ist aber nicht einzusehen, warum der Arzt nicht auch sein sachverständiges Gutachten über den Grad der Erwerbsbeschränkung in Prozenten abgeben soll. Er kennt den Verletzten auf Grund der Untersuchung und kann sich ein Urteil über die Glaubwürdigkeit der Angaben über Schmerzen und andere Beschwerden machen, während der Vorstand der BG. sich lediglich auf den Akteninhalt stützt und das Oberversicherungsamt oder das Reichsversicherungsamt hiervon ebenfalls ausgehen muß und nur durch die persönliche Anwesenheit des Verletzten in dem Termin eine individuelle Meinung sich bilden kann, die aber durch das Verhalten des Verletzten, sein ganzes Auftreten, das Pathos, mit dem er seine Beschwerden vorbringt, oft in falsche Bahnen gelenkt wird, besonders wenn es sich um Neurotiker handelt. Heute würde auch jede BG. das Fehlen der Prozentziffern in dem ärztlichen Gutachten schmerzlich vermissen. Die Anwesenheit der Laienvertreter soll dafür bürgen, daß Personen anwesend sind, die die Arbeitsverhältnisse besonders gut kennen und aus dieser Kenntnis heraus die Sachlage zu beurteilen vermögen. Tatsächlich ist diese Mitwirkung der Laien weit überschätzt worden, während ihre Anwesenheit an sich aus andern Gründen durchaus erwünscht ist. Sie vermögen aber in den seltensten Fällen die Arbeitsverhältnisse zu übersehen. Denn bei kleineren Oberversicherungsämtern können nicht immer Vertreter zu den Sitzungen hinzugezogen werden, die gerade der betreffenden Branche entstammen. Bei den größeren Oberversicherungsämtern wird der Versuch gemacht, daß an dem Tage, wo z. B. über Verletzte aus der Textilbranche entschieden wird, auch nach Möglichkeit die Beisitzer aus dieser Branche entnommen werden. Selbst dieses Vorgehen hat aber nur eine mäßige Bedeutung. Denn der Unterschied in dem handwerksmäßigen Betriebe, dem Betriebe einer kleinen industriellen Anlage und einem Großbetriebe ist so groß, daß auch die Mitglieder derselben Branche über die Nachbarbetriebe oft weniger orientiert sind als Außenstehende. Die Arbeitsteilung bringt es mit sich, daß überall verschiedene Arbeitsbedingungen bestehen. Auch ist die Anzahl der Nebenbetriebe nicht zu vergessen. Zudem ist nicht einzusehen, warum die Beisitzer ein Urteil abgeben sollen, das einem Sachverständigen eher zustehen würde. Nur durch das vereinte Zusammenwirken aller Elemente, die bei der Rentenfeststellung und bei dem Gerichtsverfahren beteiligt sind, läßt sich ein ersprießliches Zusammenarbeiten erzielen, bei dem die Unfallfolgen, die Arbeitsverhältnisse und die Kenntnis der Rechtsprechung richtig gegeneinander abgewogen werden. Gerade aus diesem Grunde ist die Mitwirkung des Arztes besonders bedeutungsvoll, da er Fachkenntnisse, die Kenntnis der Arbeitsverhältnisse aus der Praxis und die Erfahrung in der Gutachtertätigkeit

in sich vereinigt. Ich möchte hier den Standpunkt wiedergeben, den das Reichsversicherungsamt hinsichtlich der Verwertung der ärztlichen Gutachten und der freien Beweiswürdigung einnimmt. In einem Rundschreiben vom 31. XII. 1901 führte das Reichsversicherungsamt folgendes aus:

„Das Reichsversicherungsamt nimmt auf Anregung des Herrn Staatssekretärs des Innern Veranlassung darauf hinzuweisen, daß die Aufgabe der ärztlichen Begutachtung im allgemeinen in der Feststellung der physiologischen Folgen des Unfalls oder der eine Invalidität begründenden Gebrechen ihre Begrenzung findet, dagegen die sonstigen ärztlichen Äußerungen, insbesondere darüber, welchen Einfluß der Befund auf die Erwerbsfähigkeit des Rentenbewerbers ausübt, den in ihrer Entscheidung selbständigen Feststellungsinstanzen zwar wertvolle und bei innern Krankheiten sogar oft unentbehrliche, aber keineswegs bindende Unterlagen für die Urteilsfindung bieten (zu vgl. Handbuch der Unfallversicherung Anm. 34 am Schlusse zu § 5 des Unfallversicherungsgesetzes).

Hiernach würde es unzulässig sein, wenn — was vorgekommen sein soll — die Feststellungsinstanzen einfach den von dem Arzte angegebenen Prozentsatz der Erwerbsunfähigkeit ihrer Entscheidung zugrunde legten, ohne die Frage nach dem Grade der Erwerbsunfähigkeit selbst geprüft zu haben. Ein derartiges Verfahren, durch das eine der wichtigsten Aufgaben der Feststellungsorgane zu einer mechanischen Wiederholung des Ergebnisses der ärztlichen Gutachten herabgedrückt werden würde, entspricht nicht der Absicht des Gesetzes".

Während hier das Recht der freien Beweiswürdigung seitens der Feststellungsorgane genügend hervorgehoben ist, darf andererseits die freie Beweiswürdigung sich nicht grundlos über das ärztliche Gutachten hinwegsetzen. Das ist auch bedenklich, da die Versicherungsbehörden bei einer Vernehmung des Rentenbewerbers stets auf dessen subjektive Angaben angewiesen sind, deren Richtigkeit sie nicht nachzuprüfen in der Lage sind. Wenn jemand zeigt, daß er die Faust nicht völlig schließen kann, so vermag der Laie nicht zu entscheiden, wie weit diese Demonstration den Tatsachen entspricht. Gelangt das Oberversicherungsamt zu einem von dem ärztlichen Befunde abweichenden Ergebnisse, so muß es seine Feststellungen im Protokoll oder im Urteil wiedergeben, damit eine Nachprüfung durch die höhere Instanz möglich ist. Wenn das Oberversicherungsamt die Schätzung der Erwerbsfähigkeit durch den Arzt überhaupt, d. h. auch zur Zeit der von ihm vorgenommenen Untersuchung, für unzutreffend erklärt, indem es sich lediglich auf den Augenschein stützt, so überschreitet es die Grenzen seines Rechtes freier Beweiswürdigung (RevE., AN. 1901, S. 404). Die Feststellungsinstanz ist bei der Beurteilung des Grades der Kräftebeschränkung, die bei einem Rentenbewerber besteht, selbst an übereinstimmende Gutachten mehrerer Ärzte nicht gebunden, aber das ihr vom Gesetz eingeräumte Ermessen darf auch kein willkürliches, sondern kann nur ein sachliches, mit Gründen gestütztes sein (RevE., AN. d. RVA. 1909, S. 496). Hinsichtlich des Eindrucks allein, den die erschienenen Personen betreffs ihrer Glaubwürdigkeit machen, führt das Reichsversicherungsamt etwa folgendes aus: Die neueren Forschungen der Rechtswissenschaft haben außer Zweifel gestellt, daß sogar die Aussagen ganz unbeteiligter und persönlich völlig glaubwürdiger Zeugen über rein tatsächliche Vorgänge und Verhältnisse oft überraschend weit auseinandergehen, weil die Fähigkeit, Tatsachen aufzufassen und im Gedächtnisse festzuhalten, bei verschiedenen Menschen ganz verschieden entwickelt und zu einem erheblichen Teile von der persönlichen

Glaubwürdigkeit unabhängig ist. Umsomehr ist es ausgeschlossen, aus dem bloßen Eindrucke persönlicher Glaubwürdigkeit, den das Gericht im Verlauf einer kurzen Verhandlung von einer ihm sonst ganz unbekannten Persönlichkeit empfängt, auf die sachliche Richtigkeit der von dieser Person aufgestellten Behauptungen zu schließen, wenn die Person an der Aufstellung solcher Behauptungen das stärkste Interesse, von der Widerlegung derselben keinen Nachteil zu befürchten hat, und es sich zudem nicht um Angabe bestimmter Tatsachen, sondern um eine mehr oder minder der Nachprüfung entzogene Schätzung handelt (RevE., AN. 1909, S. 497). Wenn sich die ärztlichen Gutachten widersprechen, so kann das Feststellungsorgan sich nicht ohne weiteres dem einen Gutachten anschließen und das andere unberücksichtigt lassen. Die Gutachten müssen nach ihrem innern Wert gegeneinander abgewogen werden und können nicht als sich gegenseitig aufhebend ausgeschaltet werden. Es muß versucht werden, den Widerspruch aufzuklären. Handelt es sich dabei um eine Person, die zur Übertreibung neigt, so kann das auf Grund einer Krankenhausbeobachtung erstattete Gutachten besonderen Wert beanspruchen (RevE., AN. 1909, S. 495).

Die Lohnhöhe, die ein Versicherter nach einem Unfall erreicht, kann zwar mit zur Beurteilung der Erwerbsfähigkeit verwertet werden, sie darf aber für die Rentenbemessung nicht ausschlaggebend sein. Es ist belanglos, wenn ein in seiner Erwerbsfähigkeit offenbar beschränkter Verletzter nach der Heilung bei seinem früheren Arbeitgeber denselben Lohn wie vor dem Unfall erhält oder im Dienste des zu seiner Entschädigung verpflichteten Fiskus in ein unmittelbares Staatsamt (als etatsmäßiger Lokomotivheizer) aufrückt. Ebenso ist es aber auch nicht ausschlaggebend, wenn ein Verletzter sich vergeblich um Arbeit bemüht, er ist, wenn er keine Arbeit findet, nicht schon deshalb gänzlich erwerbsunfähig (Handbuch d. Unfallv.). Infolgedessen rechtfertigt eine Veränderung des bisherigen Verhältnisses auch nicht die anderweite Feststellung der Rente. Ein Tischler hatte eine Verletzung der rechten Hand erlitten, die sie für Tischlerarbeiten unbrauchbar machte; er fand darauf Stellung als Schreiber bei einem Kaufmann und bezog ein Gehalt, das höher war als der Lohn vor dem Unfall, das aber mit Rücksicht auf die Mangelhaftigkeit seiner kaufmännischen Ausbildung und der durch die Verletzung bedingten Geringwertigkeit seiner Handschrift niedriger war, als sein Vorgänger es erhalten hatte. Eine Änderung der Rente wurde nicht für gerechtfertigt angesehen (AN. d. RVA. 1888, S. 290 RE.). Wenn ein Verletzter seine bisherige Tätigkeit aufgibt und etwa von einer Pension und einer Rente lebt, oder wenn er Arbeitgeber wird, ist damit eine wesentliche Änderung der Verhältnisse nicht gegeben. Die Einziehung zum Militärdienst beweist nichts für den Grad oder für eine Änderung der Erwerbsunfähigkeit. Wenn die Erwerbsfähigkeit durch eine Krankheit, die mit dem Unfall nicht in Zusammenhang steht, durch Altersschwäche oder durch einen anderen Unfall verändert wird, so bedingt diese Tatsache doch nicht eine Änderung der Unfallfolgen und rechtfertigt damit auch nicht eine Änderung der Rente.

Der Beweis der Erwerbsunfähigkeit gestaltet sich demnach in der Unfallversicherung ziemlich schwierig und beruht fast ausschließlich auf der ärztlichen Beobachtung und Begutachtung. Für die Beurteilung der Erwerbsfähigkeit ist in erster Linie der Gesundheitszustand maßgebend, wie er sich als Folge des Betriebsunfalls herausgebildet hat. Dieser Gesundheitszustand ist aber nicht absolut zu verwenden, sondern mit Hinsicht auf die Fähigkeit, die körperlichen und geistigen Fähigkeiten zum Erwerbe zu benutzen.

Es ist selbstverständlich, daß der Verlust des Augenlichts oder eine leichte Quetschung eines Knies Unfallfolgen sind, die absolut betrachtet ganz verschieden zu bewerten sind. Insofern kann man begreifen, daß in ärztlichen Kreisen das Bedürfnis empfunden wird, eine Tabelle zu haben, in der die einzelnen Körperschäden nach ihrer Bedeutung für die Erwerbsfähigkeit rubriziert sind. Ein gewisser Wert läßt sich solchen systematischen Übersichten auch nicht absprechen, sie sind aber nur mit großer Vorsicht zu gebrauchen. Denn auch die absoluten Unfallfolgen sind, wenn man Alter, Geschlecht, Beruf usw. zunächst unberücksichtigt läßt, je nach dem Krankheitsstadium ganz verschieden. Jede Körperschädigung nach einem Unfall zeigt drei verschiedene Stadien: die Zeit der anatomischen Heilung, die Zeit der funktionellen Anpassung und die Zeit der erfolgten Gewöhnung. Während des ersten Stadiums besteht fast immer völlige Arbeitsunfähigkeit und auch Erwerbsunfähigkeit. Im zweiten Stadium verändert sich die Erwerbsfähigkeit unausgesetzt, derart, daß zuerst fast noch völlige Erwerbsunfähigkeit besteht, die sich aber von Tag zu Tag bessert. Wer nach einem Unfall ein Auge verloren hat, muß sich an das einäugige Sehen gewöhnen. Zuerst ist das kaum möglich, es treten die verschiedensten Beschwerden auf, die Tiefenwahrnehmung ist ganz aufgehoben, das Auge fühlt sich überanstrengt, die Projektion ist unsicher usw. Von Tag zu Tag bessert sich nun dieser Zustand; aber die Besserung, die in der ersten Zeit sehr groß war, macht allmählich immer geringere Fortschritte, so daß schließlich längere Zeit verläuft, als man anfänglich vermuten sollte, bis das Optimum der Gewöhnung an den Zustand erreicht ist. Dieses Optimum stellt die dritte Phase dar und bildet die Grundlage für die endgültige Beurteilung der Erwerbsfähigkeit. Ich bin hierauf schon näher in dem Kapitel über den Betriebsunfall eingegangen und möchte jetzt nur betonen, daß die sogenannten Gliedertaxen ihren an sich schon beschränkten Wert nur für die dritte Phase haben. Auch das Moment der wesentlichen Änderung habe ich schon früher behandelt, so daß es sich erübrigt, darauf nochmals einzugehen.

Nächst der absoluten Lage des Gesundheitszustandes haben die individuellen Verhältnisse eine ausschlaggebende Bedeutung für die Beurteilung der Erwerbsunfähigkeit. Ich erwähne nur kurz den Einfluß des Geschlechts. Die Erwerbsunfähigkeit eines Mannes und einer Frau wird durch dieselbe Unfallfolge in ganz verschiedener Weise beeinflußt. Zum Teil liegt dies an der Verschiedenheit der Tätigkeit, die bei beiden Geschlechtern statthat. Zum Teil wird bei der Frau dadurch eine höhere Einbuße an Erwerbsfähigkeit bedingt, daß ihr unter Umständen durch die Unfallfolgen die dem weiblichen Geschlecht vorbehaltenen Arbeiten wie Nähen, Stricken, Waschen, Aufwartedienst, Melken, Kinderpflege usw. verschlossen sind (vgl. RE. AN. d. RVA. 1888, S. 291; 1897, S. 266). Bei Frauen wirken Fingerverletzungen besonders schädigend, weil sie mehr auf Geschicklichkeit als auf Kraftanwendung angewiesen sind (RE., Komp. Samml. 08, S. 105). Recht verschiedenartig ist der Einfluß des Alters auf die Erwerbsfähigkeit Verletzter. Je älter eine verletzte Person ist, umso schwerer sind die Unfallfolgen zu bewerten, weil das Resultat der anatomischen und funktionellen Heilung mit zunehmendem Alter sich verschlechtert. Ältere Verletzte können sich auch nur langsam und unvollkommen an Unfallfolgen gewöhnen. Infolgedessen kann das Moment der Gewöhnung nicht in demselben Maße bei ihnen angewandt werden wie bei jüngeren Personen, obwohl der einzelne Fall natürlich eine Ausnahme sein kann. Jüngere Personen sind im Gegensatz dazu viel eher in der Lage, sich den Unfall-

folgen anzupassen, sie können vielleicht sogar einen Berufswechsel vornehmen, bei dem die Unfallfolgen bedeutungslos sind. Andererseits sind die physiologischen Altersveränderungen und die in ihrem Gefolge auftretenden Änderungen der Erwerbsfähigkeit ohne Einfluß auf die Rentenhöhe. Bei jugendlichen Personen tritt mit zunehmendem Alter an sich eine Zunahme der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit ein. Diese Tatsache ist zu berücksichtigen, wenn es sich um die Beurteilung von Unfallfolgen handelt, die nach einer Verletzung im jugendlichen Alter zurückgeblieben sind. Bei landwirtschaftlichen Arbeitern und Seeleuten, bei denen der Ortslohn die Grundlage der Rente ist, kann eine derartige Rücksicht nicht genommen werden. Infolgedessen richtet sich die Rente für verletzte Jugendliche, die nach dem Ortslohn berechnet wird, zunächst nach der Altersstufe, auf der sie den Unfall erleiden, und ist bei Aufsteigen in eine höhere Altersklasse entsprechend zu erhöhen (§§ 935, 1072, 1078). Bei älteren Personen kann eine Rentenänderung nicht deshalb vorgenommen werden, weil nach menschlicher Voraussicht die Erwerbsunfähigkeit auch ohne den Unfall denselben Grad erreicht hätte, sei es, daß hohes Alter im Spiele ist, sei es, daß schon zur Zeit des Unfalls ein organisches Leiden bestand, dessen Folgen sich gesteigert haben. Zugunsten des Verletzten wird dann angenommen, daß die Erwerbsunfähigkeit so, wie sie sich als Unfallfolge darstellte, unverändert geblieben ist (Handb. d. Unfallv.).

Bei wechselndem Krankheitszustande wird eine Durchschnittsrente gewährt. Der durch den Unfall hervorgerufene Krankheitszustand des Verletzten stellt sich nicht immer als ein gleichmäßiger, die Erwerbsfähigkeit dauernd in dem gleichen Maße beeinflussender Zustand dar. Vielmehr bringt es die Natur mancher Krankheiten mit sich, daß Zeiten aufgehobener oder beschränkter Arbeitsfähigkeit mit solchen Zeiten wechseln, in denen der Verletzte seiner Tätigkeit voll nachgehen kann. So sind z. B. Verletzte, die an Krampfadergeschwüren oder offenen Wunden leiden, beim Aufbrechen dieser Geschwüre oder Wunden gezwungen, die Arbeit auszusetzen, während sie nach Heilung dieser Beschwerden wieder ungestört ihre Arbeiten ausführen können. Ähnlich liegen die Fälle, wenn zeitweise auftretende Schmerzen oder Schwächezustände oder bei großer Kälte sich einstellende Beschwerden eine kurze Unterbrechung der sonst regelmäßig ausgeübten Tätigkeit bedingen. In solchen Fällen hat sich die Übung herausgebildet, dem Verletzten eine dem wechselnden Zustande entsprechende Durchschnittsrente zu bewilligen, ohne bei der jedesmaligen, kurze Zeit dauernden Änderung eine neue Rentenfestsetzung vorzunehmen. Der Begriff der Durchschnittsrente schließt es in sich, daß damit auch die Zeiten kurzer vorübergehender Verschlimmerungen der Unfallfolgen und damit weiter herabgesetzter Erwerbsfähigkeit ausgeglichen sind (RE., AN. d. RVA. 1911, S. 511).

Die Art des Krankheitszustandes kann, ohne die Arbeitsfähigkeit erheblich zu beeinträchtigen, doch zu einer Verminderung der Erwerbsfähigkeit führen. Das ist bei entstellenden Leiden usw. möglich. Vielfach handelt es sich dann um Personen, die Dienste persönlicher Art zu leisten haben, wie Dienstboten, Kellner, Barbiere usw. In einem Falle handelte es sich um eine besonders schwere Verstümmelung einer Hand. In der Entscheidung heißt es nach dem Wortlaut bei Breithaupt: Das verletzte Glied ist in einer so erheblichen und auffälligen Weise entstellt worden, daß es kaum noch irgendwelche Ähnlichkeit mit einer menschlichen Hand aufweist. Ein solcher Anblick muß aber nicht nur jedem Arbeitgeber, bei welchem der Kläger Arbeit nachsucht, sofort bemerkbar werden, sondern muß ihm auch stets die berechtigte

Vorstellung gewärtig halten, daß ein derart verletzter Arbeiter nicht nur für seine eigene Person Gefahr läuft, leicht wieder verletzt zu werden, sondern auch unter Umständen eine Gefahr für den Gang des Betriebes bilden wird. Es muß deshalb angenommen werden, daß das Aussehen der Hand es dem Kläger außerordentlich erschweren wird, den Rest seiner Arbeitsfähigkeit nutzbringend zu verwenden (RE. Komp. Samml. 03, S. 248). Andererseits wird durch Entstellung an sich noch nicht immer Erwerbsunfähigkeit oder Verminderung der Erwerbsfähigkeit bedingt. So wird keine Entschädigung gewährt, wenn infolge der Entstellung die Aussicht auf Heirat verschlechtert oder die Zeugungsfähigkeit zerstört ist. Aus dem Gesichtspunkt der Entstellung allein läßt sich die Gewährung einer Unfallrente nicht rechtfertigen. So wurde bei einem Bergmann der Anspruch abgelehnt, bei dem es sich um eine Narbe an der Oberlippe und der Nase handelte, da er aus diesem Grunde keine Schwierigkeiten bei der Erlangung von Arbeit zu überwinden hatte und als Bergmann oder auf dem nach seinen Fähigkeiten für ihn in Betracht kommenden Arbeitsmarkt in erheblichem Maße niemals finden würde (RE., Komp. Zeitschr. 08, S. 69). Die eigene Gefährdung schließt ferner Personen, die an Fallsucht und ähnlichen Zuständen (Krämpfen, Ohnmachtsanfällen usw.) leiden, von manchen Betriebstätigkeiten aus, weshalb ihre Beschäftigung in gewissen Betrieben oder bei bestimmten Betriebsverrichtungen vielfach durch Unfallverhütungsvorschriften verboten und somit der Arbeitsmarkt für sie eingeschränkt ist (RevE., AN. d. RVA. 1898, S. 390). Geisteskranke, die nicht völlig der Vernunft beraubt sind, vielmehr gewisse, an sich brauchbare Arbeiten zu leisten vermögen, können auch hinsichtlich dieses Maßes von Arbeitsfähigkeit in der Regel nicht als erwerbsfähig gelten. (RevE., AN. 1901, S. 431).

Besonders wichtig ist die Beachtung von Beruf, Anlage und Fähigkeiten. Wie ich schon früher erwähnte, wird zwar nicht die Berufsunfähigkeit entschädigt, aber es darf bei der Beurteilung einer Unfallfolge doch auch dasjenige Arbeitsgebiet nicht ganz außer acht gelassen werden, auf welchem der Verletzte seine Ausbildung als gewerblicher Arbeiter erhalten und bis zum Eintritt des Unfalls seine Haupttätigkeit entwickelt hat (RE., Komp. Samml. 04, S. 73). In einer anderen Entscheidung, wo es sich um einen Weber handelte, der eine Verkrüppelung des rechten Zeigefingers davongetragen hatte, heißt es: Es entspricht allerdings dem Sinne der Unfallversicherungsgesetze und der Praxis des Reichsversicherungsamts, bei der Beurteilung des Maßes der durch den Unfall herbeigeführten Erwerbsunfähigkeit nicht die Berufsinvalidität, das heißt die Beeinträchtigung in dem bisherigen Berufe, sondern die nach dem ganzen geistigen und körperlichen Zustand eingetretene Beeinträchtigung auf dem gesamten Gebiete des wirtschaftlichen Lebens als maßgebend anzusehen. Aber dabei ist doch festzuhalten und stets festgehalten worden, daß unbillige Härten zu vermeiden sind, daß namentlich auf die Ausbildung und die bisherige Berufsstellung angemessene Rücksicht zu nehmen ist, und daß deshalb nicht ohne Rücksicht hierauf dem verletzten Arbeiter ein Berufswechsel unter allen Umständen zugemutet werden darf, sobald dadurch die Möglichkeit der Erzielung eines höheren Verdienstes als bei der bisherigen Berufsarbeit anzunehmen ist. Unvereinbar mit der Rücksichtnahme auf den bisherigen Beruf und eine unbillige Härte wäre es, wenn einem Arbeiter, der in einem bestimmten Berufe ausgebildet ist, zugemutet würde, um der Möglichkeit willen, in einem anderen, vielleicht seinen Fähigkeiten wenig entsprechenden Beruf etwas

mehr zu verdienen, seine bisherige Berufsarbeit aufzugeben und eine andere zu suchen (RE., AN. d. RVA. 1903, S. 382). In dieser Entscheidung sowie zahlreichen anderen werden die besonderen Fertigkeiten, die jemand in einem Berufe erworben hat, in Anschlag gebracht. Nur dann ist dies nicht der Fall, wenn diese Fertigkeiten in dem unfallbringenden Betriebe nicht zur Anwendung gekommen sind (RE. UnfVersPrax. 08/09, S. 127). In einem speziellen Falle wurde aus dem Umstande, daß ein verletzter Bergmann infolge seines Unfalls seinen Nebenerwerb als Musiker hat aufgeben müssen, ein Entschädigungsanspruch nicht hergeleitet (RE. Komp. Zeitschr. 01, S. 155). Im Einklang damit werden Entschädigungsansprüche abgelehnt, die sich auf den Verlust eines Erwerbs außerhalb des allgemeinen Arbeitsmarkts beziehen. So wurde ein Verletzter abgewiesen, der eine Rente verlangt hatte, da er infolge des Unfalls nicht mehr imstande war, wertvolle Preise bei Wettstreiten zu erwerben (RE. Komp. Zeitschr. 09, S. 101). Je feiner und komplizierter die Vorbildung eines Verletzten ist, umso geringer wird für ihn die Möglichkeit sein, die verbliebenen Fähigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nutzbringend zu verwerten, während der ungelernte Arbeiter in vollem Umfange auf den allgemeinen Arbeitsmarkt verwiesen werden kann. Auch bei Personen, die in der Landwirtschaft beschäftigt werden, ist nicht allein der landwirtschaftliche Beruf und der landwirtschaftliche Arbeitsmarkt entscheidend, sondern die Möglichkeit, auf dem ganzen wirtschaftlichen Gebiete Verdienst zu erlangen. Dieser Grundsatz findet indessen seine natürliche Beschränkung in dem Umstande, daß der landwirtschaftliche Arbeiter mehr als der gewerbliche an der Scholle haftet, und es für ihn in der Regel schwerer ist, sich auf anderen Gebieten des wirtschaftlichen Lebens einen Erwerb zu verschaffen (Handb. d. U.).

Für die einem Verletzten gebliebene Arbeitsgelegenheit kommt der allgemeine Arbeitsmarkt, nicht nur der Wohnort des Verletzten in Frage. Wenn sich am Wohnort keine Arbeitsgelegenheit bietet, kann dieser Umstand jederzeit durch Wegziehen beseitigt werden (RE. Komp. Zeitschr. 09, S. 244).

Ich habe schon früher erwähnt, daß lediglich für Unbequemlichkeiten, die als Unfallfolge zurückgeblieben sind, eine Entschädigung nicht gewährt wird, da hier eine Erwerbsbeschränkung nicht vorliegt.

Die Ausbildung eines Verletzten in einem anderen Berufe durch die Berufsgenossenschaft kann als eine wesentliche Veränderung angesehen werden. So wurde ein Arbeiter, der eine Beinverletzung erlitten hatte, mit seinem Einverständnis auf Kosten der Berufsgenossenschaft mit Erfolg zum Schreiber ausgebildet. Durch die ihm hiermit zuteil gewordene Eröffnung eines bis dahin verschlossen gewesenen Feldes lohnender Tätigkeit wurde seine Erwerbsfähigkeit erhöht (RE., AN. d. RVA. 1890, S. 594). Ebenso kann einem Verletzten zugemutet werden, daß er die vorhandenen körperlichen und geistigen Fähigkeiten nicht dauernd brachliegen läßt, wenn auch ein Berufswechsel bei vorübergehenden Schäden nicht unter allen Umständen verlangt werden kann. So bewies ein Verletzter durch sein persönliches Auftreten vor dem Reichsversicherungsamt und durch seine bei den Akten befindlichen Schriftsätze, daß er auf einer höheren Bildungsstufe stehe und größere geistige Fähigkeiten besitze als gewöhnliche gewerbliche Arbeiter. Es wurde deshalb angenommen, daß er nicht lediglich auf die Ausnutzung seiner groben Körperkräfte angewiesen sei, sondern sich auch durch geistige Tätigkeit Verdienst verschaffen könne (RE. Komp. Samml. 07, S. 67).

Ich wende mich nun der Beurteilung der Erwerbsunfähigkeit zu, die zu einer schon bestehenden Erwerbsunfähigkeit hinzutritt, wenn also ein Verletzter mehrere Unfälle erlitten hat, die seine Erwerbsfähigkeit schädigen. Es sei jemand z. B. schon zu 20 % erwerbsunfähig und erleide einen Unfall, so daß er im ganzen eine Erwerbsunfähigkeit von 50 % besitze. Es wirft sich da die Frage auf, ob die eine Berufsgenossenschaft da wie immer ihre 20 % und die andere 30 % bezahlen soll oder gar die letztere allein nur die ganzen 50 %. Grundsätzlich ist zu betonen, daß die vor dem Unfall liegenden Schäden an sich nicht mit zu entschädigen sind. Nun wird in der Unfallversicherung bei der Bemessung größtenteils von dem persönlichen Arbeitsverdienst ausgegangen, um die Entschädigung möglichst den Verhältnissen des Einzelfalles anzupassen. Hierbei ist der für die Rentenbemessung maßgebende Jahresarbeitsverdienst nun aber schon der Ausdruck für die Verminderung der Erwerbsunfähigkeit, d. h. ein Arbeiter möge 5 M. täglich verdienen; dann wird ein gleichartiger Arbeiter, der aber um 20 % in seiner Erwerbsfähigkeit beschränkt ist, 5 M. weniger 20 %, also nur 4 M. täglich verdienen. Es wird darum billigerweise die Verminderung der Erwerbsfähigkeit, die schon vorher bestand, nicht besonders berücksichtigt werden, da anzunehmen ist, daß sie in dem Verdienst schon ausgedrückt ist. Anders liegt aber der Fall bei der landwirtschaftlichen, der Seeunfallversicherung und bei der gewerblichen Unfallversicherung gewisser Personen, wo bei Festsetzung der Rente nicht von dem Individualverdienst ausgegangen wird, sondern ein Durchschnittsverdienst zugrunde liegt (§§ 567, 570, 932, 936, 1067, 1070, 1075, 1077, 1080). Trifft der Unfall einen schon dauernd teilweise Erwerbsunfähigen, dessen Rente sich nach dem Ortslohn oder dem durchschnittlichen Jahresarbeitsverdienst richtet, so wird davon nur derjenige Teil zugrunde gelegt, welcher dem Maße der Erwerbsfähigkeit vor dem Unfall entspricht (§§ 571, 940, 1081). Bei einem Durchschnittsverdienst von jährlich 420 M. und einer früheren Beeinträchtigung von 25 % stellt sich danach der maßgebende Arbeitsverdienst auf $420 - \frac{420 \cdot 25}{100} = 315$ M. Der gekürzte Arbeitsverdienst, der also bei der zweiten Rentenbemessung zugrunde zu legen ist, beträgt 315 M.

Noch komplizierter ist die Sachlage, wenn jemand durch mehrere Unfälle hintereinander öfter in seiner Erwerbsfähigkeit geschädigt wird, das Prinzip der Rechnung bleibt aber dasselbe.

Jedoch ist zu beachten, daß für jeden Unfall eine besondere Rente festzusetzen und nicht die Gesamtheit der Einbuße an Erwerbsfähigkeit zu berechnen ist.

Es fragt sich weiterhin, wie die Schmälerung der Erwerbsfähigkeit dann zu bemessen ist, wenn der Unfall die Unbrauchbarkeit eines Körperteils herbeigeführt hat, der schon durch Erkrankung zu einer Beschränkung der Erwerbsfähigkeit geführt hatte. Nehmen wir an, jemand habe drei Finger der linken Hand bei einem ersten Unfall verloren und sei dadurch um 25 % in seiner Erwerbsfähigkeit geschädigt; er erleide alsdann einen zweiten Unfall, der zum völligen Verlust der linken Hand führe. Der Verlust der linken Hand möge mit 50 % bewertet werden. Wenn der Verletzte nun 25 % Rente für den ersten Unfall erhielte und 50 % für den zweiten, so könnte man annehmen, er würde zu hoch entschädigt. Erhielte er aber nur 50 % für den Gesamtverlust der linken Hand, so wäre die Entschädigung zu gering, da die 50 % nach dem verringerten Jahresarbeits-

verdienst berechnet würden. Außerdem würde die erste Berufsgenossenschaft, die den ersten Unfall zu entschädigen hat, vor der zweiten einen wirtschaftlichen Vorteil haben. Tatsächlich wird jeder Unfall für sich entschädigt. Denn der Verletzte erhält nicht etwa eine Rente von 75 %, da die beiden Renten sich auf zweierlei „Erwerbsfähigkeit" von verschiedener wirtschaftlicher Bedeutung beziehen. Zu einer rein mechanischen Behandlung darf diese Berechnung aber auch nicht führen, denn immer ist zu bedenken, daß jemand durch den zweiten Unfall stärker geschädigt wird oder geschädigt werden kann, als wenn der Unfall einen gesunden Menschen betrifft.

Besonders einleuchtend ist dies für den Fall, daß der Unfall korrespondierende Glieder betrifft, also erst linken Arm, dann rechten Arm. So ist eine geringfügige Beschädigung der linken Hand entschädigt worden, weil der Verletzte schon vor dem Unfall den rechten Arm verloren hatte (RE. UnfPrax. 07/08, S. 6). Beim Nebeneinanderbestehen von Fingerverletzungen an beiden Händen wirken diese Verletzungen stärker beeinträchtigend, als es der Summe der Schädigungen — jede für sich betrachtet — entsprechen würde, weil die andere Hand zur Ausgleichung der verlorenen Fähigkeiten nicht in gleichem Maße wie sonst herangezogen werden kann. In einem solchen Falle wird bei dem zuletzt erlittenen Unfall die Erwerbsfähigkeit durch das Zusammenwirken des Unfalls und der schon vorher vorhanden gewesenen anderweiten Schädigung geschmälert (RE. Komp. Samml. 08, S. 105).

Jemand, der durch Unfall auf einem Auge erblindet, erhalte eine Rente von 25 % nach erfolgter Gewöhnung. Wenn er einen Arbeitsverdienst von 1200 M. jährlich gehabt hat, so beträgt die Vollrente $^2/_3$ mal 1200 M., also 800 M. Die Rente von 25 % macht den 4. Teil der Vollrente aus, also 200 M. Erleidet derselbe Arbeiter nun einen zweiten Unfall, der ihn auch auf dem anderen Auge erblinden läßt, so würde dem Manne natürlich nicht gedient sein, wenn man von einem Jahresarbeitsverdienst etwa von 1000 M. ausgehend, nun wieder 25 % Rente gewährte. Dieser Mann ist nunmehr völlig erwerbsunfähig geworden und hat somit Anrecht auf Vollrente bzw. Hilflosenrente.

War der Verletzte schon zurzeit des Unfalls dauernd völlig erwerbsunfähig, so ist nur Krankenbehandlung zu gewähren. Solange er infolge des Unfalls so hilflos ist, daß er nicht ohne fremde Wartung und Pflege bestehen kann, ist eine Rente bis zur Hälfte der Vollrente zu gewähren. (§ 561).

Wenn wir also das Fazit ziehen aus unseren Erwägungen über die Erwerbsunfähigkeit, so sehen wir, daß im Gebiete der Unfallversicherung jeder Schematismus zu verdammen ist, daß in jedem Sonderfalle eine vernünftige Überlegung einzutreten hat, welcher Grad von Erwerbsfähigkeit dem Verletzten verblieben ist. Man soll sich klar machen, welche Arbeiten er noch leisten kann, wie hoch solche Arbeiten bezahlt werden, welche Besonderheiten zu beobachten sind usw. Schon hieraus ergibt sich, daß zu einer solchen Schätzung die Kenntnis und das Wissen einer Person allein nicht ausreicht, oft kommt es mehr auf die Beurteilung des Gesundheitszustandes an, oft mehr auf die Kenntnis der tatsächlichen Lohnverhältnisse des Verletzten, aus denen Schlüsse auf die Erwerbsfähigkeit gezogen werden können, oft aber auf die Kenntnis des Gewerbebetriebes, in dem der Verletzte gearbeitet hat, auf die Arbeiten, die ihm in diesem oder in ähnlichen Betrieben möglich sind, auf die Anschauungen, die in Arbeitgeberkreisen bezüglich der Leistungsfähigkeit einer durch Krankheit oder Verstümmelung beeinträchtigten Per-

son bestehen. Schließlich sind Alter und Geschlecht und allgemeine Leistungsfähigkeit überhaupt zu berücksichtigen. An dieser freien Beurteilung des Sachverhaltes ist immer festzuhalten. Immerhin gibt es Fälle, die durch ihre Gleichartigkeit so wesentlich gekennzeichnet sind, daß die gleiche Beurteilung hier meist angebracht ist und demgemäß auch für gewöhnlich die nämliche Entschädigung gewährt wird, so z. B. für einfache Leistenbrüche 10 %, für den Verlust eines Auges 25—$33^1/_3$ %.

Auch im Gebiete der Invalidenversicherung wird ausnahmsweise einmal der Begriff Erwerbsunfähigkeit angewendet. Nach dem Tode der versicherten Ehefrau eines erwerbsunfähigen Mannes, die den Lebensunterhalt ihrer Familie ganz oder überwiegend aus ihrem Arbeitsverdienste bestritten hat, steht nämlich den ehelichen Kindern unter 15 Jahren Waisenrente und dem Manne Witwerrente zu, solange sie bedürftig sind (§ 1260). Hier wird also im Gebiete der Invalidenversicherung nicht Invalidität, sondern Erwerbsunfähigkeit verlangt. Diese Bestimmung entspricht einer korrespondierenden in der Unfallversicherung (§ 592). Beide Male handelt es sich um dieselbe Art der Erwerbsunfähigkeit. Nach Schulz wird bei Prüfung der Voraussetzung, daß der Ehemann erwerbsunfähig gewesen ist, nur eine dauernde oder doch wenigstens längere Zeit dauernde, nicht aber ganz vorübergehende Erwerbsunfähigkeit berücksichtigt. Die Erwerbsunfähigkeit muß keine vollständige, wohl aber eine so hochgradige sein, daß deswegen die Frau die Last des Unterhaltes hauptsächlich zu tragen hatte.

Invalidität.

Für die Versicherungsleistung der Invalidenversicherung mit der vorher ermähnten Ausnahme kommt ausschließlich Invalidität in Betracht. Als invalide gilt, wer nicht mehr imstande ist, durch eine Tätigkeit, die seinen Kräften und Fähigkeiten entspricht, ein Drittel dessen zu erwerben, was körperlich und geistig gesunde Personen derselben Art mit ähnlicher Ausbildung in derselben Gegend zu verdienen pflegen (§ 1255). Der Begriff der Invalidität wird also von einer Reihe von Bedingungen abhängig gemacht, die zu recht komplizierten Verhältnissen führen können. Jedoch rechtfertigt sich im allgemeinen nur ausnahmsweise diese Befürchtung. Im allgemeinen liegen die Dinge so klar, daß an dem Vorhandensein oder Nichtvorhandensein der Invalidität kein Zweifel ist. Meist ist das ärztliche Gutachten ausreichend, um eine einwandsfreie Erledigung des Anspruches zu ermöglichen. Immerhin können einzelne Fälle recht verwickelt sein, da zwei Fragen von großer Schwierigkeit bei der Beurteilung der Invalidität zu beantworten sind, nämlich wie hoch die normale Verdienstgrenze des Versicherten anzusetzen ist, und um wieviel sie zurzeit gesunken ist. Ich bin bei dem Kapitel über Krankheit und andere Gebrechen als Ursachen der Invalidität bereits auf mehrere Grundfragen der Invalidität eingegangen und habe dort auch den Unterschied zwischen vorübergehender und dauernder Invalidität beleuchtet. Was den letzten Punkt anbetrifft, so macht nach dem bestehenden Gesetz nur der Grad des Leidens invalide, während die Dauer nach Einführung der Krankenrente nicht mehr unerläßlich ist. Wir werden später sehen, daß bei der Berufsinvalidität andere Ansprüche gestellt werden.

Bei den schwierigeren Fällen wird also eine Beantwortung der obengenannten zwei Fragen neben manchen anderen nicht zu umgehen sein. Die

Stellung des Reichvsersicherungsamtes geht aus einer umfangreichen Revisionsentscheidung hervor, deren hauptsächlichste Punkte ich jetzt erörtern werde (RE. 1901, S. 186). Für die Feststellung, ob ein Rentenbewerber invalide ist, bedarf es zunächst der Beantwortung der beiden voneinander zu trennenden Fragen, wo die Grenze zwischen Invalidität und Nichtinvalidität liegt, wieviel also der Antragsteller noch zu verdienen imstande sein müßte, um nicht invalide zu sein, und sodann der Frage, wie hoch die Leistungsfähigkeit des Antragstellers zu schätzen ist, wieviel also diese bestimmte Person noch durch Arbeit zu verdienen vermag. Diese beiden Fragen müssen namentlich dann auseinandergehalten werden, wenn die Verdienstgrenze einerseits und die Leistungsfähigkeit des Versicherten andererseits in Gelde ziffernmäßig ausgedrückt werden, die erstere in Gestalt des sogenannten Mindestlohnes, die letztere in Gestalt des höchsten noch erreichbaren Verdienstes. Den Mindestlohn umschreibt das Gesetz als „ein Drittel desjenigen, was körperlich und geistig gesunde Personen derselben Art mit ähnlicher Ausbildung in derselben Gegend durch Arbeit zu verdienen pflegen". Das Maß der eigenen Leistungsfähigkeit des Rentenbewerbers aber bildet nach dem Gesetz derjenige Betrag, den jemand durch eine seinen Kräften und Fähigkeiten entsprechende Tätigkeit, die ihm unter billiger Berücksichtigung seiner Ausbildung und seines bisherigen Berufes zugemutet werden kann, zu erwerben imstande ist.

Was die zweite, weniger schwierige Frage nach dem Grade der in Wirklichkeit noch vorhandenen Erwerbsfähigkeit anlangt, so ist selbstverständlich, daß es sich nicht um Unfähigkeit zu der Berufsarbeit handelt, sondern um die Frage, wieviel der Rentenbewerber auf dem gesamten wirtschaftlichen Erwerbsgebiet zu leisten imstande ist. Der gesamte Arbeitsmarkt erhält aber dadurch eine Einschränkung, daß der Rentenbewerber mit Personen verglichen wird, die eine ähnliche Ausbildung erhalten haben. Man wird also einen Seemann nicht auf landwirtschaftliche Arbeit, einen Schlosser nicht auf das Schneiderhandwerk verweisen können. Man wird häufig nicht einen eigentlichen Berufswechsel verlangen können, sondern eine Betätigung in einem allgemeineren Rahmen, als er dem bisherigen Berufe entsprach. „Alle Arbeiter, die grobe Handarbeit verrichten, darf man zwar auch auf andere grobe Handarbeit verweisen, geistige Arbeiter aber nur auf andere geistige Arbeit und nicht auf grobe Handleistungen. Ein Handlungsgehilfe ist verpflichtet, Schalterbeamter, Schreiber, Bureauangestellter zu werden, eine Erzieherin wird auch Stellen als Hausdame, Gesellschafterin u. dgl. annehmen müssen, dagegen braucht sich der Handlungsgehilfe nicht auf den Beruf als Straßenkehrer, die Erzieherin nicht auf den einer Waschfrau verweisen zu lassen, ebensowenig wie umgekehrt bei dem Straßenkehrer und der Waschfrau an höhere Stellen gedacht werden darf" (Seelmann). Im einzelnen sind durch das Reichsversicherungsamt auf eine andere Tätigkeit verwiesen worden: eine frühere Handarbeitslehrerin auf Schneiderei und Näharbeit (AN. 05, S. 415), ein Bergmann auf landwirtschaftliche Arbeiten (AN. 01, S. 186), ein Glaspoliermeister auf Tagelohnarbeiten (AN. I. u. AV. 93, S. 55), eine Dienstmagd auf landwirtschaftliche Arbeiten und gröbere Hausarbeit (ebenda S. 95), ein Arbeiter auf den inzwischen erlernten Beruf eines Trichinenschauers (AN. 08, S. 516). (Nach Hanow und Lehmann.)

Was die Frage der Verdienstgrenze anbetrifft, so richtet sich diese nach dem Verdienst einer gesunden Person derselben Art mit ähnlicher Ausbildung und in derselben Gegend. Wenn auch die Ausdrücke „derselben Art

und mit ähnlicher Ausbildung" der tatsächlichen Beurteilung des einzelnen Falles einen gewissen Spielraum lassen und nicht dazu nötigen, nur genau dieselbe Berufsstellung zu berücksichtigen, die der Rentenanwärter, insbesondere zuletzt, eingenommen hat, so unterliegt es doch keinem Bedenken, daß nicht ein ganz anderes Erwerbsgebiet mit wesentlich abweichenden wirtschaftlichen Verhältnissen herangezogen werden darf. Nun pflegt im allgemeinen mit zunehmendem Alter der Arbeitslohn zu sinken, vielfach gehen auch Personen, deren Körperkräfte abnehmen, zu leichterer, aber minder gut bezahlter Arbeit über. Andererseits gibt es bei jedem Berufe Ausnahmestellungen, die besonders hoch bezahlt werden. Es entspricht somit der Billigkeit, wenn ein Durchschnittslohn angenommen wird, wobei zu beachten ist, daß das Gesetz die aus der Festlegung des Mindestlohns in der Gestalt einer festen Ziffer entstehenden Übelstände vermeiden will, und daß daher auch nicht die peinlich genaue Berechnung eines ganz bestimmten Geldbetrages, sondern eine gerechte annähernde Schätzung angestrebt wird. So wurde bei einem Schiffskapitän eines großen Ozeandampfers nicht sein Diensteinkommen aus dieser besonderen Stellung, sondern das der Kapitäne auf Dampfschiffen in großer Fahrt zum Ausgang des Durchschnittsverdienstes genommen (RE., AN. d. RVA. 1901, S. 429). In einem anderen Falle war ein Arbeiter zunächst einfacher Arbeiter, dann Hammerschmied und darauf 20 Jahre Puddler gewesen. Wegen Verringerung der Arbeitsfähigkeit ist er dann die nächsten vier Jahre als Arbeiter, Grubenarbeiter und Schlepper auf einer Grube beschäftigt gewesen. Als Mindestverdienst wurde zunächst bei der Berechnung des Arbeitsverdienstes der Lohn der letzten Tätigkeit angenommen, besonders deshalb, weil die frühere Tätigkeit vor Beginn der Versicherungspflicht lag. Das Reichsversicherungsamt kam zu einem anderen Ergebnisse. Es hielt es für unbillig, daß jemand, der bis zum Beginne der Versicherungspflicht sein ganzes Leben hindurch hochgelohnter Facharbeiter gewesen und nur zuletzt kurze Zeit zur niederen Handarbeit übergegangen ist, als gewöhnlicher Handarbeiter behandelt werden solle. Es ging von dem früheren hohen Verdienst aus, da es sich nicht um den höchsten Verdienst handelt, den ein Versicherter innerhalb eines Berufes bei höchster Leistungsfähigkeit und unter besonders günstigen Umständen erzielt hat, sondern um den Verdienst, den der Rentenanwärter zuletzt bei einer im wesentlichen ungeschwächten Arbeitskraft ausgeübt hatte. (RE., AN. d. RVA. 1903, S. 599.)

Ich erwähne nur kurz, daß Alter, Geschlecht und besondere persönliche Eigenschaften auch bei der Invalidität berücksichtigt werden müssen. Der Vergleich mit Personen „derselben Gegend" hat eine gewisse einschränkende Wirkung, denn bei Invaliditätsanwärtern wird man im allgemeinen nicht verlangen, daß sie ihren Wohnsitz verlegen, denn dazu sind sie zu alt oder zu gebrechlich. Wenn man berücksichtigt, daß in der Invalidenversicherung nicht der persönliche Verdienst, sondern gewöhnlich der einer ganzen Berufsklasse zugrunde gelegt wird, daß auch besondere Rücksichten auf den Beruf nicht genommen werden, sondern Übergang zu einer gröberen Arbeit oder zu einem anderen Berufe ohne weiteres erwartet wird (RE., AN. d. RVA. 1904, S. 353, JuAV. 1893, S. 55), und daß es sich dabei schließlich um Personen handelt, bei denen doch schon immer eine hochgradige Störung der Erwerbsfähigkeit vorliegt, wenn sie die Rente beantragen, so finde ich, daß in der Invalidenversicherung die Erlangung der Versicherungsleistung erheblich schwieriger ist als etwa eine entsprechende Versicherungsleistung bei der Unfallversicherung. Ich kann mich daher Siefart nicht anschließen, wenn er sagt,

„daß im allgemeinen einem Unfallverletzten in weiterem Umfange zugemutet wird, auch außerhalb seines bisherigen Arbeitsfeldes eine jeweilig für ihn geeignete, wenngleich vielleicht weniger angesehene oder einträgliche Beschäftigung zu übernehmen, und daß die Fähigkeit zu einer solchen Tätigkeit bei der Bemessung des Grades der Erwerbsunfähigkeit weitergehend in Betracht gezogen wird, als wenn es sich um einen Anspruch auf Invalidenrente handelt".

Wenn jemand invalide ist, so kann er unter Umständen auch zugleich arbeitsunfähig und erwerbsunfähig im Sinne der anderen Versicherungsarten sein. Der gleichzeitige Bezug von Krankengeld, Invalidenrente, Bergpension und Ruhegeld ist nicht unzulässig. Nur bei Unfallverletzten tritt die Bestimmung der RVO. in Kraft, wonach die Invalidenrente (und die Altersrente) neben einer reichsgesetzlichen Unfallrente ruht, wenn beide zusammen den $7\frac{1}{2}$ fachen Grundbetrag der Invalidenrente übersteigen würden (§ 1311).

Berufsinvalidität.

Die Berufsinvalidität ist in Deutschland nichts Unbekanntes. Durch private Versicherungen, durch Pensionskassen bei Fabriken und großen Betrieben, durch die Anstellung der Beamten im Staats- und Kommunaldienst mit Pensionsberechtigung ist der Gedanke der Berufsinvalidität in weite Kreise getragen worden und hat den Wunsch nach einer derartigen Versicherung wachgerufen. Aber jede derartige Pensionsversicherung hat ihre großen Schwierigkeiten, wenn sie nach einheitlichen Gesichtspunkten für ganze Kreise der Bevölkerung bestimmt sein soll. Bei den Beamten tritt die Pensionierung bei Dienstunfähigkeit ein. Diese Dienstunfähigkeit wird durch die Unfähigkeit zur Bekleidung der betreffenden Dienststelle bedingt. Aber in Wirklichkeit liegen die Dinge so, daß die Beamten bei beginnender Dienstunfähigkeit auf leichtere Stellen versetzt werden oder Hilfsarbeiter erhalten oder häufig längere Zeit von ihrer Verwaltung durchgeschleppt werden. Trotzdem belastet die Zahl der Pensionen die öffentlichen Haushaltsrechnungen beträchtlich. Viel schwieriger ist es nun aber, den Begriff der „Stellungsinvalidität" in die allgemeine Reichsversicherung einzuführen. Wenn jeder, der als Werkmeister, als Handlungsreisender, als Maschinenschreiber für seine Stellung nicht mehr geeignet ist, obwohl er zahlreiche andere Posten bekleiden kann, für berufsinvalide erklärt werden sollte, so würden wir ein Heer von Rentnern großzüchten, dem jede Initiative genommen wäre. Trotzdem macht sich der Wunsch nach engerer Begrenzung geltend, und wir haben jetzt beim Bergbau und bei der Angestelltenversicherung staatliche Versicherungseinrichtungen, die den Begriff der Berufsinvalidität kennen. Beide Versicherungsarten gehen von verschiedenen Begriffen und Auffassungen aus.

Das Preußische Knappschaftsgesetz schreibt als Mindestleistung vor: eine lebenslängliche Invalidenpension bei eingetretener Unfähigkeit zur Berufsarbeit (§ 30 des Gesetzes). Die lebenslängliche Dauer wird aber im letzten Absatz desselben Paragraphen erheblich eingeschränkt. Tritt nämlich in den Verhältnissen des Empfängers einer Invalidenpension eine Veränderung ein, welche ihn nicht mehr als unfähig zur Berufsarbeit erscheinen läßt, so kann ihm die Pension entzogen werden. Diese Unfähigkeit zur Berufsarbeit im Bergmannsberuf wird allgemein als Berginvalidität bezeichnet. Sie bezieht sich auf die eigentlichen bergmännischen Arbeiten

und ferner diejenigen Arbeiten, die ihnen gleichwertig sind und beim Betriebe von Bergwerken vorkommen können. Das Analoge gilt für den Hüttenbetrieb. (Rekursbescheid des Oberschiedsgerichts, Zeitschr. f. Bergrecht, Bd. 44, S. 165, Komp. Zeitschr. 1909, S. 23.) Der Begriff der Unfähigkeit zur Berufsarbeit setzt im Gegensatz zu der auf Krankheit beruhenden Arbeitsunfähigkeit einen dauernden Zustand voraus, wenn mit ihm auch die Hoffnung auf Wiedererlangung der Fähigkeit zur Berufsarbeit für eine fernere Zukunft wohl vereinbar ist (Rekursbescheid, Komp. Zeitschr. 1909, S. 60). Wie die Invalidisierung eine dauernde Unfähigkeit zur Berufsarbeit voraussetzt, so kann auch die Reaktivierung eines Invaliden nur eintreten, wenn eine Besserung eingetreten ist, die in gleichem Sinne eine dauernde zu sein verspricht (Rekursbescheid, Komp. Zeitschr. 1912, S. 135).

Viel schwieriger und komplizierter ist der Begriff der Berufsinvalidität bei der Angestelltenversicherung. Hier erhält Ruhegeld derjenige Versicherte, der zur Ausübung seines Berufes dauernd unfähig ist. Berufsunfähigkeit ist dann anzunehmen, wenn die Arbeitsfähigkeit auf weniger als die Hälfte derjenigen eines körperlich und geistig gesunden Versicherten von ähnlicher Ausbildung und gleichwertigen Kenntnissen und Fähigkeiten herabgesunken ist. Außer Gebrechen können auch physiologische Schwächezustände des Körpers oder des Geistes zur Berufsunfähigkeit führen (§ 25 VfA.). Das Ruhegeld kann wieder entzogen werden, wenn Berufsunfähigkeit nicht mehr besteht. Dabei fehlen die in der RVO. entsprechend angewandten Worte „infolge einer wesentlichen Änderung in seinen Verhältnissen". Bei der Angestelltenversicherung werden also ähnliche Gesichtspunkte bei der Beurteilung der Berufsunfähigkeit maßgebend sein wie bei der Beurteilung der Invalidität in der Reichsversicherung. Nur fällt die Beschränkung auf Personen „in derselben Gegend" fort, während die Verdienstgrenze auf die Hälfte herabgesetzt ist. Der Krankenrente entspricht übrigens auch ein Krankenruhegeld in der Angestelltenversicherung. Da in den nächsten Jahren die Invalidisierung nach diesem Gesetz noch nicht eintreten wird, so wird man erst in Zukunft beurteilen können, wie diese Art der Begriffsbestimmung sich bewährt.

In einem gewissen Sinne ist es unerwünscht, daß wir in der staatlichen Sozialversicherung so viele verschiedenartige Maßstäbe für die Erwerbsunfähigkeit besitzen. Diese Erscheinung macht sich um so unliebsamer bemerkbar, als es einem Berginvaliden z. B. stets unverständlich bleiben wird, daß er mit der Bergpension nicht zugleich die Reichsinvalidenrente erhält, daß ihm diese vielmehr in den meisten Fällen abgeschlagen wird. Da der Kreis der in Frage kommenden Personen immerhin klein ist, so war das Übel zu ertragen. Es bleibt abzuwarten, welche Folgen in dieser Beziehung die Angestelltenversicherung zeitigen wird. Der Unterschied zwischen Arbeitsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit und Invalidität ist jedermann einleuchtend und durchaus berechtigt; ob aber die Differenzierung der anderen Arten unter sich besonders zweckentsprechend ist, möge dahingestellt bleiben. Zum mindesten wird sie dazu beitragen, daß dieser Teil der sozialen Versicherung für die meisten ein Buch mit sieben Siegeln bleiben muß.

Über Berufsinvalidität und reichsgesetzliche Invalidität bei Bergleuten machen die Monatsblätter für Arbeiterversicherung folgende Ausführungen, die sich auf die Bewilligung der Reichsinvalidenrente an bergfertige Personen beziehen:

Im Bergmannsstande ist die Verwechslung der Berufsinvalidität mit derjenigen, welche Voraussetzung für die Bewilligung der reichsgesetzlichen Invalidenrente ist,

noch häufiger als in andern Berufskreisen. Der Bergmann, der drei, vier Jahrzehnte, eigenartiger, schwerer und gefahrvoller Arbeit hinter sich hat, die Folgen dieser Arbeit in mancherlei gewiß nicht zu unterschätzenden Beschwerden verspürt und nun mit der wohlverdienten Bergrente aus dem ihm zu schwer gewordenen Beruf ausscheidet, lebt fast immer in der Vorstellung, daß ihm nicht zugemutet werden könne, anderweite Arbeit zu suchen, daß er sich, wenn auch noch in gewissem verringerten Grade arbeitsfähig, als invalide betrachten, der Ruhe pflegen und auch die reichsgesetzliche Invalidenrente beanspruchen dürfe. Diese Auffassung ist doppelt erklärlich, wenn man bedenkt, daß der bergfertige Bergmann für die ihm noch offenstehenden Arbeiten an sich in der Regel erheblich geringer gelohnt wird als für die bergmännische Arbeit, und daß er außerdem auch bei diesen Arbeiten zumeist mit vollkräftigen Arbeitsgefährten nicht Schritt halten, also auch nicht ebensoviel wie diese verdienen kann.

Dessenungeachtet ist jene verbreitete Auffassung nach den klaren Bestimmungen des IVG. unrichtig; sie entspricht auch, so begreiflich sie zunächst erscheint, in Wahrheit nicht den wirtschaftlichen Verhältnissen und den Aufgaben, die das Leben stellt. Das RVA. hat hierüber unlängst in einem Falle, der als Musterbeispiel gelten kann, folgendes ausgeführt:

Es ist nach dem überzeugend festgestellten ärztlichen Befunde nicht abzusehen, weshalb der Kläger nicht zahlreiche leichtere Arbeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes übernehmen und mit gutem Lohnerfolge durchführen kann. Der von der unteren Verwaltungsbehörde angeführten Erfahrung, daß bei älteren Bergleuten in der Regel die vom Kläger geltend gemachten Beschwerden zu finden sind, steht die andere gegenüber, daß in den Kreisen der Bergleute der Irrtum weit verbreitet ist, der mit der Berginvalidenpension Bedachte sei, weil bergfertig, deshalb auch ohne weiteres vom allgemeinen Arbeitsmarkt ausgeschlossen und zum Bezuge der Reichsinvalidenrente berechtigt. Vom Bergmanne muß ebensogut wie von jedem andern Arbeiter verlangt werden, daß er, wenn er die schweren, hochgelohnten Arbeiten seines Berufs nicht mehr leisten kann, zu leichteren, wenn auch weniger gut bezahlten Arbeiten übergehe, die ihm verbliebenen Arbeitskräfte verwerte, soweit es die Lage des Arbeitsmarktes gestattet, und erst dann die Reichsinvalidenrente in Anspruch nehme, wenn ihm wirklich die Kräfte fehlen, um den gesetzlichen Invaliditätsgrenzwert zu erarbeiten. Daß dieser Fall beim Kläger vorliege, davon hat sich keiner der zur Sache gehörten Ärzte überzeugen können, und dafür spricht ihr Befund in keiner Weise. Auch die Erwägung der unteren Verwaltungsbehörde, daß der Kläger sicherlich nicht ohne Not auf seinen bisherigen hohen Verdienst verzichten würde, trifft die Sache nicht, so überzeugend sie zunächst erscheint. Daß er in seiner Erwerbsfähigkeit erheblich beschränkt und zu den lohnendsten bergmännischen Arbeiten nicht mehr geeignet ist, davon scheinen alle Sachverständigen auszugehen. Danach aber war die Frage für den Kläger nicht mehr, ob er gegen die Rente auf seinen bisherigen hohen Lohn verzichten wolle — dieser Lohn kam für ihn gar nicht mehr in Betracht —, sondern ob er bei gleicher, vielleicht sogar etwas längerer Arbeitszeit um einen erheblich geringeren Lohn arbeiten und zugleich die Unbequemlichkeiten des Suchens nach anderweiter Beschäftigung und der Eingewöhnung in neue Verhältnisse auf sich nehmen, oder aber sich mit den bescheideneren Einkünften von Berg- und Reichsinvalidenrente begnügen wolle. Zur Beantwortung dieser Frage im Sinne der zweiten Möglichkeit kann auch derjenige wohl kommen, der noch nicht invalide im Sinne des Reichsgesetzes ist, zumal wenn er auf ausgiebige Unterstützung von seiten seiner Angehörigen rechnen kann, wie es beim Kläger ausweislich seiner an das Schiedsgericht gerichteten Eingabe bei Stellung des Rentenantrags der Fall war.

Literatur.

Siefart, Der Begriff der Erwerbsunfähigkeit auf dem Gebiete des Versicherungswesens. Berlin 1908.

Rapmund und Dietrich Ärztliche Rechts- und Gesetzeskunde. Leipzig 1912.

Thiem, Handbuch der Unfallerkrankungen, einschließlich der Invalidenbegutachtung. Stuttgart 1910.

— Die Stellungnahme des Arztes als Gutachter bei der Ausführung der Arbeitergesetze. Deutsche Med. Wochenschr. 1907, Nr. 27, 40, 41.

Becker, Lehrbuch der ärztlichen Sachverständigentätigkeit. Berlin 1909.

Miller. Die Erwerbsunfähigkeit in Sachen der Invalidenversicherung. Groß-Lichterfelde 1908.

Rumpf, Vorlesungen über Soziale Medizin. Leipzig 1908.

Rubin, Grundzüge der internen Versicherungsmedizin. Jena 1909.

Stempel. Die Untersuchung und Begutachtung der Invalidenrentenanwärter. Jena 1899.
Seelmann, Die ärztliche Begutachtung in Invaliden-, Hinterbliebenen- und Krankenversicherungssachen. Leipzig 1911.
Windscheid, Sudeck, Der Arzt als Begutachter auf dem Gebiete der Unfall- und Invalidenversicherung. Achter Band des Handbuchs der Sozialen Medizin. Jena 1905, 1906.
Beyer, Über wirtschaftliche Erwägungen bei der Invaliditätsbegutachtung. Ärztl. Sachverst.-Ztg. 1908, S. 439.
Köhler, Die Stellung des Arztes zur staatlichen Unfallversicherung. Berlin 1906.
Pfarrius. Die Abschätzung des Grades der Erwerbsunfähigkeit bei Unfallverletzten in den ärztlichen Gutachten. Zeitschr. f. Versicherungsmedizin 1908, S. 105.
Berufsinvalidität und Erwerbsunfähigkeit nach dem Invalidenversicherungsgesetze bei Bergleuten. Monatsblätter für Arbeiterversicherung 1907, S. 85.
Hahn, Handbuch der Krankenversicherung. Berlin-Lichterfelde 1912.
Hoffmann, Kommentar zur Reichsversicherungsordnung. 2. Buch. Krankenversicherung. Berlin 1912.
Hanow und Lehmann, Kommentar zur Reichsversicherungsordnung. 4. Buch. Die Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung. Berlin 1912.
Schulz, Die Unfallversicherung (Handausgabe von Manes-Mentzel-Schulz). Leipzig 1912.
Handbuch der Unfallversicherung. Leipzig 1909.
Eisenstadt, Zur Neugestaltung der Arbeiterversicherung. Ärztl. Sachverst.-Ztg. 1905, S. 337 und 405.
Einiges über Erwerbsunfähigkeit im Sinne des Krankenversicherungsgesetzes. Monatsblätter f. Arbeiterversicherung 1911, S. 53.

Vierter Abschnitt.

Besondere Erscheinungen in der sozialen Versicherung.

Dreizehntes Kapitel.

Simulation, Gesundheitssimulation, Dissimulation.

Der sozialen Versicherung wird der Vorwurf gemacht, daß sie eine Reihe von unangenehmen Begleiterscheinungen mit sich gebracht, wenn nicht sogar geschaffen habe, die den Nutzen der Versicherung aufzuheben imstande seien. Ich bin in dem ersten Kapitel schon mit einigen Worten auf diese Vorwürfe eingegangen und möchte nun zwei Erscheinungen genauer behandeln, die im Gefolge der Sozialversicherung aufgetreten sind, um ein Bild über die wahre Sachlage zu geben. Es handelt sich um die Simulation von Krankheitszuständen und um das Auftreten der traumatischen Neurosen. In diesem Kapitel werde ich auf die Simulation, die Aggravation und ihr Gegenteil, die Dissimulation, näher eingehen und im nächsten Kapitel gesondert für sich die traumatischen Neurosen besprechen.

Die Simulation von Krankheit und die ihr verwandten Zustände sind so alt, als das Vorhandensein von Krankheit die Befreiung von Lasten oder die Gewährung von Vorteilen mit sich brachte. Schon im Altertum wurde simuliert, um dem Kriegsdienst zu entgehen, der Militarismus hat dann Gelegenheit gegeben, die Simulation weiterzuverbreiten, und ist sogar Veranlassung geworden, daß sich die Militärpflichtigen selber oder durch andere die gräßlichsten Verstümmelungen beibrachten (besonders in Rußland), um sich der Dienstpflicht zu entziehen. Kein Mensch hat damals daran gedacht, dem Militarismus den Vorwurf zu machen, daß er zur Depravation der Gesinnung führe; im Gegenteil ging man an dieser bemerkenswerten Erscheinung, die aber doch nur eine Einzelerscheinung blieb, ziemlich achtlos vorüber, und nur in den Kreisen der Militärärzte beschäftigte man sich mit dem Studium dieser Tatsachen. Ebenso häufig ist die Dissimulation, das Verbergen von krankhaften Zuständen, wenn es sich darum handelt, in den Besitz von Vorteilen zu gelangen, bei denen der Besitz der körperlichen Gesundheit Vorbedingung ist. Die Behörden machen bei Anstellung ihrer Beamten, die Versicherungsanstalten bei Abschluß der Versicherungen oft die Erfahrung, daß Leute, die mit einer Krankheit behaftet sind, diese verschweigen, um sich keinen Unannehmlichkeiten auszusetzen. Es war von vornherein zu erwarten, daß auch die soziale Versicherung mit manchen Fällen von Simulation zu tun haben werde, da bei ihr mit dem Nachweis der Krankheit eine Reihe von Vorteilen verbunden ist, voraus-

gesetzt, daß die Versicherungsbedingungen sonst erfüllt sind. Da es sich um eine obligatorische Versicherung handelt, konnte man sogar annehmen, daß die Simulation mit einer gewissen Häufigkeit auftreten würde. Denn die Zahl der Einzahler ist verhältnismäßig groß, die Zahl der Berechtigten doch im Verhältnis immer nur klein. Ich habe schon früher erwähnt, daß z. B. in der Invalidenversicherung etwa 70 % der Versicherten aus der Versicherung ausscheiden, ohne eine Versicherungsleistung zu erhalten. Nun ist es menschliche Schwäche, daß jemand, der eine Zahlung leistet, dafür auch einen Ersatz zu haben wünscht, selbst wenn der Vertragsfall nicht vorliegt. Es ist nicht zu bezweifeln, daß diese menschliche Schwäche unserer sittlichen Weltanschauung in keiner Weise entspricht und von diesem Standpunkte aus auch nicht zu entschuldigen ist. Man muß sich aber mit der Tatsache abfinden, die man auch sonst im menschlichen Leben täglich bestätigt findet. Wenn man nun erwartet, daß infolgedessen die Simulation in der sozialen Versicherung sich einer besonderen Verbreitung erfreue, so befindet man sich in einem Irrtum, der durch die sensationellen Veröffentlichungen der neueren Zeit hervorgerufen oder verbreitet worden ist. Man muß sich im Gegenteil wundern, daß die Simulation so wenig verbreitet ist, und daß man sogar eine Erscheinung beobachtet, die von Mayet als Gesundheitssimulation bezeichnet worden ist. Unter Gesundheitssimulation versteht man die Nichtausnutzung des Versicherungsfalles trotz Erfüllung der Vorbedingungen, also Bestehen eines Versicherungsverhältnisses, Berechtigung der Anwartschaft und Vorliegen eines Krankheitsfalles. In den Berichten der Versicherungsträger findet man außerordentlich selten Mitteilungen über Simulation, und ebenso ist die Zahl der Verurteilungen vor Gericht wegen Simulation nur gering. Wenn dagegen einmal ein Fall bekannt geworden ist, so kehrt er in allen Berichten, Zeitschriften und wissenschaftlichen Veröffentlichungen wieder und prägt sich dadurch dem Gedächtnis in einer Weise ein, als ob es sich um ein täglich vorkommendes Ereignis handle. Es gibt auch Simulantenriecher, die in jedem Fall, wo die Begründung von vorgebrachten Krankheitsbeschwerden nicht ohne weiteres durch den Befund möglich ist, Simulation wittern. Gerade solche Personen sprechen dann gern von der Häufigkeit der Simulation in der sozialen Versicherung. Ich möchte an das Wort erinnern, das früher einmal gebraucht ist, daß die Häufigkeit der Simulation im umgekehrten Verhältnis zu der Erfahrung des Arztes stehe. Ein junger und unerfahrener Arzt wird vielfach Simulation anzunehmen geneigt sein, wo sein persönlicher Mangel an Erfahrung mit den vorgebrachten Klagen nichts anfangen kann. In solchen Fällen, wenn der Untersuchungsbefund in gar keinem Verhältnis zu der Intensität der Beschwerden zu stehen scheint, liegt die Annahme der Simulation zu nahe, als daß der Unerfahrene nicht darauf hineinfallen sollte. Wenn wir nur die diagnostischen Erfahrungen der beiden letzten Jahrzente berücksichtigen, so haben wir das intermittierende Hinken bei Arterienverkalkung kennen gelernt, die nur röntgenologisch nachweisbare Spornbildung am Felsenbein, die nicht sicher nachweisbaren Fissuren der Knochen der Wirbelsäule, die Ursachen der Fußgeschwulst, die Schmerzen bei leichten Verklebungen der Därme usw. Der Unvorsichtige würde früher in den meisten dieser Fälle das Vorhandensein von Simulation angenommen haben. Ebenso gibt es auch jetzt Krankheitsbilder, die uns nicht genügend bekannt sind, und wo es schon schlimm genug für den Kranken ist, daß man seinen Beschwerden nichts entgegensetzen kann. Wenn man aber noch dazu solchen Kranken den Vorwurf macht, daß sie simulierten, so begeht man

ein bitteres Unrecht. Man sollte nie vergessen, daß man in erster Linie Krankheitsbeschwerden auch für begründet halten muß. Nur gewichtige Gründe sollten die Annahme der Simulation rechtfertigen, nie aber allein das Unvermögen, für vorgebrachte Beschwerden eine Krankheitsunterlage zu finden. Auf den Nachweis der Simulation brauche ich nicht näher einzugehen, da diese Spezialwissenschaft besonderen Lehrbüchern vorbehalten bleibt.

Ich wende mich zunächst zu der Simulation in der Krankenversicherung. Gerade in diesem Teile der sozialen Versicherung wird Simulation kaum beobachtet. Lediglich die freiwillig Versicherten erwecken den Verdacht, daß ihre Krankheitshäufigkeit nicht immer den Tatsachen entspricht. Sie allein kommen auch in Gefahr, durch Simulation einen Vorteil sich zu verschaffen, da sie, soweit sie Angestellte, Kaufleute oder Beamte sind, ihr Gehalt weiter fortbeziehen. Das Krankengeld ist somit für solche Versicherte ein reiner Gewinn, der die Verlockung nach Krankheitsübertreibung oder Simulation mit sich bringt. Dieser Gefahr können die Krankenkassen begegnen, wenn sie von der Vorschrift der RVO. Gebrauch machen, den Versicherungsberechtigten im Krankheitsfalle nur die Krankenpflege zuzubilligen (§ 215, Abs. 2).

Gegen Ausnutzung durch Simulation werden die Krankenkassen hauptsächlich durch die Vorlegung des Krankenscheins geschützt, in dem der Arzt das Vorhandensein der Krankheit und eventuell der Arbeitsunfähigkeit bescheinigt. Im allgemeinen ist das Krankengeld zu gering, als daß es einen großen Anreiz böte, die Arbeit niederzulegen und statt des Arbeitslohns das Krankengeld in Empfang zu nehmen. Dieser Anreiz besteht eigentlich nur zu Zeiten von Streiks oder allgemeiner Arbeitslosigkeit. Aber auch dann können die Ärzte nur wenige der sich Meldenden zurückweisen, da das Vorhandensein eines chronischen Katarrhs oder eines andern alten Übels ausreicht, um Krankheit und Arbeitsunfähigkeit annehmen zu lassen. Auch die Ärzte können dagegen die Krankenkassen nicht schützen, da es sich hierbei nicht um Simulation oder selbst Übertreibung handelt. Soweit im Bereiche der Krankenversicherung überhaupt betrügerische Maßnahmen vorkommen, handelt es sich um die Vorspiegelung eines Versicherungsverhältnisses und nicht um die Vorspiegelung eines Krankheitszustandes. Da gibt der Mann seine Konkubine als Haushälterin aus und versichert sie in der Krankenkasse, um ihr bei der drohenden Schwangerschaft die Kassenleistungen zu sichern. Oder es werden gar Arbeitsverhältnisse bei Unternehmern fingiert, die in Wirklichkeit gar nicht existieren. Derartige Manipulationen kann man nicht als Simulation bezeichnen. Teils sind es Betrügereien, teils handelt es sich um die Ausnutzung gesetzlicher Bestimmungen. Der letzte Fall, der immerhin selten ist, kann nur durch eine strenge Revisionstätigkeit der Kassen getroffen werden, wie ich das schon in einem früheren Kapitel geschildert habe. Gegen die Ausnutzung der Krankenkassen durch chronisch Kranke zu Zeiten schlechter Konjunktur hilft nur die Arbeitslosenversicherung, die gerade aus ethischen Beweggründen gefordert werden muß.

Simulation ist im Gebiete der Krankenversicherung selten. Man kann es nicht für Simulation halten, wenn ein Arbeiter, der wegen seines Leidens mehrere Wochen gefeiert hat, sich nun zu der von dem Arzt bezeichneten Zeit noch nicht für arbeitsfähig hält und deshalb der Kontrollkommission vorgestellt wird. Vielfach scheuen sich auch die Ärzte selber, den Kranken zur rechten Zeit wieder an die Arbeit zu schicken, so daß hier die Kontrollkommission erst Wandel schaffen muß.

Dissimulation ist überhaupt nur möglich bei freiwillig Versicherten, deren Eintritt in die Kasse an den Beweis der Gesundheit gebunden werden kann. Auch hier ist Dissimulation so selten, daß kaum Fälle bekannt werden.

Die eigentliche Simulation kommt in der Krankenversicherung so wenig vor, daß hier der vorhin erwähnte Zustand der Gesundheitssimulation beobachtet wird. Bei vielen Krankheiten vermeiden es die Leute, sich sofort krank zu melden. Dafür sind mehrere Umstände maßgebend. Auch dem Arbeiter ist es eben kein Vergnügen, sich krank zu melden und müßig im Hause herumzulungern. Dann aber sind die Wartetage da, während welcher kein Krankengeld ausgezahlt wird. Das Krankengeld ist auch gering und viel kleiner als der Lohn. Da überlegt man es sich noch, ob man sich krank melden will. Andere scheuen sich vor ihrem Arbeitgeber oder vor ihrer Frau oder vor sich selbst, wegen einer Kleinigkeit sich sogleich krank zu melden. Alle diese Umstände treten zusammen, daß das Gros der Kassenmitglieder die Krankmeldung bei leichteren Krankheitsfällen hinauszieht, und besonders dann, wenn ein Sonntag oder Festtag in der Nähe ist, weil er die Gelegenheit gibt, sich auszukurieren, im Bett zu bleiben und ordentlich zu schwitzen usw. Hat diese Kur keinen Erfolg, so erfolgt am Montag die Krankmeldung. Viele Leute versuchen trotzdem noch, am Montag weiterzuarbeiten, so daß die Krankmeldung bei einem kleinen Teil sich noch bis zum Dienstag hinzieht, bei einem noch kleineren Teil sogar bis zum Mittwoch. Nach Mayet muß sich das von Montag ab in einer abnehmenden Zahl der Krankmeldungen kundgeben. Am Sonntag sind nur sehr wenige Krankmeldungen zu erwarten, an den ersten Tagen der Woche überdurchschnittlich viel Krankmeldungen, an den letzten Tagen der Woche, wo für die inzwischen Erkrankten wieder die Hoffnung auf die Sonntagskur viele von den Krankmeldungen abhält, unterdurchschnittlich viel Krankmeldungen. Bei der allgemeinen Ortskrankenkasse Magdeburg erfolgten z. B. nach Mayet in den Jahren 1906, 1907, 1908 zusammen 14 318, durchschnittlich auf den Wochentag 2045 Krankmeldungen. Über die Tage der Woche verteilten sie sich folgendermaßen:

Sonntag	943,	
Montag	3 150,	
Dienstag	2 465,	
Mittwoch	2 197,	bis hierher liegen die Zahlen über dem Durchschnitt
Donnerstag	2 016,	
Freitag	1 858,	
Sonnabend	1 589,	
Sonntag	943.	

Gegen den Einwand, daß die Krankmeldung wegen der Vergnügungssucht der Leute vom Sonntag auf den Montag verschoben werde, macht Mayet geltend, daß sich dann alle aufgeschobenen Fälle am Montag erledigen müßten. Das ist aber nicht der Fall, da der Dienstag und Mittwoch auch über dem Durchschnitt liegen. Außerdem zeigt sich diese Gesetzmäßigkeit auch bei den beiden Geschlechtern einzeln, während die Frauen an dem übermäßigen Alkoholgenuß nur wenig beteiligt sind.

In der Unfallversicherung dagegen wird die Simulation unzweifelhaft häufiger beobachtet, obwohl ihr Anteil sich auch hier zahlenmäßig nicht feststellen läßt. Am allerhäufigsten begegnet man der Übertreibung. Man darf aber auch nicht vergessen, daß falsche Rechtsansichten häufig die

Grundlage für falsche Angaben bieten. Der verletzte Arbeiter weiß z. B., daß er einen Rechtsanspruch an die Berufsgenossenschaft hat, aber über die Höhe dieses Rechtsanspruchs gehen leicht die Ansichten auseinander. Die Begriffe der Gewöhnung und der Anpassung sind für den Verletzten juristische Begriffe, mit deren Hilfe man seine Rente hinunterschrauben will, und deren Berechtigung er nicht anerkennt, wenn er sich auch wohl in die Tatsachen zu schicken weiß. Jedes nachträgliche Heilverfahren wird ebenfalls als ein Mittel zur Rentenherabsetzung angesehen. Nun handelt es sich bei der ganzen Rentenfeststellung, wie ich schon erwähnte, um ein Streitverfahren. Bei jedem Streitverfahren im bürgerlichen Leben nimmt man es niemand übel, wenn er nachdrücklich sein Interesse wahrnimmt. Tut er dies in Sachen der Unfallversicherung, so überträgt er Grundsätze, wie sie im bürgerlichen Leben üblich sind, in diese Sphäre. Es läßt sich streiten, wieweit eine derartige Übertragung berechtigt ist. Es geht aber doch wohl nicht an, daß alle die Leute, die gegen eine Rentenfeststellung Berufung und gegen die Berufung Rekurs einlegen, als Simulanten angesehen werden können, wenn ihr Anspruch abgelehnt wird. Und doch haben diese Personen Unrecht bekommen, sie haben Ansprüche erhoben, zu denen sie nicht berechtigt waren, und sie haben diese Ansprüche verfochten. Sie müssen also auch wohl Beschwerden vorgebracht haben, die ihre Ansprüche nicht rechtfertigten, demgemäß müssen ihre Beschwerden übertrieben gewesen sein. Und doch haben diese Personen nichts Unrechtes getan, sondern, von einzelnen Fällen natürlich abgesehen, ihre vermeintlichen Rechte, von denen sie überzeugt waren, vertreten. Man muß sich in der Unfallversicherung sehr hüten, da Simulation zu suchen, wo nichts weiter als der Anspruch auf ein unbegründetes Recht vorliegt. Psychologisch ist der Vorgang wohl so zu erklären, daß der Verletzte die Folgen seines Unfalls selber für sich abschätzt, und, wie man das nicht anders erwarten kann, zu seinen Gunsten etwas hoch oder gar sehr hoch abschätzt. Fällt die Rentenfeststellung um sehr viel niedriger aus, so wird die eigene Beurteilung des Zustandes nicht geändert, sondern die vorhandenen Beschwerden werden in das richtige Licht gestellt, um auch andern Personen wichtiger zu erscheinen. Das juristische Verfahren muß also in ganz natürlicher Weise zur Übertreibung führen, da der Verletzte nur dadurch sachlich wirken kann, wenn seine Beschwerden den von ihm erwünschten Grad der Erwerbsunfähigkeit zu beweisen scheinen. Es läßt sich nicht leugnen, daß die enorme Ausdehnung des Streitverfahrens in der Unfallversicherung in dieser Beziehung nicht günstig gewirkt hat. Aber es handelt sich hierbei nicht eigentlich um Simulation oder auch primäre Aggravation, sondern um die Folgen der unserer Nation eigentümlichen Prozeßsucht, der die soziale Versicherung eine neue Fundgrube geworden ist. Ich habe schon früher erwähnt, daß zudem die Schwierigkeiten des Begriffes des Betriebsunfalls es eigentlich jedem Versichertem ratsam erscheinen lassen müssen, jede Krankheit als Betriebsunfall anzumelden, da er selber das nicht zu entscheiden vermag und er bei anderen selbst die Anerkennung von Krankheiten als Unfallfolge erlebt hat, wo er dies nie für möglich gehalten hätte. Man kann hier wohl von unerwünschten Folgen der Versicherung sprechen, aber es ginge zu weit, diese Folgen zu überschätzen und andererseits diese Folgen mit Simulation oder Aggravation für gleichbedeutend zu erachten.

Viel häufiger noch ist der Arzt genötigt, die Beschwerden der Verletzten auf ein gewisses Maß zu reduzieren. Auch hier darf nicht vergessen werden, daß Simulation oder eigentliche Übertreibung in den meisten Fällen nicht be-

absichtigt ist und dem Verletzten auch fernliegt. Wenn jemand eine Verletzung gehabt hat, es sei ihm beispielsweise die Kuppe des Zeigefingers nach einem Unfall entfernt worden, so mögen die eigentlichen Beschwerden des Verletzten gering sein, die Arbeitsbehinderung macht sich ihm gleichwohl anfangs sehr intensiv bemerkbar. Nun fühlt er sich dem Gutachter gegenüber in einer überaus unsicheren Lage. Die sprachliche Gewandtheit reicht in den meisten Fällen nicht dazu aus, daß der Verletzte wirklich die Arbeitsbehinderung deutlich machen kann; will er sich also nicht der Gefahr aussetzen, daß der Arzt die Unfallfolgen unterschätzt, so muß er sie so beschreiben, wie es ihm sein Sprachvermögen gestattet. Er wird daher auch von Spannung der Narbe und ähnlichen Erscheinungen sprechen, während diese Beschwerden eigentlich nicht so ganz wörtlich zu nehmen sind, sondern nur die Arbeitsbehinderung ausdrücken sollen. In anderen Fällen treten interkurrente Krankheiten oder Altersbeschwerden auf, die bona fide mit den Unfallbeschwerden durcheinandergeworfen werden.

Wenn jemand eine strafbare Handlung begangen hat und vor Gericht steht, so weiß er, daß er bestraft wird. Aber das Strafmaß schwankt meist von einigen Mark Geldstrafe bis zu Jahren Gefängnis. Der Angeklagte meint, die Höhe der Strafe werde bedingt, wie die Richter gestimmt seien, ob er ihr Mitleid zu erregen wisse, ob er einen tüchtigen Verteidiger habe usw. Wir wissen, daß das Gericht auch bei dem Strafmaß von objektiven Tatsachen ausgeht, wenn die Höhe natürlich auch einer gewissen subjektiven Beurteilung unterworfen ist. Ähnlich steht der Verletzte vor dem Arzt als Gutachter oder vor den Versicherungsbehörden mit seinem Rechtsanspruch. Die Rentenhöhe, die ihm zufallen kann, schwankt von 0—100 %. Er meint, die Höhe der Rente werde durch die Stimmung, die Wahrscheinlichkeit seiner Beschwerden und durch andere äußere Umstände beeinflußt. Wir wissen, daß jeder, der bei der Rentenfestsetzung beteiligt ist, sich möglichster Objektivität befleißigt. Ist es bei dieser Sachlage nicht selbstverständlich, daß der Verletzte oft überhaupt nicht imstande ist, seinen Zustand objektiv richtig zu schildern?

Wie selten ist dagegen der Fall, daß ein Verletzter auftritt, der da behauptet, er habe das Gehör verloren, während daran kein wahres Wort ist, oder der irgendein anderes Gebrechen glatt erfindet. Andererseits werden solche Fälle beobachtet, wo ein Betriebsunfall gar nicht vorgelegen hat, sondern die Konstruktion des Betriebsunfalls reiner Betrug ist.

Die Invalidenversicherung sollte bei ihren geringen Einzelleistungen a priori wohl am wenigsten Veranlassung zur Simulation geben. Gerade bei ihr findet man aber, soweit ich wenigstens aus eigener Erfahrung sprechen darf, wenigstens Übertreibung (Aggravation) mit am häufigsten. Das liegt wohl daran, daß die Grenze zwischen Invalidität und Nichtinvalidität zu unvermittelt ist. Ist jemand zu 50 % erwerbsfähig, so ist er nicht Invalide, ist er zu 30 % erwerbsfähig, so ist er Invalide. Tatsächlich ist der im höheren Lebensalter stehende Mensch auch bei mittlerer Störung der Erwerbsfähigkeit so sehr in seiner Konkurrenzfähigkeit herabgesetzt, daß er sich kaum durchzuschlagen vermag. Die Folge der verminderten Konkurrenzfähigkeit wird dann auf die Krankheitsfolgen überhaupt geschoben und so das Leiden hinsichtlich seiner Beschwerden beträchtlich übertrieben. Dann kann es dem Gutachter passieren, daß er jemand, der z. B. mit Emphysem und Bronchitis behaftet ist, die Invalidität bescheinigt, um ihn in den nächsten Tagen bei irgendeiner ziemlich anstrengenden Tätigkeit anzutreffen. In

neuerer Zeit begegnet man auch nicht selten Leuten, die ein Heilverfahren in Ermangelung einer Sommerfrische beantragen. In solchen Fällen ist nicht selten die materielle Grundlage für ein Heilverfahren so unbedeutend, daß man an Simulation denken könnte; besonders handelt es sich hierbei um nervöse Krankheiten. Immerhin sind auch diese Beobachtungen zu vereinzelt, als daß man von einer Verbreitung der Simulation durch die soziale Versicherung sprechen könnte.

Während Dissimulation in der Unfallversicherung meines Wissens überhaupt nicht beobachtet wird, kommen bei der Invalidenversicherung solche Fälle vor. Ich habe schon in einem früheren Kapitel erwähnt, wie Leute, die schon längst invalide sind, aber aus äußeren Gründen keinen Rentenanspruch haben, plötzlich anfangen Invalidenmarken zu kleben, um nach Erfüllung der Wartezeit ihren Rentenantrag zu stellen.

Die Simulation ist eine Erscheinung, die überall da beobachtet wird, wo wirtschaftliche Vorteile durch die Vortäuschung eines Krankheitszustandes erzielt werden können. Das Gegengewicht müssen stets Kontrollmaßregeln bilden. Auch im Bereiche der sozialen Versicherung wird Simulation und noch häufiger Übertreibung beobachtet. Man kann aber nicht sagen, daß die soziale Versicherung zu einer irgendwie erheblichen Vermehrung der Fälle von Simulation beigetragen habe. Dagegen wird in dem Gebiete der Unfall- und Invalidenversicherung der Rentenberechtigte durch die Art des Verfahrens und die Feststellung der Schädigung zu einer Übertreibung veranlaßt, die mit der dolosen Vortäuschung eines Krankheitszustandes nichts zu tun hat. Jeder, der mit Versicherten, sei es als Arzt, sei es als Verwaltungsbeamter, sei es als richterliche Persönlichkeit zu tun hat, möge sich reiflich überlegen, ehe er einen anderen Menschen der Simulation und der betrügerischen Übertreibung beschuldigt. Die Beweise müssen überzeugend sein, wenn man nicht auch Unschuldigen unrecht tun will. Wenn aber ein Betrug vorliegt, so soll man auch alle Milde vergessen und scharf gegen das Übel vorgehen, damit ein derartiges Vergehen, das die soziale Versicherung diskreditiert, auch die gebührende Sühne findet.

Literatur.

Becker, Die Simulation von Krankheiten und ihre Beurteilung. Leipzig 1908.
Mayet, Gesundsheitssimulation, eine statistische Studie über das Gesetz der großen Zahl. Vortrag in der Gesellschaft für Soziale Medizin usw. Med. Reform 1910, Nr. 16 u. 18.
Glücksmann, Die Simulation und Übertreibung von Krankheiten der Verdauungsorgane. Ärztl. Sachverst.-Ztg. 1911, S. 429.
Rumpf, Über Krankheitssimulation bzw. -dissimulation in der inneren Medizin. Deutsche Med. Wochenschr. 1907, S. 956.
Köppen, Über die Entlarvung von Simulation bei Geisteskranken. Ebenda, S. 963.
Ledderhose, Über Simulation und ihre Entlarvung in der Unfallchirurgie. Ebenda, S. 965.
Groenouw, Über Simulation von Augenleiden und deren Entlarvung. Ebenda, S. 968.
Stenger, Simulation und Dissimulation von Ohrenkrankheiten und deren Feststellung. Ebenda, S. 970.
Hillenberg, Zur Begutachtung von Unfallverletzten. Ärztl. Sachverst.-Ztg. 1907, S. 294.

Vierzehntes Kapitel.

Traumatische Neurose und Rentenhysterie.

Noch weit mehr als von der Simulation wird von den traumatischen Neurosen behauptet, daß sie von der sozialen Versicherung gezüchtet werden. Ja, die Meinung einzelner scheint wohl dahin zu gehen, daß die soziale Gesetzgebung die traumatischen Neurosen erst geschaffen habe, und in manchen Veröffentlichungen wird von dem deutschen Gelehrten, der sich anfangs besonders intensiv mit dieser Krankheit beschäftigt hat, in vorwurfsvollen Worten gar gesprochen, als ob er dies Leiden „erfunden" habe, und als ob ohne diese Erfindung die Welt heutzutage von den traumatischen Neurosen verschont geblieben wäre. Nun sind die traumatischen Neurosen schon vor der Entstehung der sozialen Versicherung bekannt gewesen, wie sogleich dargetan werden wird. Andererseits ist aber zuzugeben, daß die Versicherung auf die Verbreitung dieser Krankheit einen Einfluß gehabt hat. Sicher hat es vor der Unfallgesetzgebung unanzweifelbare traumatische Neurosen gegeben; aber ihre auffallende Anhäufung seitdem, die verhältnismäßig schlechte Prognose derjenigen Fälle, die sich in einem Rentenverhältnisse befinden, und die relativ gute derjenigen, wo es sich um keine Rente, dagegen um Erhaltung von Karriere und Amt (Reiteroffiziere v. Bruns) handelt, weisen doch darauf hin, daß die Gewährung der Rente in einem ursächlichen Zusammenhang mit der Erkrankung und ihrem Verlaufe steht. Diese und andere Tatsachen gaben dann den Anlaß, den Ausdruck „Rentenhysterie" zu prägen und „Begehrungsvorstellungen" (Strümpell) als ursächliches Moment hervorzuziehen. Es handelt sich bei den traumatischen Neurosen um Krankheiten, bei denen Trauma, krankhafte psychische Veränderung und der Kampf um die Rente in einem gewissen, graduell aber in jedem Fall verschiedenen Zusammenhang miteinander stehen. Jedenfalls kann unter Umständen die Gewährung der Rente die Prognose erheblich verschlechtern, da durch sie der Antrieb zur Arbeit und damit zur Wiederherstellung der Psyche in Fortfall kommt.

Auf den historischen Werdegang der klinischen Betrachtung dieser Krankheitsbilder näher einzugehen erübrigt sich wohl, und es genügt der kurze Hinweis, daß Erichsen zuerst darauf aufmerksam gemacht und Erb und Leyden sie weiter studiert haben. Das häufige Vorkommen im Anschluß an Eisenbahnunfälle führte zu der Bezeichnung: Railwayspine, die von Erichsen selbst als „absurd appelation of the Railway-spine" abgelehnt wurde. Man nahm damals allgemein anatomische Läsionen des Rückenmarks oder, wie Westphal, des Gehirns an, bis Moeli zuerst auf die psychogene Entstehung der Symptome hinwies und diese Anschauung von Amerikanern und in Deutschland von Thomsen und Oppenheim erhärtet wurde. In dem sich entspinnenden Streite zwischen Charcot und Oppenheim, ob die

traumatischen Neurosen hysterischer oder neurasthenischer Natur seien, kam man bald zur Einigung und erkannte sie als Mischzustände an. Daraus entwickelte sich nun vielfach die Anschauung, als ob es eine einzige traumatische Neurose gäbe. Dieser irrigen Auffassung traten eine Reihe der bedeutendsten Forscher entgegen und wiesen darauf hin, daß es alte Bekannte seien, die Neurasthenie, die Hysterie und die Hypochondrie, und Mischformen dieser Neurosen mit Psychosen und untereinander. Immerhin stehen auch heute so erfahrene Kenner der Materie wie Oppenheim und Bruns auf dem Standpunkte, daß es in einer Reihe von Fällen mit Mischzuständen besser sei, den Namen traumatische Neurosen beizubehalten, als sie künstlich in die Diagnose traumatische Hysterie oder traumatische Neurasthenie und dergleichen hineinzwängen zu wollen. Dagegen entspann sich ein heftiger Kampf um die Frage der Simulation bei diesen Leiden; die einen leugneten sie rundweg ab, die anderen behaupteten sie in einer großen Zahl der Fälle. Dieser Widerstreit der Meinungen besteht auch heute noch. Wie schon früher erwähnt, sind die Auffassungen meist in der Art des Materials und der äußeren Stellung des begutachtenden Arztes begründet. Der Arzt z. B. an größeren Polizei- und Untersuchungsgefängnissen ist häufig in der Lage, Simulation von Geisteskrankheiten und pathologische Erregungszustände höchst vorübergehender Art zu sehen, während der Psychiater Simulation fast nie und derartige Erregungszustände in dem gleichmäßigen Anstaltsgetriebe selten oder nur bei schwachsinnigen Personen erlebt. Der Chirurge muß sich über Unfallkrankheiten ein anderes Bild machen als der Internist, weil ihm ein gänzlich anders geartetes Material zufließt. Die Berufsgenossenschaft oder auch das Oberversicherungsamt können niemand zwingen, in die Irrenanstalt zu gehen, und daher werden hierhin auch nur ausgesucht schwere Fälle gelangen. Aber es liegt auch im Wesen der traumatischen Neurosen, daß sie zur Übertreibung hinneigen. Denn in der Furcht, daß ihre Beschwerden bei den fehlenden objektiven Symptomen, wie sie sonst organischen Leiden eigen sind, als unbedeutend und irrelevant angesehen werden möchten, übertreiben die Traumatiker, um gewissermaßen nicht unterschätzt zu werden. A. Hoffmann hat zuerst darauf hingewiesen, „daß die Unfallgesetzgebung und ihre Handhabung geradezu traumatische Neurosen heranzüchte". Durch die Beachtung, die dem kleinsten Unfall geschenkt wird, durch die Aufnahme großer Protokolle, durch die widerstreitenden Ansichten der Ärzte und durch das Beispiel derer, die mit ihren Ansprüchen wider Erwarten durchgedrungen seien, würden die Kranken in einen Zustand psychischer Degeneration und Willensschwäche versetzt. Und Strümpell hat dann später das Schlagwort „Begehrungsvorstellungen" geschaffen, Vorstellungen, die sich in den Vordergrund des Interessenkreises des Kranken stellen und die Erlangung und Beibehaltung der Rente zum Gegenstand haben. Derartige psychologische Motive, die den Kranken beseelen und in seinem Handeln zum Ausdruck kommen, lassen es unmöglich erscheinen, aus den subjektiven Beschwerden und Darstellungen Simulation oder psychische Veränderung mit Sicherheit auseinanderzuhalten, vorausgesetzt, daß nicht anderweitige Tatsachen die Neurose bekräftigen können.

Was die Ätiologie anlangt, so kann der Unfall sehr verschiedener Art sein. Unfälle der leichtesten Art, die periphere Organe betreffen, können eine der traumatischen Neurosen im Gefolge haben, während dies bei schwerer Gehirnerschütterung nicht der Fall zu sein braucht. Die Zeit des Auftretens nach dem Unfalle kann sich auf Tage, Wochen und Monate erstrecken und wird

häufig ihren Ausgangspunkt von dem Augenblick an nehmen, wo es dem Kranken klar wird, daß eine weitere Besserung des verletzten Organteils oder seiner Beschwerden ausbleibt. Eine Hauptrolle spielt aber das psychische Moment, der Schreck, die Angst und sonstige Begleitumstände, die eine lebhafte Alteration des Seelenlebens im Gefolge haben. Eine Illustration hierzu bietet die Tatsache, die auch in der Literatur niedergelegt ist, daß Ärzte im Anschluß an Eisenbahnunfälle die schwersten operativen Eingriffe, selbst Amputationen, an den Verletzten ohne Narkose vornehmen konnten, und ohne daß diese das Schmerzhafte des Eingriffes empfanden. In solchen Fällen, wo äußere Verletzungen gänzlich fehlen, kann der Nervenchok allein hinreichen, selbst nur die ängstliche Erwartung eines gefährlichen Ereignisses, um zur Ausbildung einer Neurose zu führen.

Über die angeborene Disposition zu der Erkrankung sind die Ansichten geteilt. Sie dürfte aber doch eine erhebliche Rolle spielen. Darauf weist schon, wie Gaupp hervorhebt, der Umstand hin, daß die Schwere des Unfalls durchaus nicht immer im entsprechenden Verhältnis zur Schwere der Krankheit steht. Dies ist nur dann erklärlich, wenn man für gewisse Fälle zwar den Unfall als ursächliches Moment, für die große Mehrzahl aber den Unfall mit seinen Folgeerscheinungen und psychischen Emotionen, die sich im Verlauf des Heilverfahrens und nach Abschluß desselben einstellen, als auslösendes Moment für eine schon bestehende, aber latente Neurose ansieht. Wie viele Neurastheniker und Hysteriker gibt es, die einmal in der Behandlung des Arztes waren und in gebessertem Zustande ohne weitere ärztliche Hilfe durchkommen, und von denen es doch ohne weiteres sicher ist, daß irgendeine erhebliche seelische Erregung, und nun gar ein Unfall, den ganzen Symtomenkomplex der speziellen Neurose sofort hervorrufen muß. Hierfür sprechen auch die Zahlen der Unfallverletzten im Gegensatz zu denen, die an Neurosen erkranken.

Die verschwindend geringen Zahlen traumatischer Neurosen gegenüber der immensen Zahl der gemeldeten Unfälle weisen darauf hin, daß es doch besonders disponierte Personen sein müssen, die in der fraglichen Weise erkranken, wenn sie auch ihre hereditäre Belastung nicht immer gewissermaßen in der Tasche haben.

Auf der anderen Seite glaube ich aber in diesen Zahlendifferenzen den Beweis dafür sehen zu können, daß die heutige Auffassung, jegliche traumatische Neurose unter dem Gesichtspunkte der Rentenhysterie und der Begehrungsvorstellungen zu betrachten, einseitig über das Ziel hinausschießt. Ich verkenne nicht das große Verdienst, das sich Strümpell dadurch erworben hat, derartige Motive, die die Erlangung der Rente zum Ziele haben, in nachdrücklicher Weise hervorgehoben zu haben, und es ist ohne weiteres zuzugeben, daß sie bei dem heutigen Stande der Dinge bei der Entstehung der traumatischen Neurosen eine große Rolle spielen. Aber die ausschließliche Betonung der Begehrungsvorstellungen bei der Beurteilung dieser Krankheit führt schließlich leicht zur Verkennung oder doch ungenügenden Würdigung all der anderen Faktoren, die noch in Betracht kommen. Es darf nicht vergessen werden, daß die ersten Beobachtungen der englischen und amerikanischen Autoren, Charcots und in Deutschland Bernhardts, Oppenheims, Thomsens und Moelis, die uns das Wesen der Krankheit vermittelten, zum größten Teile an Traumatikern gemacht wurden zu einer Zeit, als die Unfallgesetzung noch nicht bestand und das Haftpflichtgesetz wenig angewandt wurde. Es erscheint mir nicht angängig, das Rentenmotiv

als Ursache für die Häufigkeit der traumatischen Neurosen anzusehen. Infolge der schwierigen wirtschaftlichen Verhältnisse, die ungelernte Arbeiter zu ungeeigneter Beschäftigung führen, der Steigerung der industriellen Tätigkeit und der durch die Entwicklung des Verkehrs vermehrten Gefahren ist vielmehr die Zahl der Unfälle vermehrt worden und hat naturgemäß eine Vermehrung der traumatischen Neurosen im Gefolge gehabt. Der Beitrag, den hierzu die Rentenversorgung geliefert hat, ist vielleicht nicht ganz gering, aber man darf das Kind nicht mit dem Bade ausschütten und der Unfallversicherung den Vorwurf machen, daß sie die traumatischen Neurosen gezüchtet habe.

Die traumatischen Neurosen charakterisieren sich durch gewisse organische Veränderungen, die der Unfall im Gefolge hat, und durch eine psychische Alteration, die teils durch den Unfall, teils durch die Unfallfolgen bedingt ist. Aus diesen Komponenten setzt sich die traumatische Neurose zusammen, ohne daß aber der Anteil dieser Komponenten in jedem Falle identisch ist.

Zu den organischen Veränderungen gehören gewisse Schädigungen der Nervensubstanz, wie sie nur nach Hirnerschütterung beobachtet werden. Die Neurosen, die sich danach entwickeln, zeigen das von Friedmann beschriebene besondere Gepräge und heben sich als Kommotionsneurosen von den übrigen traumatischen Neurosen ab. Der psychologische Faktor tritt bei ihnen in den Hintergrund oder mischt sich erst hinterher hinzu. Man kann diese Neurosen überhaupt aus dem Kreis der traumatischen Neurosen ausschalten, immerhin mögen sie hier wegen ihrer nahen Verwandtschaft zu ihnen berührt werden.

In zweiter Linie bedingt der Nervenchok eine Schädigung des Seelenlebens, von der es zweifelhaft sein mag, ob sie organischer Natur ist, von der es aber feststeht, daß sie nicht psychogener Natur und unabhängig von den durch die psychologischen Momente hineingetragenen Nebenerscheinungen ist.

Über die dem Nervenchok zugrunde liegenden Veränderungen sind wir nicht orientiert. Die frühere Auffassung, daß die traumatischen Neurosen durch kleine Blutungen in die Gehirn- und Rückenmarksubstanz verursacht seien, hat sich längst als unhaltbar herausgestellt. Ein materieller Grund muß aber doch für den Chok vorhanden sein, da gewisse Erscheinungen außerhalb des Bereichs des persönlichen Willens liegen. Je nach der Erregbarkeit des Individuums werden normale Menschen durch Schreck, Angst, Zorn oder dergleichen in eine von dem gewöhnlichen Zustande abweichende Geistesverfassung versetzt. Diese Veränderungen pflegen umso intensiver zu sein, je plötzlicher und unerwarteter das auslösende Ereignis eintritt. Die vernünftige Überlegung hört auf und macht einem Triebgedanken Platz, der elementarer Art zu sein pflegt und einen einzigen Inhalt hat, wie: Fortlaufen oder Vernichten oder Sichverbergen oder dergleichen. Auffallend hierbei ist die sichtbare Veränderung, die durch Erregung des Gefäßsystems veranlaßt wird, wie Blässe des Gesichts, Kongestionen nach dem Kopf, Herzklopfen und dergleichen. Die ganze Erscheinung repräsentiert sich als hochgradige Reizung zirkumskripter bestimmter Nervenbahnen bei absoluter oder relativer Lähmung aller übrigen. Der Effekt der Reizung muß von der ursprünglichen Reizbarkeit einerseits und von der Stärke des Reizes andererseits abhängen, und hieraus erklärt es sich, daß bei den verschiedensten Menschen ein Ereignis, das alle gleichartig betrifft, z. B. ein Eisenbahnunfall, entweder gar keine oder geringe oder stärkere oder gar die erheblichsten Veränderungen nach sich zieht.

Daß die Affekterregbarkeit nicht psychogen und unabhängig von dem Willen ist, also lediglich der Bauart des Nervensystems ihren Ursprung verdankt, geht daraus hervor, daß sowohl derartige Affektäußerungen als auch die vasomotorischen Störungen häufig gegen die Wünsche des Betreffenden in Erscheinung treten: man denke nur an die verschiedenen Formen des Errötens, das manchen Menschen überaus lästig werden kann. Bei Personen, die zu großer Affekterregbarkeit neigen, kann das auslösende Ereignis, z. B. Zorn, Wut, für einige Zeit (Sekunden) eine Bewußtseinsveränderung hervorrufen, die sich bis zu vorübergehender Bewußtlosigkeit steigern kann. Einen ähnlichen Einfluß haben Schmerzen intensiver Art, an die sich Bewußtseinsstörungen von etwas längerer Dauer (Minuten) anschließen können, z. B. bei Kreißenden (sogenannte Mania transitoria). Hierhin gehört auch die schon oben erwähnte Passivität verletzter Personen nach Eisenbahnunfällen.

Ein Unfall ist also stets geeignet, eine derartige Chokwirkung hervorzurufen. Daß diese bei an sich nervösen oder prädisponierten Menschen einen erheblichen Grad annehmen muß, ist wohl einleuchtend. Je länger die Schädlichkeit andauert und je intensiver sie ist, desto heftiger muß der Effekt sein; ich erinnere hier an die im Anschluß an Schreck beobachteten Todesfälle, für die die pathologisch-anatomische Untersuchung keine organische Veränderung nachzuweisen imstande ist. Bei Unfällen tritt als weiteres schädigendes Moment hinzu die durch Erzählungen, Tatbestandsberichte und dergleichen immer aufs neue wiederholte Erinnerung, das heißt das nochmalige Erleben des affekterschütternden Ereignisses, also eine Wiederholung des Choks, wenn auch in milder Form und mit verminderter Heftigkeit. Jede derartige Erinnerung bedingt eine erneute Schädigung des Nervensystems, besonders in der ersten Zeit kurz nach dem Unfall, ohne daß hierbei an Autosuggestion zu denken ist. Denn das nochmalige Durchleben des Ereignisses bringt an sich die Schädigung herbei, dem Willen unterliegt nur das beabsichtigte und oft mit einem gewissen wollüstigen Gefühl immer wieder herbeigeführte Durchleben. Es kommt somit zu einer Summation von Reizen, von Schädlichkeiten, die zu einer Dauerwirkung führen müssen und ihren Ausdruck in dem Auftreten der Neurose finden.

Über die Chokwirkung sind wir durch die Untersuchungen Stierlins besonders gut orientiert. Er hat die medizinischen Folgezustände nach Katastrophen wie dem großen Grubenunglück in Courrières, dem Erdbeben in Süditalien und Sizilien, dem Eisenbahnzusammenstoß bei Mülheim usw. studiert und interessante Zustandsbilder gefunden, die uns die Chokwirkung illustrieren. Nach diesen Katastrophen traten Geisteskrankheiten auf, die uns hier nicht weiter berühren, und Neurosen, bei denen das psychogene Moment überhaupt entweder nicht in Frage kam oder doch so im Hintergrunde stand, daß es auf die Ausbildung der Krankheit keinen ausschlaggebenden Einfluß hatte. Aus diesen Untersuchungen sei hervorgehoben, daß die Neurose stets nach einer gewissen Latenzzeit sich entwickelt, während anfangs eine normale, apathische oder euphorische Stimmungslage vorherrscht. Bemerkenswert ist, daß die Katastrophen gelegentlich bei normalen Menschen Störungen auslösen, die sonst nur Psychopathen eigen sind. So litten 25 % der in Süditalien Untersuchten noch 1—3 Monate nach dem Erdbeben an Schlafstörungen. Sie träumten viel und äußerst lebhaft von den Schreckereignissen, fuhren oft mit Schreckgefühl aus dem Schlafe auf und hatten zuweilen Herzbeklemmungen. Die meisten konnten schlecht einschlafen. Bei den übrigen Untersuchungen waren die Ergebnisse entsprechend. Von den durch die Katastrophe gleich-

mäßig Betroffenen erkrankte stets nur ein verhältnismäßig kleiner Teil an einer Neurose, ebenso wie an einer traumatischen Neurose auch nur ein kleiner Teil aller Unfallverletzten erkrankt. Innerhalb des ersten Monats nach einer Katastrophe konnte Stierlin nur selten eine Neurose beobachten, dagegen fanden sich bei einem Viertel bis einem Fünftel der Untersuchten hohe Pulsfrequenz, gesteigerte Patellarreflexe und Schlafstörungen, außerdem Schwindelgefühl, Schwitzen usw. Entschädigungsansprüche kamen bei den Untersuchten nicht in Frage. Der Untersuchungsbefund erhielt sich 2—3 Monate. Alsdann kamen Fälle typischer Neurosen zur Beobachtung, die sich aus den vorher genannten Störungen rekrutierten. Sehr charakteristisch ist die Bemerkung, daß es sich meist um solche Personen handelte, die aus Spitälern und Asylen entlassen waren und in Lebensverhältnisse kamen, die an Energie und Leistungskraft bedeutende Anforderungen stellten. „In dem Maße als sie versagten, fielen sie der Neurose anheim, die also gewissermaßen den Ausdruck ihres Unvermögens der Wirklichkeit gegenüber darstellte". Hinsichtlich der Form ist die Angstneurose eine für Katastrophen mehr oder minder typische Neurosenform. Im Zentrum dieses Krankheitsbildes steht der Erinnerungsaffekt an die Katastrophe.

Die traumatischen Neurosen lassen sich nicht ohne weiteres mit den Neurosen vergleichen, die nach Katastrophen beobachtet werden. Immerhin sind die hier beobachteten Neurosen auch traumatische Neurosen, sie unterscheiden sich von den im gewöhnlichen Leben üblichen nur dadurch, daß das Unfallereignis besonders furchtbarer Art war. Da die Chokreaktion auf einen Unfall aber lediglich durch die Persönlichkeit bedingt wird und labile Personen auf einen leichten Unfall bereits mit schweren Chokerscheinungen reagieren können, so schließt der Unterschied der Intensität der Unfälle den Vergleich auch nicht aus.

Das von Stierlin beobachtete Zustandsbild innerhalb des ersten Monats nach der Katastrophe ist vorwiegend durch eine „Alteration des Vasomotoriums" bedingt und stellt nach Bonhoeffer den einzigen bisher beobachteten psychogenen Symptomenkomplex dar, der keiner psychopathischen Anlage zu bedürfen scheint. Dieser Symptomenkomplex leitet zu den nunmehr zu besprechenden Veränderungen des Gefäßsystems nach Unfällen über.

Während es zum Zustandekommen der Chokwirkung nicht nötig ist, daß eine Erschütterung oder Verletzung des Körpers erfolgt, liegen die Verhältnisse nicht ganz so klar bei den Veränderungen, die das Gefäßsystem betreffen. Die Beobachtungen, die hier gemacht sind, beziehen sich auf Störungen des Herzens und solche des Arteriensystems. Die nervösen Herzstörungen äußern sich in den meisten Fällen in einer erheblichen Zunahme der Pulsfrequenz, während seltener der Puls unregelmäßig und aussetzend ist. Die erhöhte Pulszahl kann schon in der Ruhe bestehen oder erst nach unbedeutenden Bewegungen auftreten, die zu einer nicht im Verhältnis stehenden Steigerung der vorher normalen Pulshäufigkeit führen. Die Herzstörungen können nun allmählich langsam nachlassen und völlig mit der definitiven Entscheidung verschwinden, die die Ansprüche auf Rente festsetzt oder abweist, in anderen Fällen aber geht das Leiden in ein organisches über, und es entwickeln sich Erkrankungen des Herzmuskels mit Hypertrophie des linken Ventrikels, seltener Herzklappenfehler mit entsprechenden Geräuschen. Einschlägige Beobachtungen sind besonders von Oppenheim und Bruns gemacht worden, die beide hinsichtlich des Übergangs des nervösen in ein organisches Herzleiden der Ansicht hinneigen, daß ein erheblicher psychischer Chok vorausgegangen

sein müsse. In einer gewissen Beziehung steht ferner die Arteriosklerose zu den Unfallneurosen. Man erlebt es, wenn auch selten, daß eine bestehende Arteriosklerose im Anschluß an Unfälle erheblich zunimmt, oder daß eine Arterienverkalkung, die vorher nicht nachweisbar war, einige Zeit nach dem Unfall auftritt und schnell Fortschritte macht. Besonders sind arteriosklerotische Prozesse des Gehirns, speziell nach Kopfverletzungen, bemerkt worden, und man hat in ihrer Begleitung präsenile progressive Demenz eintreten sehen. Wieweit bei diesen Erkrankungen der Zirkulationsorgane der psychische Chok und die späteren nervösen Aufregungen allein ausreichen, um das Zustandekommen der Krankheitssymptome zu erklären, ist schwer zu sagen; es dürfte aber nicht unwahrscheinlich sein, daß zur Erzeugung organischer Veränderungen mechanische Veränderungen des Körpers durch den Unfall vorausgegangen sein müssen; hierfür spricht auch der Umstand, daß z. B. Arterienverkalkung vorzugsweise in den Körperorganen auftritt, die früher der Sitz einer Verletzung gewesen waren.

Die Chokwirkung einerseits und die mehr oder minder erhebliche, allerdings auch durch andere Umstände beeinflußbare Alteration des vasomotorischen Systems sind die Grundlagen aller traumatischen Neurosen; sie bewirken eine Reihe von Symptomen, die eintönig immer wiederkehren und die Gleichartigkeit des Krankheitsbildes bedingen. Den bunten Wechsel bringen andere Faktoren in dieses Einerlei hinein, Momente psychologischer Natur, die die Ursache sind, daß schließlich doch jede Krankheit wieder neue Eigenarten zeigt. Der Patient, auf dessen Seelenleben ein Unfall Eindruck gemacht hat, wird in der Folgezeit von einer Reihe von Gedanken und Vorstellungen verfolgt, die mit elementarer Gewalt sich ihm aufdrängen und bei einer vollentwickelten traumatischen Neurose stets deutlich nachweisbar sind. Gewöhnlich sind es zunächst ängstliche hypochondrische Vorstellungen, die sich des Verletzten bemächtigen und an den Unfall anknüpfen können. Er sieht, welch große Aufmerksamkeit plötzlich ihm und seinem Unfall geschenkt wird; da wird zunächst vom Arbeitgeber ein Protokoll aufgenommen, bei welcher Gelegenheit alle Einzelheiten des Ereignisses genau besprochen werden, auch polizeilicherseits finden Nachprüfungen statt. Die Aufmerksamkeit, die von den behördlichen Organen allen Schutzmaßnahmen zur Verhütung von Unglücksfällen in gewerblichen Betrieben geschenkt wird, muß in dem Gedankengang des einfachen Mannes den Eindruck erwecken, als ob ein Unfall etwas ganz Besonderes sei, etwas, was unter allen Umständen zu verhüten ist. Wie für jeden Menschen, der krank ist, die Krankheit im Mittelpunkte des Interesses steht, so für den Unfallkranken die Krankheit und ihre Beziehung zum Unfall. Mit ängstlicher Sorgfalt wird jedes Glied daraufhin untersucht, ob keinerlei Veränderungen, keinerlei Schmerzen vorhanden sind. Haben sich gar in der Umgebung Beispiele gefunden, wo Kameraden im Anschluß an scheinbar unbedeutende Verletzungen schwere Krankheit, Siechtum oder gar Tod erlitten haben, so wird der Unfallverletzte leicht in ein Gefühl ängstlicher Spannung und Erwartung hineinversetzt. Die allgemeine Volksauffassung schiebt ja heutzutage alles auf Unfälle, und auch in Laienkreisen ist leider zu wohl bekannt, daß bösartige Geschwülste, Tuberkulose, Zuckerkrankheit und dergleichen im Anschluß an Unfälle auftreten können. Wenn sich nun Beschwerden einstellen, die in einer äußeren Verletzung keine Erklärung finden, wie Schmerzen in gezerrten Gliedmaßen, Steifigkeit des Rückens usw., so ist der Boden vorhanden für die Auswüchse üppig wuchernder

Phantasie. Ein außerordentlich schädigendes Moment ist die Beschäftigungslosigkeit bei Verletzungen in der ersten Zeit nach dem Unfall. Aus Vorsicht wird ja auch bei unbedeutenden Verletzungen meist bis zur völligen Heilung die Arbeit eingestellt. In dieser Zeit weiß der Mann gar nicht, was er überhaupt anfangen soll; Ablenkung ist nicht vorhanden, er sinnt also und grübelt und denkt naturgemäß in erster Linie an den Unfall, an die etwaigen Folgen: vielleicht würde er brotlos, seine Familie ruiniert werden, denn die gesetzlichen Renten sind ja doch kein völliger Ersatz des früheren Arbeitsverdienstes. Und dieser Schaden, der ihm erwächst, rührt von dem Unfall her. Ist erst dieser Gedanke lebendig geworden, so folgt daraus das Bestreben, für den Schaden vollen Ersatz zu finden. Der Kranke will entschädigt sein, er will sich sichergestellt wissen, und zwar so weit als möglich. Ja, die meisten bilden sich ein, wie Strümpell meint, ein „Schmerzensgeld" verlangen zu können.

Diese Sucht nach Rente veranlasse dann den Arbeiter, sein Leiden im Sinne der Erlangung einer möglichst großen Entschädigung als möglichst schwer anzusehen; schließlich suggeriere er sich alle Symptome, die er zu haben wünsche. So komme es, daß dem Kranken schließlich gar nichts mehr daran liegt, geheilt oder gebessert zu werden, daß alle solche Versuche sogar auf einen widerwilligen, ja manchmal widerstrebenden Patienten stoßen; ja, daß der Kranke es schließlich sogar als ein Unrecht gegen sich oder als einen Versuch, ihn finanziell zu schädigen, ansieht, wenn man überhaupt Besserungsversuche bei ihm macht. Bruns meint in einem Gegensatz zu Strümpell, daß meist erst in einer späteren Periode, wenn der Kranke durch lange Entwöhnung von schwerer körperlicher Arbeit und nach vergeblichen Versuchen, sie wieder aufzunehmen, zu derselben überhaupt zu bequem geworden ist und die mühelos ihm zufallende Rente ihn vor eigentlicher Not schützt, die Begehrungsvorstellungen in aller Nacktheit in Kraft treten und ihn veranlassen, für sein „Recht" auf die Rente zu kämpfen. Ich glaube, daß mit dieser Ansicht die in letzter Zeit ganz besonders in den Vordergrund geschobenen Begehrungsvorstellungen für die Beurteilung auf das richtige Maß zurückgeführt sind und andererseits doch hinreichend gewürdigt werden.

Ein anderes psychisches Moment sind die mit dem Kampfe um die Rente verbundenen nervösen Aufregungen. Mit Mühe und Not ist es dem Arbeiter gelungen, einen Rentenbescheid zu erlangen, der seinen Beschwerden gerecht wird. Doch kaum ist er zur Ruhe gekommen, da wird schon wieder mit der Herabsetzung der Rente gedroht, er muß sich Nachuntersuchungen unterziehen, die Rente wird um einige Prozente gekürzt. Entweder gibt er des lieben Friedens halber nach, oder er muß sich von neuem in den Kampf begeben, an das Oberversicherungsamt und womöglich an das Reichsversicherungsamt appellieren; dazwischen neue Beobachtungen und Untersuchungen. Versucht er zu arbeiten, so wird darin eine wesentliche Veränderung, eine Besserung gesehen und die Rente gekürzt; arbeitet er nicht, so schickt man ihn in Anstalten zur Beobachtung und bringt ihn durch den darin ausgedrückten Argwohn aufs neue in Erregung und Erbitterung. Wenn er Rekurs einlegt, so dauert es wochen- und monatelang, bis er zu der definitiven Entscheidung gelangt. Inzwischen befindet er sich dauernd in seelischer Aufregung, ein Umstand, der nicht zur Genesung beitragen kann. Nach kurzer Zeit aber erfolgt weitere Herabsetzung der Rente, und der Kampf beginnt aufs neue. Diese fortdauernden und innerhalb kleiner Zeitintervalle stattfindenden Belästigungen stellen ein schwer gesundheitsgefährdendes Moment dar. Simulanten kann man dadurch nicht beikommen und die ehrlichen Kranken ver-

bittert man. Während sonst überall in der Medizin Ruhe für das erkrankte Organ gepredigt wird, wird durch die bisher übliche Gepflogenheit immer aufs neue das erkrankte Nervensystem beunruhigt.

Ein ganz besonders wichtiger Faktor ist eine gewisse psychische Hemmung, die über den Kranken kommt. Wenn jemand längere Zeit der Arbeit entwöhnt ist, fällt es ihm schwer sich wiedereinzuarbeiten. Der Unfallnervenkranke wird aber im allgemeinen nach anderen Erklärungen suchen und in dem Umstand, daß er die Arbeit, die ihm sonst so leicht von der Hand ging, nicht leisten kann, eine erheblichere Schädigung seines Körpers zu sehen geneigt sein, als er ursprünglich annahm. Dazu kommt noch, daß der Arbeiter im allgemeinen versuchen wird, diejenige Arbeit wiederaufzunehmen, mit der er früher beschäftigt war, der gelernte Arbeiter wird schon des höheren Verdienstes wegen nicht aus seiner Branche herausgehen. Beim Versuch, die Arbeit aufzunehmen, kommt er dann aber meist in dieselben Verhältnisse, in denen ihm seinerzeit der Unfall passierte. Die Erinnerung, das Wachwerden seiner damaligen Empfindungen werden in gewisser Weise ähnlich wie seinerzeit der Chok bei dem Unfall wiederauftreten und hemmend einwirken. Auf alle Fälle gehört eine große Selbstbeherrschung dazu, um an der alten Stelle wieder anfangen zu können. Denn es liegt in der menschlichen Natur, das Hindernis, das uns einmal zu Fall gebracht hat, künftighin zu meiden. Gelingt die Wiederaufnahme der Arbeit nicht, so tritt die Idee des Unvermögens in den Vordergrund. Es fehlt dem Kranken, wie Bruns sagt, die bei sozial Höherstehenden vorhandene zwingende Kraft. Damit steht für den Kranken die Unheilbarkeit seines Leidens fest, und alle Heilversuche sind nutzlos oder veranlassen den Kranken gar, sich ihnen entgegenzustellen.

Jedes dieser vier psychischen Momente kommt bei jedem Unfallkranken vor, und der Grad seiner Disposition für psychische Krankheiten bestimmt nun die weitere Ausbildung oder Nichtausbildung einer Neurose.

Bezüglich der Beurteilung, inwieweit die Versicherungsgesetzgebung an dem Zustandekommen dieser Neurosen schuld und wie dem abzuhelfen sei, sind meines Erachtens zwei Faktoren streng voneinander zu unterscheiden. Der erste ist die in einer großen Zahl der Fälle vorhandene und nicht abzuleugnende Beteiligung des gesamten Gefäßapparates. Ob das sympathische System bei Unfällen eine besondere Beschädigung erfährt, oder nur die gesteigerte Erregbarkeit des Herzens, die in der Ruhe schon vorhanden ist, auf andere Ursachen zurückzuführen ist, muß dahingestellt bleiben. Jedenfalls sieht man im Gefolge der Blutdruckerhöhung frühzeitiges Auftreten von Arterienverkalkung und die Entwicklung organischer Herzleiden. Für das Vorhandensein einer Stoffwechselstörung spricht auch das in immerhin 30% vorhandene Auftreten alimentärer Glykosurie. Bei derartigen Erscheinungen von psychogenen Symptomen sprechen zu wollen, erscheint mir als zu weitgehend, hier liegen greifbare Veränderungen vor, die in irgendeiner Schädigung der organischen Substanz ihren Ausgangspunkt haben müssen. Vielleicht ist auch die pathologische Ermüdbarkeit, die Intoleranz der Traumatiker gegen Alkohol und gegen Hitze hierher zu rechnen. Die Unfallgesetzgebung hat das Auftreten dieser Symptome sicher nicht verschuldet; sie sind eben früher nicht beobachtet worden, da erst durch die Gesetzgebung das klinische Interesse mehr als früher auf die Unfallfolgen hingelenkt ist. Andererseits darf aber auch nicht vergessen werden, daß die Zahl der Unfälle durch das stetige Wachsen der Industrie und das Steigen des Verkehrs erheblich zugenommen hat.

Der zweite Faktor ist das Autreten der vorher erwähnten psychologischen Momente, das nur zum Teil mit der Gesetzgebung in Zusammenhang zu bringen ist. Die Chokwirkung einerseits und das Grübeln über den Zustand andererseits kommen aber ebenfalls in demselben Maße bei Nichtversicherten vor. Hiergegen gibt es nur ein Heilmittel, Abkürzung des Heilverfahrens, damit der Verletzte möglichst wenig aus dem Alltagsgleis herausgeschoben wird. Nun ist ja die Berufsgenossenschaft erst nach 13 Wochen zur Übernahme des Heilverfahrens verpflichtet, vorher kümmert sie sich selten darum, hinterher überläßt sie es auch gewöhnlich der Ortskrankenkasse oder einer anderen Kasse, der der Geschädigte angehört. Das Interesse der Krankenkassen liegt nach einer anderen Richtung, und der Arzt der Krankenkasse tritt dem Verletzten als einem sicher und glaubhaft kranken und schwer geschädigten Manne gegenüber. Der Arzt hat naturgemäß das Bestreben, seinen Patienten durch Ruhe und Schonung über die schwere seelische Erregung hinwegzubringen. Für die überwiegende Mehrzahl der Verletzten ist das auch sicher angebracht, zum mindesten nicht schädlich, da der Prozentsatz der Unfallneurosen gegenüber der großen Zahl von Unfällen gering ist. Aus dieser Schonungsbehandlung kann daher dem behandelnden Arzte kein Vorwurf gemacht werden, umsoweniger, als der Verletzte infolge seiner akuten Erkrankung als krank im Sinne der Krankenversicherung anzusehen ist. Eine Besserung kann nur dadurch erzielt werden, daß die Berufsgenossenschaften sich um ihre Unfallverletzten kümmern und in geeigneten Fällen von Anfang an die Heilbehandlung selbst übernehmen, wozu sie zwar nicht verpflichtet, wohl aber berechtigt sind. Dann können sie ihr Interesse, das Heilverfahren abzukürzen und den Betreffenden möglichst bald an eine Tätigkeit zu gewöhnen, mit Leichtigkeit verfolgen. Derartige Maßnahmen werden z. B. jetzt schon bei der Eisenbahnverwaltung mit vorzüglichem Erfolge getroffen, wo Betriebsbeamte, die im äußeren Betriebe eine Schädigung erlitten haben, möglichst bald wieder in Dienst gestellt werden, aber in Schonungsdienst auf Bureaus oder dergleichen.

Auf dem II. Internationalen Unfallkongreß in Rom 1909 wurden die Unfallneurosen besonders eingehend erörtert, und Blind resumiert die einzelnen Mitteilungen damit, daß er sagt: „Internationale Erfahrung hat in unzweifelhafter Weise den Beweis erbracht, daß die Verzögerung des Rentenbewilligungsverfahrens in allererster Linie Unfallneurasthenie zu züchten geeignet ist". Lumbroso-Livorno konnte das für seine Landsleute feststellen, Egger-Basel und Schwarz-Riga haben entsprechende Beobachtungen gemacht, ebenso weisen unsere deutschen Forscher, ich nenne aus neuerer Zeit nur Hoche, Cramer, Thiem, auf die Wichtigkeit einer möglichst raschen Erledigung der Entschädigungsfrage hin. Blind hat selbst die Lage der bei uns wohnenden Ausländer behandelt, wenn sie von einem Unfall betroffen werden, und gezeigt, wie diese Leute durch die Verzögerung des Rentenfeststellungsverfahrens in die schlimmste Lage kommen, und wie ungünstige Einflüsse individueller und kollektiver Art auf die verletzten Ausländer einwirken. Aber „nicht nur den unfallverletzten Emigranten umklammern und erdrücken sie mit der brutalen Macht ihrer eisernen Arme, auch den einheimischen Arbeiter ziehen sie nur zu oft hinab in Elend und Siechtum: Not, finanzielle und materielle Schwierigkeiten, mangelhaftes Vertrauen in Gesetz und Recht, Ausnutzung seitens eigennütziger Personen, die aus der ungünstigen sozialen Lage ihrer Mitmenschen Kapital zu schlagen wissen, schlechte Beeinflussung seitens einer mehr oder minder ungebildeten und sozialen Bestrebungen wenig

zugänglichen Umgebung, Bearbeitung durch Vertreter „bestimmter sozialer Strömungen, welche Rechte fordern, ohne Pflichten in gleichem Maße anzuerkennen", das sind die Faktoren, welche die Segnungen der Unfallversicherung nur zu oft illusorisch machen" (Blind).

Von größter Bedeutung für die Verhütung der Unfallneurosen ist die Schaffung entsprechender Arbeitsgelegenheit. Diese muß derartig sein, daß sie von einem beschränkt Erwerbsfähigen unbeschadet seiner Gesundheit ausgeführt werden kann und anderseits das Interesse an der Arbeit dadurch hebt, daß dem Versicherten kein Nachteil gegenüber seiner Lage vor dem Unfall entsteht. Denn da bekanntlich der Versicherte $\frac{1}{3}$ des Schadens selbst zu tragen hat, so erhält er auch bei Vollrente nur $\frac{2}{3}$ seines früheren Arbeitsverdienstes.

Nun ist es heute für einen Mann, der um 40—50 % seiner Erwerbsfähigkeit beschränkt ist, überaus schwer, eine passende Beschäftigung zu finden. „Leichte Arbeit" ist nur schwer zu finden und von so vielen Seiten begehrt, daß der Wettbewerb überaus groß ist. Tatsächlich waren bisher die Halbinvaliden auf die Straße gesetzt. Den Berufsgenossenschaften war die Möglichkeit verschlossen, hier helfend einzugreifen. Die Unternehmer selber aber haben keine Neigung, Personen zu beschäftigen, die nicht voll erwerbsfähig sind. Diejenigen Betriebe, die auch invalide Personen beschäftigen, haben mit ihren eigenen Arbeitsinvaliden genug und stellen nicht noch fremde Halbinvaliden ein. Bisher hat man nur an 2 verschiedenen Stellen den Versuch gemacht, hier helfend einzugreifen. Bei der einen Stelle handelt es sich um einen Wohltätigkeitsverein, bei der andern um einen kommunalen Arbeitsnachweis.

Der Verein für Unfallverletzte in Berlin besteht seit dem Ende des vorigen Jahrhunderts. Er will von Unfällen betroffenen Personen und deren Familien Beistand leisten, insbesondere in Berlin und den Vororten. Hierzu werden im Vereinsbureau unentgeltlich Auskünfte über Rentenangelegenheiten und dgl. erteilt und Gesuche an Behörden aufgesetzt, Arbeitsgelegenheit wird vermittelt oder in der Vereinswerkstatt angeboten. Ausnahmsweise erfolgen auch Unterstützungen durch Geld oder Geldeswert. Der Verein besteht aus Einzelmitgliedern und Korporativen Mitgliedern (industriellen Werken), die zum Teil recht beträchtliche Beiträge zahlen. Von Selbstverwaltungskörpern gehört ihm merkwürdigerweise nur der Kreisausschuß des Kreises Teltow und keine der Berliner Stadtverwaltungen, auch keine Berufsgenossenschaft oder Versicherungsanstalt an. Aus der Tätigkeit ist bemerkenswert, daß auf rund 200 Stellensuchende etwa 10 angebotene Stellen kommen. Der Verein unterhält infolgedessen eine eigene Werkstatt, und zwar eine Bürstenmacherei, in der Unfallverletzte beschäftigt werden. In den ersten 10 Jahren seines Bestehens bis 1909 hatte der Verein rund 136 000 M. Löhne an Arbeitende ausgezahlt.

Die Stadtverwaltung Charlottenburg hat ferner seit einigen Jahren einen Versuch zur Beschäftigung beschränkt erwerbsfähiger Personen (nicht nur Unfallverletzter) gemacht. Die Personen werden bei der Parkverwaltung und bei der Verwaltung der Straßenreinigung beschäftigt. Die Überweisung erfolgt durch den städtischen Arbeitsnachweis in Verbindung mit der Armenverwaltung. Die Versuche sind dort bisher noch nicht abgeschlossen.

Durch die RVO. ist nunmehr auch die Beschaffung von Arbeitsgelegenheit für Unfallverletzte durch die Berufsgenossenschaften möglich (§ 843, Nr. 3). Es ist zu hoffen, daß die Berufsgenossenschaften hiervon in intensiver Weise

Gebrauch machen werden, und daß das Reichsversicherungsamt auf diesem Gebiete ebenso wie auf dem Gebiet der ersten Hilfe, der Unfallverhütung und des Heilverfahrens die nötige Anregung gibt.

Das dritte psychologische Moment, die Sucht nach der Rente, steht, wie früher betont, einseitig im Vordergrund der heutigen Betrachtungsweise. Entschieden kommt reine Rentensucht vor, die unabhängig von anderen Ursachen eine Rentenhysterie produziert. Nach Lissauer sind derartige Fälle ja auch bereits bei der Invaliditätsversicherung vorgekommen, wo ein Unfall nicht in Frage kommt. Aber so weit ist unser Volksempfinden denn doch nicht gesunken, daß jeder Arbeiter, der einen Unfall erlitten hat, diesen nun als melkende Kuh ansehen will. Vielmehr ist eher gerade bei den sogenannten Gebildeten, wie von anderer Seite mit Recht hervorgehoben ist, das Bestreben vorhanden, auf Grund des Haftpflichtgesetzes oder bei Privatversicherungen ungemessene Forderungen zu stellen. Man darf nicht vergessen, daß man bei den Traumatikern es meist mit degenerierten Individuen zu tun hat, und daß diese Individuen dem Ansturm so vieler seelischer Erregungen nicht die nötige Resistenz entgegenzusetzen haben und ihm zum Opfer fallen. In jeder Aggravation der vorhandenen Beschwerden nun aber gleich Simulation oder den Trieb der „Begehrungsvorstellungen" sehen zu wollen, geht entschieden zu weit. Es liegt eben im Wesen der traumatischen Neurosen, zu aggravieren oder gar umgekehrt, wie es bei Nichtversicherten vorkommt, vorhandene Beschwerden in Abrede zu stellen. Der Versicherte hat im allgemeinen nur das Bestreben, seine Klagen möglichst wahrscheinlich zu machen; wenn ihm dann allerdings das Gegenteil gelingt und ihm Mißtrauen entgegenschimmert, wird er verbissen und gerät in den Bann der Autosuggestion. Gerade solchen Desequilibrierten gegenüber die humane Seite des ärztlichen Berufes hervorzukehren, dürfte wohl durchaus angezeigt sein. Man hat es hier eben im allgemeinen wenigstens nicht mit Schwindlern und Betrügern zu tun, sondern mit Leuten, die mit den Mitteln und Kenntnissen, die ihnen zu Gebote stehen, ihr Interesse zu vertreten suchen.

Ein Umstand erscheint gerade im Interesse der Heilung solcher Kranken besonders gefährlich, das ist die Mitteilung der Gutachten an den Rentensucher. Durch die Kenntnis der Gutachten wird er auf das Fehlen solcher Symptome, die er sich noch zulegen muß, aufmerksam gemacht; er prüft sich nochmals genau und findet, daß er sie hat, wenn auch nur angedeutet, und suggeriert sie sich nun. Ferner wird ihm der Arzt, der ihm bis dahin Vertrauensperson erschien, ein Gegenstand des Argwohns, und demgemäß wird er nun therapeutischen Maßnahmen Mißtrauen entgegenbringen und passiven Widerstand entgegensetzen.

Auch diesem Umstande trägt die Praxis Rechnung. Die Berufsgenossenschaften sind zwar verpflichtet, den Rentenbescheid zu begründen (§ 1589); hierzu gehört auch, daß sie den wesentlichen Teil des ärztlichen Gutachtens mitteilen. Jedoch empfiehlt das Reichsversicherungsamt selber, solche Wendungen, die den Rentenbewerber verletzen können, in den für ihn bestimmten Abschriften fortzulassen (Handb. d. Unfallvers., I, S. 479). Für die Versicherungsbehörden gilt, daß der Vorsitzende entscheidet, wieweit ärztliche Zeugnisse und Gutachten mitzuteilen sind (§§ 1653 Abs. 2, 1679, 1701).

In neuerer Zeit wird von einigen Seiten besonders für die Kapitalabfindung der Neurotiker plädiert. Es wird dabei auf die glänzenden Erfolge hingewiesen, die man im Auslande damit erzielt hat. So stellte Nägeli bei 138 Fällen von traumatischer Neurose fest, daß nach Kapitalabfindung die

vorher geklagten Beschwerden rasch verschwanden und die Kranken, die eine Erwerbsunfähigkeit bis zu 80 % gehabt hatten, wieder vollkommen erwerbsfähig wurden. In Dänemark ist die Kapitalabfindung das gebräuchliche Verfahren. Nach Feststellung der Krankheit erfolgt eine vorläufige Abfindung. Nach Wimmer werden 52 % der Kranken dadurch wieder arbeitsfähig. Auf Grund einer Nachuntersuchung werden die Personen, die erwerbsunfähig geblieben sind, nochmals abgefunden. Dadurch wächst die Zahl der Erwerbsfähigen fast auf 94 %. Gerade die letzten Ziffern beweisen, daß die Kapitalabfindung kein Universalmittel ist, und eine Anzahl von Autoren haben Fälle beobachtet, die einer Kapitalabfindung nicht weichen. Die Kapitalabfindung wird einseitig aus dem Gesichtspunkt heraus empfohlen, daß alle traumatischen Neurosen letzten Endes nur Begehrungsvorstellungen ihr Dasein verdanken. Das ist aber nicht richtig. Manchmal hat man den Eindruck, als ob die Befürworter der Kapitalabfindung ein Mittel haben möchten, die für jedermann, für Arzt, für Versicherungsträger, für Behörden und auch für ihre Familie, unerträglichen Neurotiker loszuwerden. Durch die Kapitalabfindung verliert man sie allerdings wohl aus dem Gesichtskreis, aber ob damit den Kranken zu ihrem Rechte verholfen ist, dürfte wohl in den meisten Fällen zu bezweifeln sein. Ich und andere haben Fälle beobachtet, in denen die Abfindung keinen Erfolg hatte, die Abgefundenen aber nach Erschöpfung des kleinen Kapitals auf die Unterstützung der Armenbehörde angewiesen waren.

Von einer einmaligen Abfindung statt einer dauernden Rente kann ich mir gar nichts versprechen. Abgesehen von den Nachteilen, die es mit sich bringt, wenn einem wenig Kapitalkräftigen plötzlich ein größeres Kapital zufällt, mit dem er nicht umzugehen weiß, würde der eine jetzt bestehende Nachteil bleiben und ein neuer auftreten. Denn wie schon von anderer Seite erwähnt, würden die Erscheinungen, die man Rentenhysterie zu nennen pflegt einer Abfindungshysterie Platz machen, und damit wäre der Mißstand noch ärger. Zurzeit ist eine Kapitalabfindung bei Renten bis zu 20 % gestattet. Das ist hinreichend, um die kleinen Renten, die eine dauernde Belästigung zu schaffen vermögen, aus der Welt zu schaffen. Über diese Grenze hinauszugehen, würde auch in Zukunft nicht ratsam sein, da man zwar neue Verhältnisse schafft, ohne aber in der Sache selbst etwas zu ändern.

Die Behandlung der Unfallneurotiker erfolgt dann, wenn es sich um eine hochgradige Erwerbsunfähigkeit handelt, am besten in Heilanstalten. Sie mit der Vollrente oder gar Hilflosenrente sich selbst zu überlassen, ist eine Ungerechtigkeit gegenüber dem Kranken und gegenüber der Berufsgenossenschaft. Die Arbeit ist allseitig als Heilfaktor bei den traumatischen Neurosen anerkannt, jemand aber, der Vollrente bekommt, wird nie die Arbeit wiederaufzunehmen genötigt sein, er ist damit der Berufsgenossenschaft dauernd aufgebürdet. Rentenkürzungen sind derartige Leute auch meist unzugänglich. Sie müssen also in ihrem eigenen und im allgemeinen Interesse zur Arbeit veranlaßt werden. Derartige Kranke gehören dementsprechend in Unfallnervenkliniken oder Nervenheilanstalten, die auf die Beschäftigung ihrer Kranken eingerichtet sind. Unter solchen Verhältnissen fangen die Kranken, wenn es nicht alte Unfallhysteriker sind, an zu arbeiten und lernen dabei sich ihre Krankheit wegzuarbeiten. Selbstverständlich wird es auch unheilbare Fälle geben. Diese wird man dann ja bald zu eliminieren in der Lage sein. Der größte Teil der bis dahin erwerbsunfähigen Traumatiker wird in kürzester Frist zu einer erheblichen Besserung der Arbeitsfähigkeit gebracht werden. Es steht den Berufsgenossenschaften das Recht auf Unterbringung

der Kranken in einer Heilanstalt zu; allerdings gegen ihren Willen nur dann, wenn begründete Annahme vorhanden ist, daß bei Durchführung eines Heilverfahrens eine Erhöhung der Erwerbsfähigkeit eintreten wird. Die Grundlage hierfür muß also das Gutachten geben, das zum Ausdruck bringt, daß durch längere Behandlung und Heilverfahren in einer entsprechenden Anstalt die Gewähr für Erhöhung der Erwerbsfähigkeit gegeben ist und durch die Art der Erkrankung Anforderungen an die Behandlung gestellt werden, denen in der Familie nicht genügt werden kann.

Wenn es sich um Kranke handelt, bei denen nur mittlere Grade von Erwerbsunfähigkeit vorliegen, so ist es zweckentsprechend, die Verletzten nicht durch häufige Nachuntersuchungen und kleine Rentenkürzungen zu beunruhigen. Hier empfiehlt es sich, die Rentenkürzungen nur in Abständen von Jahren vorzunehmen und dann in großen Sprüngen herunterzugehen, wenn es sich herausstellt, daß inzwischen Gewöhnung an den Zustand eingetreten ist. Bei Renten von 20% dürfte allerdings die Kapitalabfindung zweckentsprechend sein.

Nach den Nachrichten, die über die traumatischen Neurosen in der Öffentlichkeit verbreitet sind, müßte man annehmen, daß es sich um eine Krankheit handelt, deren Häufigkeit zu energischen Gegenmaßregeln Veranlassung gibt. Tatsächlich sind diese Neurosen aber nichts weniger als häufig. Bei der Invalidenversicherung, wo sie auch beobachtet werden, machen sie höchstens 0,8 von 1000 aller Invaliditätsursachen aus, bei manchen Versicherungsanstalten werden sie aber noch viel seltener beobachtet. Diese Zahl gibt einen gewissen Maßstab für die Verbreitung der Krankheit, da die Invalidenrente bei dauernder Invalidität wohl auch meist beantragt wird. Obwohl dann die Invalidenrente gewöhnlich ruht, geschieht es doch, weil sonst die Anwartschaft verloren gehen könnte. Wir sind über die Verbreitung der traumatischen Neurosen fernerhin auch durch Untersuchungen von Biß unterrichtet. Biß kommt zu folgendem Ergebnis: „Es schrumpft also das aus 16—17 000 Unfällen gewonnene Material bei kritischer Betrachtung auf ½ Dutzend zusammen, ein Ergebnis, das Erstaunen erwecken muß, wenn man erwägt, welche Bedeutung das Krankheitsbild eine Zeitlang besessen hat und noch besitzt, und welche gewaltige Literatur über dasselbe entstanden ist. Es läßt sich dies nur so erklären, daß einerseits einzelnen als Autoritäten geltenden Spezialisten relativ oft Fälle überwiesen wurden, die nach ihrer Auffassung dem von Oppenheim entworfenen Krankheitsbild entsprachen, daß sie dadurch den Eindruck absoluter Häufigkeit des Leidens gewannen und dem in der Literatur Ausdruck gaben. Andererseits aber dürfte eine große Anzahl von nicht hierher gehörigen Fällen als traumatische Neurose bezeichnet werden, so besonders Folgeerscheinungen von Erschütterungen und Verletzungen des Zentralnervensystems. Demgegenüber muß auf Grund eines gewiß ausreichenden, jene Fälle ausscheidenden Materials die absolute Häufigkeit der funktionellen Erkrankungen nach Unfällen bestritten und der Satz aufgestellt werden: Die Wahrscheinlichkeit, daß der Durchschnittsarbeiter infolge oder im Gefolge eines Unfalls an einer Neurose erkranke, ist sehr gering. Daraus ergibt sich weiter, daß im allgemeinen weder die eine Verletzung begleitende Gemütsbewegung noch die durch sie hervorgerufene mechanische Erschütterung der Nervenelemente ausreicht, um das Nervensystem des Durchschnittsarbeiters dauernd oder auch nur für einen längeren Zeitraum zu erschüttern, auch dann nicht, wenn er familiär oder durch Alkoholmißbrauch oder durch Arteriosklerose belastet erscheint, denn mit diesen Momenten müssen wir in allen kontrollierten Fällen mehr oder weniger rechnen."

Literatur.

Biß, Beiträge aus der Praxis zur Frage der traumat. Neurose. Sachverst.-Ztg. 1904, S. 257.

Bruns, L., Die traumat. Neurosen. Unfallneurosen 1901, Bd. 12, T. 1; IV. Abteil. d. Spez. Path. u. Ther. v. Notnagel. Vgl. hier die vollständige Literaturübersicht bis 1900.

Engel, Hermann, Über Gutachten auf dem Gebiete der staatlichen Unfall- und Invalidenversicherung. Med. Klinik 1907, S. 647.

Erben, Über die geläufigste Form der traumatischen Neurose. Wien. Med. Wochenschr. 1904, Nr. 5.

Edinger, L., und Auerbach, S., Unfallnervenkrankheiten. Realenzyklopädie der gesamten Heilkunde, Wien 1900.

Huguenins(Zürich), Die Prognose der traumatischen Neurosen. Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte 1904, S. 623.

Knotz, Zur Frage der traumatischen Neurosen. Sachverst.-Ztg. 1902, S. 155.

Lissauer, Über Rentenneurasthenie und ihre Bedeutung für das Versicherungswesen. Sachverst.-Ztg. 1907, XIII. Jahrg., S. 369.

Löwenthal, Über Unfallneurose, sogenannte traumatische Neurosen. Sachverst.-Ztg. 1905, S. 364.

Meyer, E., Hysterie und Invalidität. Deutsche Med. Wochenschr. 1907, S. 209.

Mugdan, Die Mitwirkung der Krankenversicherung auf dem Gebiete der öffentlichen Gesundheitspflege. 32. Vers. des Deutschen Vereins für öffentl. Gesundheitspflege, Bremen 1907.

Oppenheim, Lehrbuch der Nervenkrankheiten, 1905.

Schmidt-Rimpler, Bemerkungen zur ärztlichen Begutachtung des Einflusses der Sehschärfeverringerung auf die Erwerbsfähigkeit. Deutsche Med. Wochenschr. 1906. S. 1908.

Stempel, Epilepsie und Hysterie vom Standpunkt der Invalidenversicherung. Sachverst. Zeitung 1903, Nr. 17.

32. Wanderversammlung der Südwestdeutschen Neurologen u. Irrenärzte. Referat: Hoche, Über die klinischen Folgen der Unfallgesetzgebung.

Weiler, Untersuchung mit dem Arbeitsschreiber bei Unfallkranken. Vortrag auf der Jahresvers. des Deutsch. Vereins für Psychiatrie in Frankfurt a. M. 1907.

Windscheid, Innere Erkrankungen mit besonderer Berücksichtigung der Unfallnervenkrankheiten. Handbuch der sozialen Medizin, Jena 1906.

— Über den Begriff und die Möglichkeit des Nachweises der „wesentlichen Veränderung" bei Unfallhysterikern. Sachverst.-Ztg. 1904, Nr. 24.

Wolff, Das Prinzip der Gewöhnung nach Unfallverletzungen. Sachverst.-Ztg. 1907, S. 485.

Hillenberg. Zur Begutachtung von Unfallverletzten. Ärztl. Sachverst. Ztg. 1907, Nr. 14.

Jamin, Hysterie bei Unfallkranken. Ref. Ärztl. Sachverst.-Ztg. 1909, S. 399.

Müller, Franz C., Über die traumatische Neurose. Zeitschr. für Versicherungswissenschaft 1907, S. 203.

Sachs, Die Unfallneurose, ihre Entstehung, Beurteilung und Verhütung. Breslau 1909.

Schlesinger, Zur kritischen Symptomatologie der Unfallneurosen. Deutsche Med. Wochenschr. 1909, Nr. 19.

Steyerthal, Die Rentenhysterie. Zeitschr. f. Versicherungsmedizin 1909, Nr. 9.

Wimmer, Den traumatiske Neurose. Ref. Zentralbl. f. Nervenheilkunde u. Psychiatrie 1907, Nr. 1.

Ewald. Die traumatischen Neurosen und die Unfallgesetzgebung. Beihefte z. Med. Klinik 1908, Nr. 12.

Friedmann, Über die materielle Grundlage und die Prognose der Unfallneurose nach Gehirnerschütterugnen (Kommotionsneurose). Deutsche Med. Wochenschr. 1910, S. 698.

Leers, Die Beziehungen der traumatischen Neurose zur Arteriosklerose. Ref. Ärztl. Sachverst.-Ztg. 1907, S. 261.

Hoffmann und Rumpf, Referate „über Gefäßerkrankung und Unfall" auf dem III. Intern. Med. Unfall-Kongreß in Düsseldorf 1912.

Blind, Internationale Erfahrungen in der Arbeiterfürsorge und deutsche Reichsversicherungsordnung. Ärztl. Sachverst.-Ztg. 1910 S. 65.

Nägeli, Nachuntersuchungen bei traumatischen Neurosen Korrespondenzbl. für Schweizer Ärzte 1910, Nr. 2, 3.

Wimmer, Die Prognose der traumatischen Neurose und ihre Beeinflussung durch Kapitalabfindung. Gaupps Zentralbl. 1910, Nr. 4.
Biß, Was lehren die Akten der Berufsgenossenschaften über die Häufigkeit und die Ursachen funktioneller Nervenkrankheiten nach Unfällen? Ärztl. Sachverst.-Ztg. 1910, S. 450.
Jakoby, Zur Verhütung der Entstehung der Unfallneurosen. Vierteljahrsschr. f. ger. Medizin. 3. Folge, Bd. XL, H. 2; Jahrg. 1910, H. 4.
Stierlin, Über die medizinischen Folgezustände der Katastrophen von Courrières, Hamm (Radbod), Valparaiso und Süditalien. Berlin 1909. (Literatur.)
— Nervöse und psychische Störungen nach Katastrophen. Deutsche Med. Wochenschr. 1911, S. 2028.
Thiem, Handbuch der Unfallerkrankungen Bd. II, Teil I. Stuttgart 1910.

Fünfter Abschnitt.

Der Arzt und die soziale Versicherung.

Fünfzehntes Kapitel.

Die Arztfrage.

Die Entwicklung der inneren Politik in den letzten Jahrzehnten ist durch soziale Momente erheblich beeinflußt worden. Es sind Gesetze geschaffen worden, die den Schutz bestimmter Personenkreise gegen Ausbeutung, gegen die wirtschaftliche Lage und gegen Krankheit und Not bezweckten. Diese Politik ist außerordentlich fruchtbar gewesen und hat den Personenkreisen, für die sie bestimmt war, auch in Wirklichkeit genützt. Aber diese Politik hat sich in einseitiger Weise mit bestimmten Personenkreisen beschäftigt, mit den Arbeitern im allgemeinen und in besonderen Berufen, mit den Handwerkern, mit den Angestellten. Auch die Notlage der Landwirtschaft ist erkannt worden und hat zu einer besonderen Gestaltung der Politik geführt. Demgegenüber hat man die gebildeten Stände vernachlässigt und es ruhig mit angesehen, wie die Zeit über ihr Schicksal hinwegschritt. So ist es gekommen, daß heute geradezu eine Notlage der gebildeten Stände besteht, die alle mehr oder minder in gleicher Weise betrifft. Alle Kopfarbeiter, die studiert haben, können mit einem Alter von 32 Jahren nur ausnahmsweise an die Heirat denken. Gelegentlich werden die Aussichten in einem Berufe so schlecht, daß der Andrang aufhört und nach einigen Jahrzehnten ein Bedürfnis sich zeigt, das für kurze Zeit eine Besserung bedingt. Dann erfolgt aber ein massenhafter Ansturm gerade auf diesen Beruf, und hinterher ist es umso schlimmer. Wir haben derartige günstigere Perioden bei den Oberförstern, den Oberlehrern, den Theologen erlebt oder sind zum Teil in einer solchen günstigen Periode, aber im allgemeinen sind sonst die Aussichten in allen Berufen gleich schlimm. Jeder Abiturient geht heute einer ungewissen Zukunft entgegen, die ihn für Jahrzehnte noch vom Vaterhause in Abhängigkeit hält. Das ist aber nicht nur in den studierenden Berufen so, sondern ebenfalls in anderen höheren Berufen, beim Militär, beim Bankfach usw. Die Notlage des Ärztestandes, die zur Organisierung führte, ist somit nicht eine besondere Einzelerscheinung, sondern eine Teilerscheinung jener großen wirtschaftlichen Misere, in die alle Kopfarbeiter überhaupt hineingezogen sind. Das Besondere an der Lage der Ärzte ist allerdings das, daß dieser Stand sich zuerst gewerkschaftlich organisierte, und daß seine Notlage besonders dadurch verschlimmert wurde, daß der Staat die soziale Versicherung zum Teil auf seine Kosten schuf. Auf die gewerkschaftliche Organisation der Ärzte gehe ich später ein und will zunächst die Lage der Ärzte behandeln, wie sie durch die natürlichen Umstände und durch die soziale Gesetzgebung bedingt ist.

Noch anfangs des vorigen Jahrhunderts, bis in das zweite Drittel hinein gehörte der Ärztestand zu den angesehensten Berufen. Da der Andrang zu den gelehrten Berufen überhaupt nicht so allgemein war wie heutzutage, so konnte man auch bei den Ärzten weniger von einem Überfluß als eher von einem Mangel reden. Das Publikum selber war nicht gewöhnt, den Arzt bei jeder Kleinigkeit zu Rate zu ziehen, sondern nur bei ernsten Anlässen. Dabei war das Verhältnis des Arztes zu seinem Kranken kein privatrechtliches, sondern die ärztliche Hilfe wurde vielmehr aus allgemeinen humanen Rücksichten gewährt. Infolgedessen stand auch die Bezahlung im Hintergrund, Honorar wurde zwar gezahlt, aber in der Regel nicht gefordert. Der Arzt schrieb damals keine Rechnungen, der Kranke zahlte freiwillig so viel, als ihm die ärztliche Hilfe wert erschien. Und diese Wertschätzung war nicht gering, da die Besonderheit und Seltenheit der ärztlichen Hilfe nach dieser Richtung von Einfluß waren. In der ärztlichen Praxis galt die Erfahrung am höchsten, infolgedessen waren die ältesten Ärzte auch die begehrtesten; für den jungen Arzt war es schwer, Praxis zu bekommen, er mußte damit rechnen, jahrelang auf ausreichende Beschäftigung zu warten. Zwischen dem Hausarzt und der Familie bestanden jahre-, oft jahrzehntelange Beziehungen, nicht nur der ärztliche Rat war geschätzt, sondern der Arzt war auch gleichzeitig Berater der Familie in allen anderen Familienangelegenheiten, er wurde bei geschäftlichen Unternehmungen ebenso oft gefragt, wie bei der Berufswahl des Haussohnes und bei anderen Gelegenheiten. Diese Zeiten sind längst geschwunden. Vor einigen Jahrzehnten kannte man allerdings noch Hausärzte, einige der älteren Ärzte haben damals auch noch keine Rechnungen geschrieben, aber im ganzen ist die Stellung des Arztes eine ganz andere geworden. Wenn eine Familie überhaupt heute noch einen Hausarzt hat, so wird er fast nur noch gefragt, welches Bad oder welchen Spezialarzt er im betreffenden Falle empfehlen könne. Die meisten Personen haben aber gar keinen bestimmten Arzt, an den sie sich im Erkrankungsfall wenden, sondern lassen es dabei oft auf den Zufall ankommen. Zum Teil ist hieran die moderne Freizügigkeit schuld, die beinahe keinen Menschen mehr an dem Orte sterben läßt, an dem er geboren ist. Ein Beamter, der durch häufige Versetzungen bald hierin, bald dorthin kommt, hat in den kurzen Zeiten, während deren er sich an einem Platze aufhält, natürlich kaum Gelegenheit, sich einen Arzt des Vertrauens zu suchen. Ähnlich geht es aber heute auch bei anderen Personen, die nicht Beamte sind. Die Seßhaftigkeit ist im allgemeinen nur noch gering. Hand in Hand damit geht die verringerte Wertschätzung des Arztes, für die allerdings noch viele Momente in Betracht kommen. An Stelle der persönlichen Hochachtung vor der Erfahrung des Arztes tritt das Gefühl, daß es sich doch nur um eine bezahlte Leistung handelt. Heute ist auch kein Mangel an Ärzten; ist der eine nicht zu bekommen, so holt man eben einen anderen. Daran ist weniger die Vermehrung der Ärzte schuld als die Tatsache, daß die Erfahrung nicht mehr die besondere Güte des Arztes bedingt, sondern die Art seiner Ausbildung.

Der Aufschwung der Naturwissenschaften im allgemeinen und die Entwicklung der Medizin haben es mit sich gebracht, daß heute in rein mechanischer Weise vorgegangen werden kann, wo früher nur praktische Erfahrung vorwärts brachte. Heute wird der Typhus meist eher diagnostiziert wie früher, aber nicht deswegen, weil der Arzt soviel mehr weiß, sondern weil die bakteriologische Untersuchung, die er übrigens nicht selber auszuführen braucht, die Diagnose schon in der ersten und zweiten Krankheitswoche ermöglicht und die Serumreaktion und die Stuhlganguntersuchung in späterer Zeit weiterhelfen. Der Arzt,

der einen Röntgenapparat hat, ist imstande, bei genügender Übung, die aber in wenigen Monaten erreicht werden kann, krankhafte Prozesse der Lunge zu erkennen, die physikalisch nicht festgestellt werden können. Früher ging der junge Arzt nach Berlin, Wien und Paris, um an den großen Kliniken Krankheitsfälle zu studieren. Der Andrang zu den Assistentenstellen der Universitätskliniken war so groß, daß die Zahl der Bewerber weit die Zahl der Stellen übertraf und man froh war, wenn man nach 2- oder 3 jähriger Wartezeit Aussicht hatte, Assistent eines bekannten Klinikers zu werden. Heute hat es niemand mehr nötig, nach Paris oder Wien zu gehen, um seine Wissenschaft zu erweitern. Auch an den kleinen Universitäten hat man ein klinisches Material, wie es früher nur der Vorzug ganz großer Anstalten war. Ja, auch in den Krankenhäusern der großen Städte kann der junge Arzt als Assistent eine solche Fülle des Materials kennen lernen, daß er nicht nötig hat, auf die noch dazu schlecht bezahlte Assistentenstelle einer Universitätsklinik zu warten. Mit Hilfe der chemischen Wage, des Mikroskops, des Röntgenapparats, physikalischer Instrumente wie des Polarisationsapparates usw. ist der junge Arzt imstande, Diagnosen zu stellen, für die man ehemals ein Leben der Erfahrung gebraucht hatte. Denn früher drängten die Patienten nicht in die Krankenhäuser, und die Einzelbeobachtung mußte ersetzen, was heute sich ohne weiteres im Massenbetrieb des Krankenhauses aufdrängt.

Auch die Therapie hat eine solche Wandlung durchgemacht. Der alte Arzt verordnete Medikamente, die er wie ein Künstler aus einer Anzahl von Heilstoffen zusammensetzte. Dazu gehörte eine vielseitige Kenntnis, die den Modernen verloren gegangen ist. Auch heute noch sind solche alten bewährten Rezepte bekannt und im Gebrauch, da sie oft nicht zu ersetzen sind. Im allgemeinen hat sich aber die Rezeptur geändert. Man setzt nicht mehr Arzneien aus einer Anzahl von Drogen zusammen, sondern verschreibt das chemische Präparat, das den wirksamen Stoff in reiner Konzentration enthält. Ich gehe darauf in dem Kapitel über Arzneiverordnung ein und möchte nur bemerken, daß die Änderung nicht allein auf das Apothekenwesen, sondern auch auf die Ärzteschaft Einfluß gehabt hat. Während früher die Ordination des Arztes etwas Kompliziertes, beinahe Mystisches war, ist sie jetzt eine einfache Sache, die sich noch einfacher ansieht, als sie in Wirklichkeit ist. Dazu werfen die chemischen Fabriken eine Unzahl von fertigen Präparaten als Patentmedizinen auf den Markt, die ohne weiteres zu kaufen sind. Hat der Arzt einmal eine solche Patentmedizin für den Kranken verordnet, so sieht er ihn gewöhnlich nicht wieder. Denn der Kranke sagt sich, um diese Medizin zu bekommen, brauche ich mich nicht erst wieder an den Arzt zu wenden. Auch die Kurpfuscherei und das Anbieten von Heilmitteln in Apotheken und Drogengeschäften, das leider allzusehr im Schwange ist, macht den Arzt nicht nur entbehrlich, sondern setzt ihn auch in den Augen der Kranken herab. Denn diese meinen, das müsse doch ein einfaches Geschäft sein, etwas zu verordnen, wenn der Apotheker und die anderen Personen das auch können. Die moderne Reklame hat außerdem einen allgemeinen Einfluß auf die Anschauung breiter Volksmassen gewonnen, dem sich auch die Medizin nicht hat entziehen können. Das Publikum ist durch die Reklame noch kritikloser geworden, als es schon an sich war. Auch in der Medizin läuft es dem nach, was durch Reklame auffällt. Nun darf der Arzt keine direkte Reklame machen, ohne sich gegen die Standesgesetze zu vergehen. Aber indirekte Einwirkungen dieser Art auf das Publikum bestehen doch. Glücklich der Anfänger, dem eine „Wunderkur" geglückt ist! Dankbare Patienten verkünden seinen Ruhm in allen Zungen

und verschaffen ihm einen Zulauf, der oft höchst merkwürdig ist. Noch ausgeprägter ist der Einfluß dieses Moments bei Kurpfuschern, die auch selber für ihre Reklame etwas zu tun vermögen. Auch das Aushängeschild wirkt auf das Publikum. Wenn sich einer Spezialarzt nennt, muß er nach der landläufigen Ansicht mehr verstehen als der praktische Arzt; ebenso lockt der Arzt für physikalisch-diätetische Heilmethoden durch sein Schild die Kranken an. Ähnlich wirkt die Tätigkeit in Vereinen, Versammlungen usw. Je öfter der Name genannt wird, umsomehr prägt er sich dem Gedächtnis ein und drängt sich ihm im Bedarfsfall auf. Außerdem hat das Publikum, nachdem es die Gewohnheit der Hausärzte aufgegeben hat, sich in eigentümlicher Weise gewissermaßen auf das Gegenteil verlegt. Man kann nicht selten beobachten, daß eine gewisse Neuerungssucht besteht. Im Gegensatz zu früher wird gerade der jüngste Arzt konsultiert. Dabei ist der Grundgedanke wirksam, daß der junge Arzt die neuesten Heilmethoden von der Universität mit sich bringt, deren autodidaktische Aneignung man dem älteren Arzt anscheinend nicht zutraut. So kommt es, daß heute gewöhnlich die Praxis des Arztes kurz nach der Niederlassung sich schnell vergrößert, um dann allmählich und dauernd abzunehmen, bis der alte Arzt nur noch über eine kleine Klientel verfügt. Merkwürdigerweise überträgt das Publikum, wie ich erlebt habe, seine Neuerungssucht aber auch auf ältere Ärzte. Denn wenn diese aus Mangel an Praxis sich anderswo niederlassen, kommen auch sie häufig in Mode, bis sie wieder dem Gesetz der Neuerungssucht zum Opfer fallen. Nicht zum geringsten ist die ungeheure Vermehrung des Spezialistentums ebenfalls für die veränderte Stellung des Arztes verantwortlich zu machen. In der Zeit, als es noch wenig Spezialärzte gab, war deren Hilfe sehr begehrt und hoch bezahlt. Das hatte zur Folge, daß die Ärzte sich massenhaft dazu drängten, sich spezialistisch auszubilden. Dadurch wurde die Stellung des Allgemeinarztes erschüttert, ohne daß die Spezialärzte infolge ihrer ungeheuren Zunahme den erwarteten Nutzen hatten. Aber auch die Zahl der Ärzte überhaupt hat erheblich zugenommen und eine Konkurrenz geschaffen, die für das Ansehen und die Wertung des ärztlichen Standes verderblich geworden ist.

Nachdem ich die Momente berührt habe, die infolge der allgemeinen Entwicklung auf die Lage des Ärztestandes eingewirkt haben, möchte ich auf den Einfluß eingehen, den der Staat auf diese Änderung gehabt hat. Leo, ein gewiß unbefangener Beobachter, schreibt:

„Zwei Faktoren haben hauptsächlich mitgewirkt, eine solche Umgestaltung herbeizuführen, und zwar sind es beide Male gesetzgeberische Aktionen. Erstens die Gewerbeordnung des Reichs bzw. Norddeutschen Bundes, welche die Ärzte unter die Bestimmungen der Gewerbeordnung brachte und sie auf die freie wirtschaftliche Konkurrenz verwies. Zweitens das Krankenversicherungsgesetz, das zu seiner Ausführung des Arztes in erheblichem Umfange bedurfte, ohne daß gleichzeitig die wirtschaftliche Stellung des Arztes im Rahmen der Organisation des Krankenversicherungsgesetzes eine Regelung erfuhr. Die Wirkungen des Krankenversicherungsgesetzes auf den ärztlichen Stand waren nicht einheitlich. Einmal hob sich die ärztliche Behandlung großer Kreise der Bevölkerung, die früher überhaupt nicht zur ärztlichen Behandlung gelangten. Der Umfang der ärztlichen Tätigkeit hob sich bedeutend. Aber diese Wirkung kam nicht dem ganzen Stand der Ärzte zugute, sondern einigen wenigen, denen es gelang, den begehrten Posten eines Kassenarztes zu erhalten. Diese Verhältnisse tragen nach der Auffassung der großen Mehrheit der Ärzte den Keim der Ungesundheit in

gewisser Hinsicht in sich. Die angestellten Kassenärzte waren von den Kassen in hohem Maße abhängig, da sie jederzeit befürchten mußten, bei einem Konflikt ihre Stellung zu verlieren. Auch die Gefahr des Nepotismus oder der Berücksichtigung der politischen Stellung bei der Auswahl der Ärzte liegt unter solchen Umständen nahe. Anderseits war die große Mehrheit der Ärzte von dem Kassenverhältnis ausgeschlossen, und daraus resultierte für sie mehr noch als vorher eine wirtschaftliche Notlage, die verursacht wurde durch eine große Überfüllung des Berufs, durch Ausdehnung des Kurpfuschertums und eine Reihe anderer Faktoren. Die Abhängigkeit wurde noch größer, als die Kassen sich zu zentralisieren begannen . . ."

Tatsächlich hat das Krankenversicherungsgesetz viel mehr zum Ruine des Ärzestandes beigetragen als irgendeiner der anderen erwähnten Faktoren. Denn gegen andere Einflüsse konnte man sich wehren, der Gesetzgebung und den von ihr geschaffenen Kassen gegenüber war man machtlos. Schon oben ist kurz skizziert, in welcher Weise der Einfluß der Kassen auf die Entwicklung des ärztlichen Standes sich bemerkbar machte. Es war bisher ungewöhnlich gewesen, daß der Arzt in ein Dienst- und Anstellungsverhältnis trat. Auch die beamteten Ärzte, die Physici, waren hauptsächlich praktizierende Ärzte, die nebenher amtliche Geschäfte wahrnahmen. Die Übernahme der Armenpraxis geschah der Beschäftigung zuliebe und wurde aus humanitären Rücksichten, nicht der Arbeit entsprechend, sondern nur pro forma bezahlt. Auch die wenigen Kassen, die ehemals bestanden (vgl. Kapitel über die Träger der Krankenversicherung), wurden als Vereinigungen angesehen, die unterstützungsbedürftig waren und ihre Mitglieder im Krankheitsfalle vor öffentlicher Unterstützung bewahren wollten. Man erblickte darin eine Art erweiterter Armenpflege. So sah z. B. der Gesundheitspflegeverein der deutschen Arbeiterverbrüderung in Berlin im Jahre 1848 einen Monatsbeitrag von 15 Pf. vor; natürlich konnte dabei von einer entsprechenden Bezahlung der ärztlichen Hilfe nicht die Rede sein. „Um an dem Geldpunkte die Verwirklichung der Idee nicht scheitern zu lassen, haben die Ärzte die Richtigkeit der Rechnung mit der Möglichkeit, vorläufig ohne einen ihrer Arbeit entsprechenden Lohn zu bleiben, verbürgt." Auch später stand man in ärztlichen Kreisen solchen Gründungen nicht etwa ablehnend gegenüber, da der humane Charakter des ärztlichen Berufes an die Hervorkehrung der finanziellen Seite nicht gewöhnt war. Diese vornehme Zurückhaltung hat sich später bitter gerächt, da man es für selbstverständlich ansah, daß der Arzt sich an allen wohltätigen Bestrebungen in Ausübung seines Berufes beteiligte, ohne daß überhaupt von einem Entgelt dafür die Rede war. So sind die Ärzte zur ärztlichen Tätigkeit bei Ferienkolonien, beim Rettungsdienst, bei Ausbildung von Samaritern, bei Wohltätigkeitsvereinen aller Art herangezogen worden. Immer mußte die „humane" Berufstätigkeit des Arztes dazu herhalten, daß er im Interesse der Wohltätigkeit oder im nationalen Interesse zur unentgeltlichen Ausübung seines Berufes herangezogen wurde. Auch als die Krankenversicherung in Kraft trat, rechnete man allgemein damit, daß die Ärzte die von ihnen verlangte Arbeit nicht gegen entsprechende Bezahlung, sondern zu reduzierten Preisen liefern würden. Seitens der Ärzte wurde zunächst auch kein Widerspruch erhoben, da man hier ja den Umfang der neuen Versicherung noch nicht übersehen konnte. Im Anfang der sozialen Versicherung wurde auch allgemein der Standpunkt eingenommen, daß es sich nur um eine Versicherung der bedürftigen Elemente handele, die für sich selber nicht zu sorgen imstande seien. Dieser Grundsatz erhielt

sich in der allgemeinen Überzeugung, als die soziale Versicherung längst über den Kreis der hilfsbedürftigen Personen hinausgegangen war. So kommt es, daß die staatlichen Gebührenordnungen die Mindestsätze dann anordnen, wenn es sich um Leistungen von Armenverbänden oder von einer Knappschafts- oder einer Arbeiterkrankenkasse handelt. Tatsächlich hat aber die Krankenversicherung vom ersten Tage ihres Bestehens niemals diese Mindestsätze gezahlt, sondern ist noch weit darunter geblieben. Hatte es sich früher hierbei um den freien Willen der Ärzte gehandelt, so wurde die schlechte Bezahlung späterhin ein Gewohnheitsrecht. Jeder Anspruch der Ärzte auf Erhöhung des Kassenarzthonorars wurde mit dem Hinweis auf die sauer verdienten Arbeitergroschen zurückgewiesen. Keinem andern Stande hat man zugemutet, was man den Ärzten zumutete, die persönliche Leistung deshalb billiger herzugeben, weil es sich um eine Arbeiterversicherung handelt. Jeder Lieferant der Krankenkasse, jeder Angestellte der Kasse, jeder Beamte einer Landesversicherungsanstalt würde es nicht verstehen, wenn man ihm zumutete, daß er seine Arbeit zu einem geringeren Preise hergeben müsse als sonst üblich, da es sich um Arbeiterinteressen handele. Auch die Vertreter der Versicherten und der Arbeitgeber erhalten durchaus solche Entschädigungen, wie sie im bürgerlichen Leben oder im Gerichtsverfahren üblich sind. Bei den Ärzten fand man es selbstverständlich, daß sie im Interesse der allgemeinen Wohlfahrtspflege sich selber aufopferten und auf entsprechende Bezahlung verzichteten. Erst in neuerer Zeit läßt der Widerstand der Kassen gegen eine entsprechende Bezahlung der Ärzte nach, obwohl auch jetzt noch behauptet wird, die Krankenversicherung werde ruiniert, wenn sie die Leistungen der Ärzte nach der Taxe bezahle. Um die Forderungen der Ärzte zu diskretieren, gebraucht man das Schlagwort, die soziale Versicherung dürfe nicht zu einer Versicherung der Ärzte umgestaltet werden. In diesem Worte kommt zum Ausdruck, wie gering man in Kassenkreisen den Wert der ärztlichen Hilfe veranschlagt. Von einer Seite, deren Ansichten allerdings nicht von allen Kassen gebilligt werden, wurde auf der Konferenz für Arbeiterversicherung im Haag (1910) geäußert, daß der primäre Zweck der sozialen Versicherung ein wirtschaftlicher sei. Bei der Krankenversicherung sei das Krankengeld als Leistung die Hauptsache, die Therapie sei eine sekundäre Leistung. Solche Ansichten sind weit verbreitet, wenn sie auch selten in solcher Nüchternheit ausgesprochen werden. Jedenfalls handelt man überall nach diesem Grundsatz, wenn man erklärt, daß die Honorierung der Ärzte die Leistungsfähigkeit der Krankenversicherung gefährde. Man vergißt dabei, daß die ärztliche Hilfe zu den Regelleistungen gehört. Alle Mehrleistungen sind in gewissem Sinne Luxusleistungen, die hinter den Regelleistungen zurückzutreten haben. Wenn man zu den Mehrleistungen das Geld hat, so kann man nicht davon sprechen, daß der höhere Preis der ärztlichen Hilfe die Wirksamkeit der Krankenversicherung gefährde. Gehören Personen der Krankenversicherung an, die ein Einkommen von 3000 und selbst 4000 M. im Jahre haben, so kann wohl nicht verlangt werden, daß die Ärzte solche Personen für hilfsbedürftig ansehen und ihnen bei der Honorierung noch einen Rabatt auf die Armentaxe zubilligen. Die schlechte Honorierung der Ärzte in der Krankenversicherung beweist einmal, wie gering die ärztliche Hilfe seitens der Krankenkassen geschätzt wird, und sie trägt andererseits dazu bei, die Stellung des Arztes in den Augen des Publikums herabzuwürdigen. Je geringer der Preis einer Ware oder einer Leistung ist, um so geringer wird sie geschätzt. Das geht überall im Leben so, und

auch die ärztliche Hilfe macht davon keine Ausnahme. Die Achtung vor dem ärztlichen Beruf hat infolgedessen überhaupt im Publikum eine Abnahme erfahren, die umso bedenklicher ist, als den Versicherten selber der Gedanke einer Honorierung des Arztes überhaupt nicht mehr zum Bewußtsein kommt. Dadurch, daß der Patient an dem Preise der ärztlichen Hilfe überhaupt nicht mehr interessiert ist, verliert er jede Wertschätzung dafür. Infolgedessen werden die Ärzte bei jeder Gelegenheit konsultiert, sie werden auch bei unbedeutenden Anlässen in die Wohnungen gerufen. Und ob dabei weite Entfernungen in Frage kommen, ob die Benutzung von Fuhrwerk nötig ist, ob der Arzt zur Nachtzeit gerufen wird, ist dem Kassenpatienten gleichgültig. Der Arzt muß kommen, er wird ja dafür von der Kasse bezahlt. Kommt er nicht, so nimmt man einen anderen. Darin drückt sich eine Mißachtung der ärztlichen Hilfe aus, die auch aus dem ganzen Benehmen der Kassenkranken hervorleuchtet. Dankbarkeit des Kranken gegen den Arzt, der ihm das Leben gerettet hat, ist eine Erscheinung, der der Arzt nur in der Privatpraxis noch begegnet. Die ärztliche Hilfe wird in den Augen der Versicherten als eine Ware betrachtet und gewinnt nur solange einen höheren Wert, als Schmerzen oder Todesfurcht usw. bestehen.

Ich habe schon darauf hingewiesen, daß man in Kassenkreisen die Honorarforderungen der Ärzte für übertrieben gehalten hat. Infolgedessen kam es zu Konflikten zwischen Ärzten und Kassen. Die Ärzte stellten ihre Tätigkeit für die Kasse ein und behandelten Kranke nur als Privatpatienten. Da die Krankenkassen durch die frühere Gesetzgebung gezwungen waren, die ärztliche Hilfe in allen Fällen nur in natura zu liefern, so waren sie auf die Ärzte angewiesen und mußten deren Forderungen erfüllen. Diese Zwangslage, in der die Kassen sich befanden, war eine Folge der Gesetzgebung, die an eine Organisation der Ärzte nicht gedacht hatte. Diese Zwangslage ist jetzt durch die RVO. beseitigt, da die Kassen in Notfällen statt der ärztlichen Hilfe auch eine Geldentschädigung zahlen können, obwohl hoffentlich von dieser Bestimmung nur wenig Gebrauch gemacht werden wird. Jedenfalls empfanden die Kassen die Monopolstellung der Ärzte als drückend, und da sie dagegen wehrlos waren, so mußten sie zwar nachgeben, rächten sich aber durch Preßfehden und zum Teil wohl auch durch schikanöse Behandlung der Ärzte. Da dieser Streit sich immer nur um Geldfragen drehte, sich fast täglich wiederholte, in die Tagespresse lanziert wurde und so jedermann immer wieder in Erinnerung gehalten wurde, so gewann in der allgemeinen Vorstellung die Überzeugung die Oberhand, daß die Ärzte ihren alten humanen Standpunkt aufgegeben hätten und sich nur noch aufs Geldverdienen legten. Die Folge war also auch hier wieder eine Herabsetzung des ganzen Standes in den Augen des Publikums.

Als die Krankenversicherung ins Leben trat, bestanden noch keine Erfahrungen über die Stellung der Ärzte zu den Krankenkassen. Infolgedessen wurden die Ärzte bald nach Einzelleistungen bezahlt, bald erhielten sie eine Pauschsumme, bald bestand für die Versicherten die Möglichkeit, sich den Arzt ihres Vertrauens zu wählen, bald war nur ein Arzt als Kassenarzt ausersehen. Die Kassen machten natürlich mit den Kassenärzten, die gegen eine feste Pauschsumme angestellt waren, die besten pekuniären Erfahrungen, da die Pauschsumme verhältnismäßig gering war. Außerdem hatten sie ihre Ärzte in der Hand und konnten sie entlassen, wenn sie ihnen unbequem wurden. Die Folge davon war, daß fast alle Kassen dazu übergingen, fixierte Kassenärzte anzustellen. Dadurch wurden ganz andere

Niederlassungsmöglichkeiten für junge Ärzte geschaffen. Während man früher lange warten mußte, bis man Praxis bekam, konnte jetzt der junge Arzt schnell bekannt werden, wenn es ihm gelang, eine Kassenarztstelle zu bekommen. Wenn die Bezahlung auch nicht sehr hoch war, so war doch mit einer Summe von 2—3000 M. von Anfang an zu rechnen, so daß der junge Arzt mit einem kleinen Zuschuß über die ersten schweren Jahre hinwegkam und in die Privatpraxis hineinwachsen konnte. Manche Kassen bezahlten ihre Kassenärzte sogar weit höher, so daß sie auf Privatpraxis überhaupt nicht angewiesen waren. Natürlich hatten solche Kassenärzte eine dementsprechend große Kassenpraxis zu versehen. Jedenfalls entstand durch die Gründung der vielen Kassenarztstellen allgemein die Überzeugung, daß sich hierdurch die Aussichten im ärztlichen Beruf erheblich gebessert hätten. Es begann ein allgemeiner Zustrom zur Medizin. Nach Zacher hat sich seit dem Jahre 1885 die Bevölkerung nur um $\frac{1}{3}$, die Zahl der Ärzte aber auf das Doppelte vermehrt. Diese Steigerung hält noch weiter an, obwohl die Ärzteorganisationen unter Klarlegung der Verhältnisse vor dem Studium der Medizin warnen. Nach der Ziffer der Medizinstudierenden wird die Zahl der Approbationen in den Jahren 1914—1916 rund 4000 betragen, während der Bedarf an Ärzten nur 2400 ausmacht. An dieser Überfüllung des ärztlichen Berufes ist nicht etwa die Krankenversicherung allein schuld, der Andrang zu den gelehrten Berufen ist eben heute trotz aller Warnungen übergroß; aber im Anfang der sozialen Versicherung hat doch die Aussicht auf die Möglichkeit der leichteren Niederlassung zu der Ärztevermehrung hauptsächlich beigetragen. Die Lage der Ärzte ist heute durchweg schlecht. Es werden zwar auch heute noch große Einkommen beobachtet, aber sie fallen nur einzelnen wenigen zu, gesuchten Koryphäen der Wissenschaft, die außer der allgemeinen Konkurrenz stehen und für die Allgemeinbetrachtung gar nicht in Frage kommen. Das Gros der Ärzte muß sich mit einem kleinen Einkommen durchschlagen, das noch durch die besonderen Berufsausgaben für Instrumente, Bücher, Wartezimmer, Telephon und event. Fuhrwerk weiter geschmälert wird. Das Durchschnittseinkommen des Arztes steht einmal in Beziehung zu der Zahl der Ärzte, sodann zu der Zahl der zahlungsfähigen Patienten. Das geringe Durchschnittseinkommen rührt zu einem großen Teile von der Überfüllung des ärztlichen Berufes her, zu einem anderen großen Teile aber von der Einengung der Privatpraxis durch die Erweiterung des Versichertenkreises. Es wird behauptet, daß die Gesamteinnahmen, die den Ärzten durch die Krankenversicherung zufließen, erheblich höher seien als die Einbuße beträgt, die durch die Einengung der Privatpraxis bedingt wird. Derartige Behauptungen lassen sich schwer beweisen oder auf ihre Richtigkeit prüfen. Wenn auch die Richtigkeit im allgemeinen für die Vergangenheit zugestanden werden mag, so kann das für die Gegenwart doch nicht eingeräumt werden. Die deutsche Ärzteschaft hat soviel soziales Empfinden, daß sie niemals gegen die Erweiterung des Versichertenkreises Einspruch erhoben hat, solange es sich um hilfsbedürftige Personen handelte. Aber die Erweiterung der Einkommensgrenze, die ursprünglich im Entwurf der RVO. auf 3000 M. festgesetzt war und für deren Erhöhung auf 5000 M. sogar von sozialdemokratischer Seite plädiert wurde, war ebenso wie die ins Gesetz aufgenommene Erweiterung auf 2500 M. für die Ärzte eine Einengung der Privatpraxis, die mit großer Bitterkeit empfunden wurde. Im Königreich Sachsen war im Jahre 1905 schon der Zustand erreicht, der im ganzen Reiche durch die Reichsversicherungsordnung bedingt wird, daß nämlich 30 % der Bevölkerung

überhaupt versicherungspflichtig sind. Nach den statistischen Erhebungen hatten dort damals von der Gesamtzahl der Ärzte im Alter von 40 und mehr Jahren nur 23,2 % oder fast ein Viertel ein Einkommen unter 4300 M. Dabei ist hier unter Einkommen nicht nur die Einnahme aus der Praxis, sondern auch aus Privatvermögen verstanden. Wie sehr die Erhöhung der Versicherungsgrenze die Privatpraxis einschränkt, möge aus folgenden Zahlen hervorgehen. Nach der Einkommensteuerstatistik des Königreichs Preußen für das Jahr 1909 waren von 38,6 Millionen Seelen 13,8 Millionen Angehörige, 14,8 Millionen Zensiten. Von den Zensiten hatten (unter Einschluß von 367 810 Personen mit Herabsetzung des Steuerfußes)

ein Einkommen von	0—2000 M.	13 600 000	=	91,7 %,
„ „	„ 2000—3000 „	621 566	=	4,1 %,
„ „	„ 3000—5000 „	357 586	=	2,4 %,
„ „	„ mehr als 5000 M.	263 980	=	1,8 %.

Im Königreich Sachsen betrug die Zahl der Zensiten im Jahre 1908 2,04 Millionen. Davon hatten

ein Einkommen von	0—2000 M.	1 828 469	=	90 %,
„ „	„ 2000—3000 „	103 709	=	4,8 %,
„ „	„ 3000—5000 „	58 850	=	2,8 %,
„ „	„ über 5000 „	47 336	=	2,33 %.

Wenn man auch annehmen mag, daß diese Ziffern nicht absolut richtig sind, da die Richtigkeit der Steuerschätzung ja nicht verbürgt ist, so geht doch daraus das Verhältnis der einzelnen Einkommengruppen zu einander hervor. Jede Steigerung der Einkommengrenze beschneidet die auf den 10. Teil des möglichen beschränkte Privatpraxis in mehr oder minder erheblicher Weise. Von ärztlicher Seite wird das Argument, daß die Erhöhung der Versicherungsgrenze durch die Verteurung der Lebensverhältnisse seit dem Jahre 1885 bedingt werde, dadurch bekämpft, daß man die ursprüngliche Grenze von 2000 M. als willkürliche Festsetzung angreift, die ehemals der Notwendigkeit nicht entsprochen habe. Zudem wird darauf hingewiesen, daß hinsichtlich der Teurungszunahme den Ärzten gegenüber keine Rücksicht genommen ist, da die Gebührensätze zum Teil seit 100 Jahren unverändert dieselbe Höhe behalten haben. Man kann jedenfalls verstehen, daß die Ärzteschaft in der Erhöhung der Einkommensgrenze eine Existenzfrage sieht und darum verzweifelt dagegen ankämpfte. Tatsächlich berührt die durch die Reichsversicherungsordnung eingeführte Erhöhung der Einkommensgrenze auf 2500 M. um so merkwürdiger, als sie nur für die Krankenversicherung vorgenommen ist, während man in der Invalidenversicherung, wo die ärztlichen Interessen jedenfalls nicht in Frage gekommen wären, von einer gleichartigen Erhöhung Abstand genommen hat. Die Einengung der Privatpraxis wird ferner dadurch bedingt, daß die Zahl der Selbständigen immer mehr abnimmt. Im Jahre 1882 kamen auf 1000 Personen der Gesamtbevölkerung noch 114 Selbständige, im Jahre 1907 nur noch 89. Durch diese Entwicklung, die an sich nicht durch die Krankenversicherung bedingt wird, treten immer mehr Personen in eine abhängige Stellung und erlangen so die Versicherungsberechtigung, die ihnen dann bis zu einer Einkommenshöhe von 4000 M. erhalten bleibt. Das Interesse der Ärzteschaft geht aber auch in dieser Hinsicht mit dem der Allgemeinheit parallel. Unzweifelhaft besteht heute bereits im Gebiete der Krankenversicherung eine Überspannung des Versicherungsgedankens. Gerade diese Überspannung hat aber unerwünschte Folgen, über

die dann wieder von anderer Seite so lebhaft geklagt wird. Die wirtschaftlich aufstrebenden Volksschichten werden durch die Zwangsversicherung in ihrer freien Entwicklung gelähmt. Infolgedessen sind sie auch dann, wenn der Zwang fortfällt, nicht imstande, die Sorge für sich selbst zu übernehmen, sondern schreien nach weiterer Fürsorge und werden so gerade durch die Versicherung zur Unselbständigkeit erzogen.

Eine schwere Schädigung des Ärztestandes ist ferner durch das System entstanden, Ärzte gegen einen festen Betrag als Angestellte der Krankenkasse zu sichern. Der Arzt kommt damit in eine wirtschaftliche Abhängigkeit von Personen, die in wirtschaftlicher und ethischer Beziehung unter ihm stehen. Eine solche Abhängigkeit kann nur unerfreuliche Folgen haben und den Arzt herabziehen. Für die Wahl des angestellten Kassenarztes sind Umstände äußerer Art maßgebend: politisches und kirchliches Verhalten, serviles Auftreten gegenüber den Vorstandsmitgliedern bei der Bewerbung, Beziehungen verschiedenster Art und die Höhe der Preisforderung. Die Qualität des Arztes ist nicht gesichert, gerade sie hat aber für die Versicherten den Hauptwert. Will sich der angestellte Kassenarzt in seiner Stellung erhalten, so muß er bestrebt sein, sich um das Wohlwollen seiner Arbeitgeber zu bemühen und ihren Wünschen nachzukommen. Das hat unter Umständen auch seine Wirkung auf die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit. Die Kasse hat das Interesse möglichst wenig Kranke mit Arbeitsunfähigkeit zu haben. Epidemien und Zeiten schlechten Gesundheitszustandes sind ihren Finanzen verderblich. Daher besteht bei diesem System die Gefahr, daß der Arzt mit Rücksicht auf sein Angestelltenverhältnis das Interesse der Kasse höher schätzt als das seiner Kranken. Tatsächlich haben solche Mißstände bestanden und haben viel Aufsehen erregt. Es ist sogar vorgekommen, daß die angestellten Ärzte sich seitens der Kassen- und Vorstandsmitglieder eine unwürdige Behandlung haben gefallen lassen müssen. In den letzten Jahren sind derartige Beschwerden nicht mehr laut geworden. Einmal ist das auf die Tätigkeit des Leipziger Verbandes zurückzuführen, dessen Bestehen allein auch nach dieser Richtung einen unverkennbaren Einfluß ausgeübt hat. Sodann aber geben sich die Kassen, die diesem Arztsystem huldigen, neuerdings alle Mühe, ihre Ärzte zufrieden zu stellen, um die Vorzüge dieses Systems zu zeigen. Trotzdem bestehen alle Bedenken weiter. Der Arzt rückt in ein Angestelltenverhältnis, er hat einen Arbeitgeber, er ist Arbeitnehmer. Dieser Zustand entspricht nicht dem Wirkungsfelde des Arztes. Der Ärztestand ist ein freier Beruf, dessen Tüchtigkeit mit der Freiheit zusammenhängt. Nur wenn der Arzt in Unabhängigkeit seine Kunst ausüben kann, wird er auch bei seinen Kranken Ersprießliches wirken können. Es ist durchaus unnatürlich, daß ein Dritter sich zwischen Arzt und Kranken schiebt, und daß der Arzt diesem Dritten in erster Linie verantwortlich sein soll. Wir haben unter den gelehrten Berufen nur noch den des Rechtsanwalts, der zu den freien Berufen gehört. Auch dem Armen wird ein Rechtsanwalt gestellt, den er sich nicht selber aussuchen kann. Man geht hierbei eben von dem Gedanken aus, daß auch dem Armen die Möglichkeit gewährt werden muß, überhaupt den Rechtsweg zu beschreiten. Man würde es aber nicht begreifen können, wenn durch eine private oder staatliche Versicherung 90 % aller Klienten dem freien Gewerbe entzogen würden. Man würde das nicht für einen befriedigenden Rechtszustand ansehen, man würde weiterhin dadurch auch die Existenz des freien Berufes der Rechtsanwälte bedroht sehen, und man würde sich schließlich dem Gedanken nicht verschließen können, daß

die Qualität des Standes überhaupt leiden würde. Demgegenüber würde es für die wirtschaftliche Lage des Standes der Rechtsanwälte nichts bedeuten, daß durch eine solche Versicherung die Zahl der Prozesse vermehrt würde. Im Ärztestande liegen die Verhältnisse durchaus ebenso. Im Ausnahmefalle, gewissermaßen nebenher, kann einmal ein Arzt als Angestellter einer Kasse wirken, wenn dadurch seine eigentliche freie Berufsausübung nicht gestört wird. Aber wenn er im Hauptamt Kassenangestellter wird, dann ist es mit der freien Berufsausübung vorbei. In gewissen Fällen wird sich die Anstellung eines Arztes nicht vermeiden lassen. Solche Fälle werden vorliegen, wenn es sich um die Versorgung von den Insassen eines Waisenhauses, eines Gefängnisses usw. handelt. Sie können vorliegen, wenn das dienstliche Interesse bei einer Beamtenkategorie die Nachahmung militärischer Verhältnisse wünschenswert macht, z. B. bei der Feuerwehr, bei der Schutzmannschaft usw. Sie werden zulässig sein, wenn die geringe Größe der Kasse Ausnahmeverhältnisse bedingt oder die historische Entwicklung der Dinge einen Zustand geschaffen hat, der ohne Härten sich nicht beseitigen läßt.

Der Wunsch der Kassen, ärztliche Angestellte zu haben, ist begreiflich, da sie in ihnen zugleich ärztliche Kontrollbeamte haben wollen. Der Arzt ist kein Kontrollbeamter und kann es nur unter Mißachtung des natürlichen Verhältnisses zu seinem Patienten sein. Die Krankenversicherung hat damit, daß sie dem Arzte eine Zwitterstellung gab, geradezu das bisherige Verhältnis zwischen Arzt und Kranken auf den Kopf gestellt. Bis dahin schützte das Berufsgeheimnis dieses Verhältnis. Das Berufsgeheimnis wurde so hoch geschätzt, daß es sogar von der gerichtlichen Zeugenaussage entbindet. Die Krankenversicherungsgesetzgebung dagegen kümmert sich nicht um diesen Zustand, sie hebt das Berufsgeheimnis nicht nur auf, sondern sie zwingt den Arzt sogar, die Kasse gegen seinen Patienten zu schützen. Wer sich in der Privatpraxis an einen Arzt wendet, tut das im Vertrauen auf den ärztlichen Beistand, der ihm auch rückhaltlos gewährt wird. Wer sich als Kassenpatient an den Arzt wendet, weiß, daß der Arzt auch gleichzeitig das Interesse der Kasse vertreten soll. Er soll möglichst wenig und billig Arznei verschreiben, er soll den Kranken, wenn möglich, nicht für arbeitsunfähig erklären, er soll ihn, wenn er arbeitsunfähig ist, bald wieder gesund schreiben. Nur ein solcher Arzt, der das Interesse der Kasse wahrnimmt, erfreut sich des Beifalls der Kasse. Das Interesse der Kasse und des Kranken sind aber nicht immer mit einander identisch. Mugdan hat darauf hingewiesen, daß die modernen Fürsorgebestrebungen Grundsätzen huldigen, die denen der Krankenversicherung zuwiderlaufen. Die Hygiene lehrt, daß Krankheiten im Keime erstickt werden können, daß Tuberkulose bei hinreichender Schonung und Ernährung nicht zum Ausbruch kommt, daß Rekonvaleszenten nach schweren Krankheiten möglichst lange von der Arbeit zurückzuhalten sind. Folgt der Arzt diesen Lehren, deren Richtigkeit nicht zu bezweifeln ist, so wird ihm seitens der Krankenkasse vorgeworfen, daß er unberechtigten Wünschen seiner Patienten nachgebe, daß er besonders leicht krank schreibe, daß er das Interesse der Kasse vernachlässige. Diese Zwitterstellung des Kassenarztes ist erst durch die Krankenversicherung geschaffen, und sie ist ein Schaden für die Bedeutung des ärztlichen Standes.

Mannigfache Faktoren haben also eine vollständige Änderung in der Ausübung des ärztlichen Berufes mit sich gebracht und den Stand gegen früher herabgedrückt. Als Mittel dagegen wird die freie Arztwahl in der Krankenversicherung und die unbeschränkte Zulassung des Arztes auf allen

Gebieten der sozialen Versicherung und der allgemeinen Hygiene angesehen. Ich habe mich hier nur der freien Arztwahl zuzuwenden, die von den Ärzten ebenso lebhaft gewünscht als von den Kassen lebhaft bekämpft wird. Der Widerstreit der Meinungen hat zur Folge, daß dieselbe Tatsache von beiden Gegnern in entgegengesetzter Beleuchtung angesehen wird. Infolgedessen ist auch die unbefangene Beurteilung der freien Arztwahl überaus schwierig. Zunächst ist wohl zuzugeben, daß sie am meisten dem Interesse der Kranken und der Ärzte entspricht, daß unter Umständen das Interesse der Kassen bei diesem System gefährdet werden kann, und daß darum zu untersuchen ist, wieweit diese Gefährdung in der Praxis ausgeschaltet wird. Die Kassen wünschen, daß ihnen die Wahl des Arztsystems überlassen bleibt, da sonst die Selbstverwaltung gefährdet sei, das Reichsamt des Innern und also die Regierung steht auf dem Standpunkte, daß das System der freien Arztwahl und das Kassenarztsystem gleichwertig seien, und die Ärzte wünschen, daß nur die freie Arztwahl als gesetzlich zulässig angesehen werde.

Unter „freier Arztwahl" schlechtweg versteht man nicht eine ärztliche Versorgung, bei der sich der Kassenkranke nun überhaupt an jeden beliebigen Arzt wenden kann. Eine derartige Regelung ist in Einzelfällen und unter kleineren Verhältnissen einmal möglich, sie kommt aber für die generelle Regelung nicht in Betracht, da der Mangel der Kontrolle schwere, unkorrigierbare Folgen für die Finanzkraft der Kassen mit sich bringen würde. Unter freier Arztwahl versteht man die freie organisierte Arztwahl. Bei diesem System ist die Arztwahl unter allen Ärzten freigestellt, die der örtlichen Organisation der Ärzte angehören. Diese Organisation schließt den Vertrag mit der Kasse, regelt die Auszahlung des Honorars und richtet die nötige Kontrolle ein, welche die Kasse vor Ausbeutung zu schützen imstande ist. Da der örtlichen Organisation auch disziplinare Befugnisse gegenüber ihren Ärzten zustehen, so ist ausreichende Sicherheit für den Schutz der Kassen gegeben, während andererseits der Arzt selbst in keiner direkten abhängigen Stellung zu dem Kassenvorstand steht. Die örtlichen Ärzteorganisationen sind verschiedener Art. Schon früher bestanden in größeren Orten ärztliche Vereine, die sich mit wissenschaftlichen und Standesfragen beschäftigten. In der Zeit der Krankenversicherung haben dann diese ärztlichen Vereine auch angefangen, sich mit Kassenfragen zu beschäftigen. Als der Leipziger wirtschaftliche Verband gegründet wurde, der sich neben den Ärztevereinsbund, der die ärztlichen Vereine sammelte, als selbständige Einrichtung stellte, behielten die Ärztevereine zum Teil auch weiter die Behandlung der kassenärztlichen Fragen sich vor und errichteten nur besondere wirtschaftliche Abteilungen, die mit dem Leipziger Verband verkehrten und seinen Direktiven folgten. Anderswo kam es von vornherein zu besonderen kassenärztlichen Gründungen, die sich neben den örtlichen Ärzteverein stellten, wie der Leipziger Hauptverband neben den Ärztevereinsbund. Heutigen Tages ist aber wohl vollständig ein Netz von örtlichen kassenärztlichen Organisationen über das deutsche Reich verbreitet, die mit den einzelnen Ärztevereinen nicht identisch sind, sondern neben ihnen lediglich die wirtschaftlichen Angelegenheiten verhandeln, und die in direkter Beziehung zu dem Leipziger Verband stehen. Außerdem haben einige Ärztekammern auch besondere Vertragskommissionen eingesetzt, die die kassenärztlichen Verträge prüfen und die Innehaltung überwachen.

Die Ärztekammern, die jetzt fast in allen Bundesstaaten bestehen, sind eine amtliche Vertretung der Ärzteschaft, die aus Wahlen hervorgeht. Sie

bestehen für größere Gebiete des Bundesstaats oder einen ganzen Bundesstaat. Der Geschäftskreis der Ärztekammern umfaßt die Erörterung aller Fragen und Angelegenheiten, welche den ärztlichen Beruf oder das Interesse der öffentlichen Gesundheitspflege betreffen oder auf die Wahrnehmung und Vertretung der ärzt ichen Standesinteressen gerichtet sind. Auf Grund der letztgenannten Befugnisse hat die Ärztekammer z. B. der Provinz Hessen-Nassau, außerdem aber auch andere Ärztekammern, Vertragskommissionen eingesetzt. Die Kammervertragskommission stellt die Grundsätze auf, nach denen das Verhalten der Ärzte der Provinz zu den Krankenkassen und sonstigen Einrichtungen zur Beschaffung ärztlicher Hilfe zu regeln ist. Sie ist die Leitungs-, Auskunfts- und Berufungsstelle für die Bezirkskommissionen und die Ärzte. Die Bezirkskommissionen haben im allgemeinen die Aufgabe, die Ärzte zur Wahrung ihrer wirtschaftlichen Interessen und besonders zum einheitlichen Vorgehen behufs Erlangung der den Ärzten gebührenden Stellung gegenüber den Krankenkassen und anderen Verbänden zusammenzuschließen und die Verträge der Ärzte des betreffenden Bezirks gemäß den von der Ärztekammer aufgestellten Grundsätzen zu gestalten. Im besonderen haben sie:

1. die Genehmigung zum Abschluß von ärztlichen Verträgen usw. zu erteilen oder zu versagen,
2. bestehende Verträge daraufhin zu prüfen, ob sie jenen Grundsätzen entsprechen und gegebenen Falls Abänderungen derselben anzuregen,
3. die Stellung der Ärzte zu den Krankenkassen usw. zu überwachen und gegebenen Falls die Beilegung und Schlichtung von Streitigkeiten zu übernehmen, sowie auf Einsetzung von Schiedsgerichten hinzuwirken,
4. statistisches Material zu sammeln, das zur Beurteilung der durch die Krankenversicherung für die Ärzte geschaffenen Lage dienen kann,
5. gegen diejenigen Ärzte, die sich ihren Anordnungen nicht fügen und dadurch das Standesinteresse schädigen, bei dem ärztlichen Ehrengerichte das ehrengerichtliche Verfahren zu beantragen.

Mit der letztgenannten Befugnis haben die Vertragskommissionen eine Waffe, um gegen Ärzte vorzugehen, die sich ihren Anordnungen nicht fügen. In der Öffentlichkeit ist nun diese Tatsache so hingestellt worden, als ob dadurch jeder Arzt ohne weiteres in die Hände seiner Standesgenossen gegeben sei, und sein Benehmen als standesunwürdig angesehen werde, wenn er nicht mit der Allgemeinheit gehe. Tatsächlich hat das Ehrengericht aber durchaus keine Befugnisse, die den Arzt in so weitgehender Weise einschränken könnten. Nach dem preußischen Gesetz über die ärztlichen Ehrengerichte ist der Arzt verpflichtet, seine Berufstätigkeit gewissenhaft auszuüben und durch sein Verhalten in Ausübung des Berufs sowie außerhalb desselben sich der Achtung würdig zu erweisen, die sein Beruf erfordert. Nur ein Arzt, welcher die ihm obliegenden Pflichten verletzt, verfällt der ehrengerichtlichen Bestrafung. Politische, wissenschaftliche oder religiöse Ansichten oder Handlungen eines Arztes als solche können niemals den Gegenstand eines ehrengerichtlichen Verfahrens bilden. Der preußische Ehrengerichtshof steht grundsätzlich auf dem Standpunkt, daß die Abweichung eines Arztes von den Ansichten und Grundsätzen seiner Standesgenossen, insbesondere über kassenärztliche Verhältnisse, für die ehrengerichtliche Beurteilung nur dann von Bedeutung ist, wenn das abweichende Verhalten an sich eine Verletzung der Standesehre darstellt. In einem Urteil vom 2. Dezember 1905 heißt es: „Die Bestrebungen der ärztlichen Vereine um Besserstellung der Ärzte gegenüber den Krankenkassen müssen nach Lage der Gesetzgebung ihre Grenze finden in der reichsgesetzlich verbürgten Freiheit des Vertragsschlusses, insbesondere in der reichs-

gesetzlich garantierten Freizügigkeit. Nach diesen Gesetzbestimmungen steht es jedem Arzte frei, sich am Orte seiner Wahl niederzulassen und dort seinen Beruf auszuüben. Ausnahmen können hiervon nur in Betracht kommen, wenn 1. der Arzt sich durch Beitritt zu einem ärztlichen Verein, welcher seinen Mitgliedern besondere, auf die Ausübung des Berufes, insbesondere auf den Abschluß von Verträgen mit Kassen bezügliche Verpflichtungen auferlegt, selbst in seiner Freiheit beschränkt hat, oder 2. wenn das Verhalten des Arztes in Ausübung seines Berufes oder außerhalb desselben an sich als eines Arztes unwürdig sich darstellt, und deshalb ehrengerichtlicher Beurteilung nach § 3 EGG. unterliegt." Immerhin steht den Vertragskommissionen die Möglichkeit zu, die Durchführung der Verträge auch seitens der Ärzte zu kontrollieren und bei Verfehlungen einzuschreiten. Die kassenärztlichen Organisationen oder die wirtschaftlichen Abteilungen der Ärztevereine haben in ihren Statuten die Möglichkeit, die Innehaltung der im Kassenvertrage genannten Verpflichtungen durch die Ärzte zu bewirken.

Nun können beim Vertragsschluß und über die Auslegung der Verträge Streitigkeiten zwischen Ärzten und Kassen entstehen. Infolgedessen werden von vornherein Schlichtungskommissionen eingesetzt. In mustergiltiger Weise ist für ein ganzes Land die Durchführung der freien Arztwahl geregelt. Insbesondere sind auch die Kontrolleinrichtungen vorzüglich durchgeführt. Dieser Bundesstaat ist Württemberg, in dem Ärzte, Kassen und Regierung gleichmäßig mit dem jetzt schon seit Jahren bestehenden Zustande zufrieden sind. Die ärztlichen Organisationen sind seit dem Jahre 1900 zu dem Eßlinger Delegiertenverband vereinigt, der einen Verband der freien ärztlichen Vereinigungen darstellt. Ihm steht der Württembergische Krankenkassenverband gegenüber, dem etwa 270 Krankenkassen angehören. Auch die Apotheker haben in dem Pharmazeutischen Landesverein eine entsprechende Interessenvertretung. Aus dem Vertrag, den die Eisenbahnbetriebskrankenkasse Stuttgart mit dem Eßlinger Delegiertenverband abgeschlossen hat, mögen die wichtigsten Punkte kurz hervorgehoben werden.

Alle dem ärztlichen Verbande angeschlossenen Mitglieder sind zur Behandlung der Kassenmitglieder und deren anspruchsberechtigten Familienangehörigen verpflichtet, sofern sie sich unterschriftlich hierzu bereit erklären.

Unter mehreren Ärzten desselben Ortes haben die Kassenmitglieder in der Regel in einem Umfange von 2—3 km freie Wahl. Die Grenzen werden für jeden Ort im Benehmen mit den zuständigen Vereinen besonders bestimmt. Wer einen für seinen Ort nicht bestimmten Arzt beizieht, muß die Ganggebühr selbst bezahlen. Ein Wechsel des Arztes während derselben Krankheit ist nur mit Zustimmung des Kassenvorstandes nach vorheriger Anhörung des seitherigen Arztes statthaft. Kassenmitglieder und Angehörige, die die Wahl unter mehreren Ärzten haben, dürfen weder von Angestellten der Kasse, noch von Vorgesetzten bestimmten Ärzten zugewiesen werden.

Von den Ärzten werden bei der Berechnung die Mindestsätze der ärztlichen Gebührenordnung mit einem Rabatt von 20 % in Ansatz gebracht. Für die Leistungen der Ärzte bei Familienangehörigen läßt sich die Krankenkasse von dem Mitglied einen Anteil, der zurzeit 25 % beträgt, ersetzen.

Alle Kassenärzte überweisen, soweit sie Mitglieder des Eßlinger Delegiertenverbandes sind, 5% ihrer Forderung für ärztliche Tätigkeit an das Bureau der ärztlichen wirtschaftlichen Vereine als Ersatz für die Kosten, die aus der Durchführung des Vertrages entstehen.

Die Eisenbahnbetriebskrankenkasse kann an Rechnungen solcher Ärzte, bei denen ein Übermaß von ärztlicher Behandlung oder von Ganggebühren festgestellt worden ist, unter Einhaltung der späteren Bestimmungen Abstriche bis zum Durchschnitte des betreffenden Inspektionsbezirkes vornehmen. Ebenso kann sie, wenn ein Arzt gegen die Grundsätze der sparsamen Verschreibweise oder die von der Betriebskrankenkasse getroffenen Einschränkungen hinsichtlich besonderer Genußmittel verstößt, den ganzen oder teilweisen Ersatz des Mehraufwandes gegen ihn verfügen. Zu diesem Zweck wird von ihr die Prüfung sämtlicher Rechnungen der Ärzte, sowohl auf die Einhaltung der Gebührenordnung bzw. der Bestimmungen der Kontrollkommission, als auch auf die Unterlassung einer Vielgeschäftigkeit bei der Ausübung der kassenärztlichen Praxis, desgleichen die Prüfung der gesamten Rezeptur auf die ökonomische Verordnungsweise im Benehmen mit ihrem Vertrauensarzt vorgenommen. Ergeben sich bei der Revision der Rechnung Beanstandungen, so setzt die Betriebskrankenkasse sich zunächst mit dem behandelnden Arzte in Verbindung. Sind diese Bemühungen ohne Erfolg, so hat die Kasse die zuständige Revisionskomission anzurufen, deren Ansicht dann dem betreffenden Arzte mitzuteilen ist. Kann sich der eine oder andere Teil mit der Ansicht der Revisionskommission nicht einverstanden erklären, so steht ihm die Beschwerde bei dem zuständigen Schiedsgericht zu, gegen dessen Entscheidung die Berufung an das Landesschiedsgericht zulässig ist.

Da der Württembergische Kassenverband die Kontrolle nicht selbst bzw. durch besondere Vertrauensärzte vornehmen läßt, so besteht hier eine andersartige Regelung. Der Eßlinger Delegiertenverband hat in Stuttgart zwei Vertrauensärzte bestellt, die die Prüfungen vornehmen und durch die Revisionskommissionen unterstützt werden. Es gibt, den fünf Bezirken entsprechend, fünf Revisionskommissionen im ganzen Königreich. Auch hier ist Beschwerde an das zuständige Schiedsgericht und Berufung an das Landesschiedsgericht zulässig.

Ferner ist zur Beratung allgemein interessierender Angelegenheiten inbezug auf den Abschluß von Verträgen, die Anleitung zur ökonomischen Rezeptur, Auslegung einzelner Bestimmungen der staatlichen Gebührenordnung usw. eine Einigungskommission von neun Mitgliedern gebildet, welche zu je einem Drittel aus Vertretern des Eßlinger Delegiertenverbandes, des Pharmazeutischen Landesvereins und des Württembergischen Krankenkassenverbandes aus deren Mitte gewählt werden. Dieser Einigungskommission entspricht bei dem Vertrage mit der Eisenbahnbetriebskrankenkasse eine besonders gebildete Kommission.

Die Einigungskommission tagt unter dem Vorsitz eines der beiden Revisionsärzte, welche unter sich abzuwechseln haben, in jeweils zuständiger Zusammensetzung und bringt ihre ohne verbindliche Wirkung gefaßten Beschlüsse zur Kenntnis der Verbandskassen und der Beteiligten.

Dem zweiten Revisionsarzt, welcher nicht den Vorsitz führt, steht in dieser Sitzung jeweils nur beratende Stimme zu.

Dieser Kommission sind auch die Akten über etwaige zwischen Kassen, Ärzten und Apothekern entstehende Streitigkeiten zwecks Erstattung eines Gutachtens an das Schiedsgericht vorzulegen. Das Gutachten ist von dem der Sitzung beratend anwohnenden Revisionsarzt zu entwerfen

Diese Gutachten erlangen Rechtskraft, wenn sie nicht binnen 4 Wochen vom Tage der Zustellung an gerechnet, durch Anrufung des zuständigen Schiedsgerichts angefochten werden.

Die 5 Schiedsgerichte sind, wie ich eben erwähnte, einmal Beschwerdeinstanz gegen die Entscheidungen der Revisionskommission. Sie entscheiden ferner bei Streitigkeiten zwischen Kassen und Ärzten oder Apothekern. Sie bestehen aus 9 Mitgliedern, von denen je 3 seitens der Ärzte, Apotheker und der Kassen gestellt werden. Den Vorsitz führt ein von der Staatsregierung ernannter Beamter.

Gegen die Entscheidung des Schiedsgerichts ist Berufung an das Landesschiedsgericht möglich. Dieses besteht aus 16 Mitgliedern, von denen je 5 den Ärzten, den Apothekern und den Kassen angehören. Den Vorsitz führt der jeweilige Referent für soziale Gesetzgebung im Ministerium des Innern. Das Landesschiedsgericht bildet, um dies noch nebenher zu erwähnen, einschließlich des Verbandsschriftführers eine Spruchbehörde, welche die Aufgabe hat, Anfragen von Verbandskassen und denselben zugehörigen Arbeitgebern und Versicherten unentgeltlich zu bescheiden.

Die Revisionskommission kann bei erheblichen Verstößen eines Arztes auf Verweis oder zeitweisen oder dauernden Ausschluß aus der Kassenpraxis erkennen.

Diese komplizierte Kontrolleinrichtung hat zur Folge, daß nicht nur den ärztlichen Wünschen, sondern auch den Interessen der Kassen entsprochen wird. Die freie Arztwahl auf dieser Basis hat sich in Württemberg bewährt, so daß die Württembergische Regierung sich für den Fall, daß die im Entwurf der RVO. anders geplante Regelung Gesetz werden würde, die Beibehaltung des jetzigen bewährten Zustandes vorbehalten hatte. Nachdem die RVO. überhaupt auf jede Regelung des Verhältnisses zwischen Ärzten und Kassen verzichtet hatte, wurde der Vorbehalt natürlich überflüssig.

Der einstimmige Wunsch der überwältigenden Mehrheit aller Ärzte ist die Einführung der freien Arztwahl. Von den Ärzten, die anderer Meinung sind, werde ich später sprechen. Der Ärztevereinsbund, der die ärztlichen Vereine ganz Deutschlands umschließt, steht auch auf dem Boden der freien Arztwahl. Man ist jedoch nicht etwa gesonnen nun radikal vorzugehen und ältere Ärzte, die seit Jahren und Jahrzehnten angestellte Kassenärzte sind, aus dieser privilegierten Stellung zugunsten der freien Arztwahl zu verdrängen, sondern man begnügt sich schrittweise vorzugehen. Infolgedessen faßte auch der Stuttgarter Ärztetag (1911) den Beschluß, „auf die Förderung und weitere Durchführung der freien Arztwahl unter Berücksichtigung der örtlichen Verhältnisse Bedacht zu nehmen." In den Direktiven des Geschäftsausschusses des Ärztevereinsbundes von 1904 heißt es:

„Es soll bei Abschluß neuer Verträge und bei jeder sich bietenden Gelegenheit die freie Arztwahl erstrebt werden.

Insbesondere soll die freie Arztwahl überall da eingeführt werden, wo sich die beteiligten Kassenärzte in ihrer Mehrheit, wenigstens zu zwei Drittel, dazu bereit finden lassen, oder wo die ärztliche Organisation über die allgemeine Durchführung der freien Arztwahl bindende Beschlüsse gefaßt hat.

Im Interesse eines wirksamen Zusammenschlusses ist bei jeder geplanten Erhöhung kassenärztlicher Honorare auf organisatorischem Wege darauf Rücksicht zu nehmen, daß kein zur Kassenpraxis bereiter Arzt von dieser ausgeschlossen bleibt.

Die Einführung der freien Arztwahl muß das Endziel aller organisatorischen Bestrebungen sein und bleiben. Deshalb hat der Leipziger Verband überall da einzugreifen, ihre Einführung überall da zu unterstützen, wo die beteiligten Kassenärzte in ihrer Mehrheit, wenigstens zu zwei Drittel, damit einverstanden

sind, jedoch niemals gegen ihren Willen. Wenn die örtlich beteiligten Kollegen sich geeinigt haben, hat er einzugreifen. Bis dahin erstreckt sich seine Tätigkeit nur auf die Belehrung über die Vorzüge des Systems der freien Arztwahl und auf den Ausgleich und die Versöhnung vorhandener Gegensätze" (nach Wiebel).

Aus den Musterverträgen, die der Geschäftsausschuß des deutschen Ärztevereinsbundes im April 1913 herausgegeben hat, ist folgendes bemerkenswert. Es ist nur der Abschluß von Kollektivverträgen durch die kassenärztlichen Vereine vorgesehen. Kassenärztliche Vereine sind überall errichtet, in der Regel im Gebiete eines jeden Versicherungsamts. „Da in Zukunft die Verträge nicht mehr von den einzelnen Ärzten, sondern grundsätzlich von den kassenärztlichen Vereinen abgeschlossen oder mindestens vereinbart werden, so wird zunächst zwischen Krankenkasse und Ärzteverein ein Kollektivvertrag abgeschlossen. Legt eine Krankenkasse Gewicht darauf, die Ärzte, die nach diesem Kollektivvertrag bei ihr auf ihre Kosten Kassenpraxis zu treiben berechtigt sind, noch besonders durch je einen Dienstvertrag zu verpflichten, so wird jener Kollektivvertrag nur in Form eines Mantelvertrags gemacht werden, d. h. es werden die wesentlichen Vertragsbedingungen darin enthalten sein müssen, aber einzelne Details werden den einzelnen Dienstverträgen vorbehalten bleiben. Der Begriff des Dienstvertrages in diesem Sinne steht durchaus nicht im Widerspruch zur freien Arztwahl, wenn nur

1. jeder fähige und bereitwillige Arzt des Bezirks den Dienstvertrag zu schließen berechtigt ist, und
2. wenn den Mitgliedern der Kasse eine angemessene freie Wahl unter diesen dienstberechtigten Ärzten gewährt wird."

Im allgemeinen ist zur ärztlichen Versorgung der Mitglieder der betreffenden Krankenkasse jedes Mitglied des kassenärztlichen Vereins zugelassen und verpflichtet. Grundsätzlich wird jeder Arzt auch in den kassenärztlichen Verein aufgenommen. Wenn ungeeignete Elemente sich unter den Ärzten befinden, will die Ärzteorganisation auch allein diese Elemente von der Kassenpraxis ausschalten oder auf sie bessernd einwirken.

Den Kassenmitgliedern steht in jedem einzelnen Krankheitsfalle oder jedesmal für ein ganzes Jahr die Wahl unter den zugelassenen Kassenärzten frei. Ist der Kassenbezirk in Kursprengel eingeteilt, so steht die Wahl entsprechend unter den für den betreffenden Kurbezirk zugelassenen Kassenärzten frei; wenn der Versicherte die Mehrkosten übernimmt, so steht ihm die Wahl unter den zugelassenen Ärzten der benachbarten Kurbezirke frei. Jedoch sind die Ärzte dieser Bezirke berechtigt, die Übernahme solcher Krankheitsfälle abzulehnen. Jedem Kassenmitgliede ist ein Ärzteverzeichnis auszuhändigen.

Die Kasse hat in der Krankenordnung die Pflichten der Kassenmitglieder gegenüber den Kassenärzten festzustellen und für ein angemessenes Verhalten, insbesondere auch für Vermeidung des Mißbrauchs ärztlicher Inanspruchnahme bezüglich Dringlichkeit oder Verlangen eines Besuchs, zu sorgen.

Die Bezahlung erfolgt nach der Mindesttaxe, eventuell unter Gewährung eines Rabatts, soweit versicherungspflichtige Mitglieder mit einem Einkommen von weniger als 1800 M. Jahreslohn in Betracht kommen (A). Alle übrigen versicherungspflichtigen Mitglieder, also die oberste Lohnklasse mit 6 Mark und mehr (über 1800 M. Jahreslohn), bilden eine zweite Gruppe B, zu der auch die freiwillig weiterversicherten Personen noch ½ Jahr gerechnet werden. Hier soll ausschließlich nach Einzelleistungen bezahlt werden unter Zuschlag von 50 % auf die Mindestsätze der Gebührenordnung. Andere Personen, die die

Versicherung freiwillig fortsetzen, bilden eine dritte Gruppe C. Für sie erhöhen sich die Mindestsätze der Gebührenordnung um 100 %. Schließlich werden die freiwilligen Mitglieder in eine vierte Gruppe D gefaßt. Sie sollen überhaupt nur Krankengeld ohne Krankenpflege erhalten (§ 215, 2 RVO.). und so der Privatpraxis vorbehalten bleiben. Für die Pflichtmitglieder der Gruppe A mit einem Einkommen von weniger als 1800 M. kann auch die Bezahlung einer Pauschalsumme vorgesehen werden, die auf die Kopfzahl der versicherten Mitglieder berechnet wird. Bisher war meist ein Satz von 4 M. auf den Kopf des Mitgliedes üblich, wenn die Behandlung der Versicherten allein vorgesehen war. Waren die Familienangehörigen in die Versicherung hineinbezogen, so wurden gewöhnlich 12 M. auf den Kopf des Versicherten gerechnet.

Was die verschiedene Beurteilung der einzelnen Gruppen hinsichtlich der Honorierung betrifft, so ist sie neu und auf die Anregung zurückzuführen, die den Ärzten gelegentlich der Erhöhung der Einkommensgrenze im Reichstage gegeben wurde, die Kassenmitglieder differentiell zu behandeln. Die Abgrenzung der Versicherungspflichtigen bei 1800 M. rührt daher, daß die RVO. nur die Errichtung von 6 Lohnklassen vorsieht. Die höchste Lohnklasse umschließt die Personen mit 6 M. und mehr Tageslohn, also die Personen mit einem Lohn von jährlich 1800—2500 M. Die Abgrenzung bei 2000 M. erwies sich als unmöglich, da das Gesetz dafür keine Handhabe bietet. Andererseits sieht die Ärzteschaft in der Herabsetzung der Grenze einen gewissen Ausgleich dafür, daß nicht das Gesamteinkommen, sondern nur das Berufseinkommen zur Grundlage gemacht werden kann, und daß somit eine Anzahl von Personen mit einem Jahresarbeitsverdienst von weniger als 1800 M. in den unteren Lohnstufen mitgezählt werden müssen, die bei Einrechnung der sonstigen Einnahmen außerhalb ihres Berufes die 2000 M.-Gesamteinkommensgrenze erheblich übersteigen würden. Bei zeitweiser Arbeitslosigkeit können solche Personen aus der Versicherungspflicht ausscheiden, sich aber die Zugehörigkeit zu der Kasse durch Weiterversicherung forterhalten. Infolgedessen sind weiterversicherte Personen bis zur Dauer eines halben Jahres in der Gruppe belassen, um die arbeitslos gewordenen Mitglieder nicht zu schädigen. Dagegen sind alle andern Personen, die über diese Zeit hinaus die Versicherung fortsetzen, früher versicherungspflichtige Unselbständige gewesen, die ihre Kraft in untergeordneter abhängiger Stellung verwertet haben, allmählich aber zu selbständigen Unternehmern, Handwerksmeistern usw. emporgestiegen sind, oder doch im Angestelltenverhältnis ein Berufseinkommen von mehr als 2500 M. erreicht haben, das die Versicherungspflicht aufhebt. Sie werden darum als Gruppe C zusammengefaßt und besonders behandelt. Die Gruppe D setzt sich hauptsächlich aus Gewerbetreibenden und andern Unternehmern zusammen, die regelmäßig nicht mehr als 2 Versicherungspflichtige beschäftigen und nicht mehr als 2500 M. jährliches Einkommen haben; hierzu gehören also der allergrößte Teil der Klein- und Mittelbauern, der Kaufleute und Handwerksmeister in kleineren und Mittelstädten und deren Familienangehörige, wenn sie ohne Entgelt und eigentliches Arbeitsverhältnis im Betriebe des Familienhauptes beschäftigt sind und selbst nicht mehr als 2500 M. Gesamteinkommen im Jahre haben; das Einkommen des Familienoberhauptes, das die Unterhaltspflicht, also auch die Pflicht der ärztlichen Versorgung hat, kommt dabei gar nicht in Betracht. Es ist berechtigt, diese Personen der freien Praxis, der sie bisher angehört haben, nicht zu entziehen, umsomehr als auf dem Lande nur verschwindend wenige Personen ein Einkommen über 2000 M. versteuern, und sonst die Privatpraxis auf dem Lande völlig verschwinden würde. Das

würde unausbleiblich eine Entblößung des platten Landes von Ärzten zur Folge haben. Zur Gruppe D gehören dann noch die Personen, die deshalb nicht versicherungspflichtig sind, weil sie kein Entgelt beziehen. Das sind im wesentlichen Personenkreise, die durch die Hauptbeschäftigung, in der sie selbständig sind, oder als Rentiers oder pensionierte Beamte die versicherungspflichtigen Personenkreise wirtschaftlich und sozial überragen.

Lediglich für die Personengruppe A, Versicherungspflichtige mit weniger als 1800 M. Jahreseinkommen, ist statt der Bezahlung nach Einzelleistungen die Bezahlung einer Pauschalsumme als zulässig angesehen worden. Die Bezahlung nach einem Pauschale war bisher, so lange die Versicherungsgrenze sich auf 2000 M. erstreckte, allgemein üblich. Es entsprach dies den Wünschen der Kassen. Die Ärzteorganisation erhielt die Pauschalsumme und hatte ihrerseits die Auszahlung an die Ärzte nach irgend einem System vorzunehmen. Die Bezahlung nach einem Pauschale entspricht nicht den ärztlichen Leistungen. Denn es wird immer nur ein Durchschnitt angenommen, der in keiner Weise den wirklichen Leistungen der Ärzte zu entsprechen braucht, abgesehen davon, daß auch eine gerechte Verteilung unter die Ärzte sehr schwierig ist. Der Wunsch der Kassen nach der Pauschalbezahlung entspricht einmal der Erwartung, daß man so billiger fahren werde, in der Hauptsache aber dem fiskalischen Standpunkt, daß die Etataufstellung sonst erschwert wird. Einem Bureaukraten ist die Tatsache, daß irgend ein Posten nicht etatmäßig festgestellt werden kann, etwas Unerträgliches. Was an Ausgaben nicht im Etat steht, existiert für ihn nicht. Natürlich ist die Übertragung solcher fiskalischen Grundsätze in die Verwaltung der Krankenkassen überhaupt unmöglich. Die Ziffer der Krankmeldungen schwankt von Jahr zu Jahr nicht unerheblich, ohne daß die Kassenverwalter darauf einen Einfluß ausüben können. Krankheit kommt unbekümmert um Finanzsorgen. Daher sind auch die Krankheitskosten ganz verschieden. Nun wird kein Mensch dem Apotheker zumuten, daß er für das nächste Jahr die Arzneimittel gegen eine Pauschalsumme hergibt, oder daß die Krankenhäuser gegen eine Pauschalbezahlung sich zur Aufnahme der Kassenpatienten verpflichten. Die Ausgaben für diese Krankheitskosten werden immer nach dem wirklichen Krankheitsstande, nach dem Verbrauch bzw. nach der Zahl der Verpflegungstage bezahlt. Nur bei den Ärzten hat man diesen fiskalischen Standpunkt durchgedrückt. Das hat denn auch zur Folge, daß die Ärzte im Sommer, wo weniger zu tun ist, verhältnismäßig viel besser bezahlt sind als im Winter, wo die Krankheiten sich häufen. An sich ist nur eine Bezahlung nach Einzelleistungen gerecht. Die Pauschalsumme bedeutet eine Verschleierung. Man kann auch nicht den Vergleich mit einem Beamten heranziehen, der für sein bestimmtes Gehalt eine wechselnde Arbeitsleistung zu verrichten hat. Der behandelnde Arzt ist zum Beamten nicht geeignet. Wo wir beamtete Ärzte finden, da haben sie in ihrer Beamteneigenschaft andere Aufgaben als Krankenbehandlung zu erfüllen. Der Kreisarzt ist der Gesundheitsbeamte des Kreises, der die hygienischen Verhältnisse überwacht, die Seuchenbekämpfung leitet und gutachtlich gehört wird. Ebenso ist das mit dem Bahnarzt, dem Postarzt usw. der Fall, die alle nur Vertrauensärzte der Behörde sind. Auch der Schularzt hat alle möglichen Aufgaben, nur nicht die der ärztlichen Behandlung. Im Nebenamt ist beamteten Ärzten zuweilen die Stelle eines Gefängnisarztes, Armenarztes usw. übertragen. Hier handelt es sich um die Ausübung der amtlichen Praxis im kleinsten Umfange, denn nur dann ist sie möglich und zulässig. Die Tätigkeit des Beamten erledigt sich in bestimmten Bureaustunden, sein Aufgabenkreis ist genau bestimmt. Zur

Übernahme seiner Stellung ist eine besondere Ausbildung nötig, die er sich vorher erworben hat, und über die hinaus er keiner weiteren Ausbildung bedarf, da die Anforderungen an seine Leistungen immer dieselben sind. Alles dieses trifft für die ärztliche Tätigkeit nicht zu. Der Arzt, der nach bestandenem Staatsexamen seine Ausbildung für abgeschlossen hält, dürfte in wenigen Jahren für seinen Beruf untauglich sein. Er muß nicht nur mit den neuen Forschungen der Wissenschaft Schritt halten und sich diese Kenntnisse durch Selbststudium oder in Fortbildungskursen erwerben, er muß auch jeden Tag am Krankenbett neu zulernen. Der praktische Arzt kann sich nur auf der Höhe seines Berufes halten, wenn seine Tätigkeit vielseitig und anregend ist und Gelegenheit zur Ausübung und Vertiefung seiner Kenntnisse gibt. Weicht somit in dieser Beziehung die ärztliche Tätigkeit völlig von der eines Beamten ab, dem die Berufsausbildung nur geschäftliche Routine zu geben vermag, so ist die Ausübung der Tätigkeit selber eine völlig andere. Bei untergeordneten Beamtenstellen ist die Tätigkeit eine mehr oder minder mechanische, aber stets rein administrativer Natur, bei höheren Stellen handelt es sich um Dispositionen oder Entscheidungen. Stets kommt also die Behandlung einer sachlichen Materie in Betracht, die persönliche Einwirkung auf Menschen ist nur selten und in ausgesprochener Weise nur bei Lehrern und Geistlichen anzutreffen. Am ehesten könnte man noch die Tätigkeit des Geistlichen mit der des Arztes vergleichen, aber die Ausübung der Seelsorge ist wieder so rein persönlicher Art, daß sie sich mit dem Berufe des Arztes oder auch mit dem des Rechtsanwalts, wo persönliche und sachliche Betätigung sich miteinander vermischt, nur in gewisser Weise vergleichen läßt. Ein jeder Mensch wird es für unmöglich und nicht im Interesse der Sache liegend halten, wenn der Stand der Rechtsanwälte verstaatlicht würde. Ich bin darauf schon vorher eingegangen. Dasselbe trifft für den ärztlichen Beruf zu. Beide Berufe zeichnen sich dadurch aus, daß sie nicht auf reine Erwerbstätigkeit gerichtet sind, daß sie aber auch nicht von Beamten wahrgenommen werden können. Das Reichsgericht hat ausgesprochen, „daß den Sittenanschauungen nicht nur der Rechtsanwälte und Ärzte selbst und nicht nur der höher gebildeten Volkskreise, sondern des gesamten deutschen Volkes die allgemeinen Interessen dienenden Berufe des Arztes und des Rechtsanwaltes über dem Niveau einer Gelderwerbstätigkeit stehen und auf die Stufe eines gewerblichen Unternehmens nicht herabgezogen werden dürfen. Das eigentümliche und entscheidende Gepräge der Berufe liege darin, daß sie fundamentale, allgemeine öffentliche Zwecke, nämlich die der Gesundheitspflege und die der Rechtspflege, auf Grund staatsseitig geforderter und gewährleisteter Vorbildung unter besonderer Verantwortung zu erfüllen haben." Diese persönliche Verantwortung, die der Arzt hat, ist ganz anders als die Verantwortung eines Beamten. Die Verantwortung des Beamten bezieht sich auf die allgemeine Ausübung seiner Tätigkeit nach einer bestimmten Dienstordnung und auf Grund der bestimmten Ausbildung. Bei dem Arzt ist die Verantwortung von Fall zu Fall eine andere. Der einzelne Kranke muß studiert werden. Wenn Fehldiagnosen vorkommen, so trägt der Arzt persönlich die Verantwortung. Wenn fehlerhafte Behandlung in Frage kommt, so hat ebenfalls der Arzt die Folgen zu tragen. Das drückt sich dann auch in der Frequenz der Praxis aus, die allerdings noch von manchen anderen Umständen abhängt. Es ist nicht zu verstehen, wie der Arzt in Beamtenstellung in solchen Fällen zur Verantwortung gezogen werden soll. Denn Fehldiagnosen kann man wohl nicht gut zum Ausgangspunkt eines Disziplinarverfahrens machen, und fehlerhafte Behandlung ist eine Sache der

Auffassung, die innerhalb des Bereichs menschlicher Schwäche liegt. Derartige Verschiedenheiten der Auffassung findet man jeden Tags in der Rechtsprechung, ohne daß dem Richter der Irrtum der Auffassung verübelt wird. In der Heilkunde gibt es aber keine höheren Instanzen, die den Irrtum der unteren Instanz auszugleichen vermögen. Schließlich möchte ich noch hervorheben, daß die Ausübung der ärztlichen Tätigkeit zeitlich in ganz anderer Weise verläuft als in einer amtlichen Stellung. Der praktische Arzt, der seine Sprechstunde abgehalten und seine Besuche erledigt hat, wird dann noch oft über Land gerufen, er muß den Weg bei Wind und Wetter, bei jeder Witterung machen. Er ist in seinem Berufe persönlich Gefahren ausgesetzt, wie sie sonst kaum einem anderen Menschen täglich und stündlich begegnen. Oft muß er nach anstrengender Tätigkeit über Tage nachts am Bette einer Gebärenden sitzen und anderen Tags die Arbeit wieder aufnehmen, ohne Zeit und Gelegenheit zu einer Erholung und Nachtruhe gehabt zu haben. Auch sonst ist der Beruf des Arztes körperlich anstrengend und schnell aufreibend. Die ununterbrochene Tätigkeit verträgt sich nicht mit einer Beamtenlaufbahn, und das persönliche Verhältnis zu den Kranken gestattet nicht, die Kontinuität der ärztlichen Behandlung durch Dienstteilung zu unterbrechen.

Wenn also der Mustervertrag des Ärztevereinsbundes auch für die Gruppe A die Bezahlung eines Pauschales noch vorsieht, so geschieht dies nur mit Rücksicht auf den bisherigen Gewohnheitszustand. Jedoch ist dann die Bezahlung gewisser Leistungen außerhalb des Pauschales vorgesehen. Hierzu gehören: geburtshilfliche Leistungen, Nachtbesuche, erheblichere Eingriffe, Verbrauch von Verbandmaterial.

Die Verteilung des Pauschales erfolgt durch die ärztliche Organisation. Hierbei unterscheidet man das Krankenschein- und das Punktsystem. Bei dem Krankenscheinsystem erhält der Arzt für jeden Kranken einen Schein. Die Summe aller ausgegebenen Scheine wird in das Pauschale dividiert und so berechnet, wieviel auf den einzelnen Schein entfällt. Dieses System hat den Mangel, daß der Arzt für den einen Patienten, den er nur einen Tag behandelt, dieselbe Summe erhält wie für den andern, dessen Behandlung wochenlang dauert und vielleicht mit besonderen Schwierigkeiten verbunden ist. Dem Arzt muß es angenehm sein, möglichst viele Leichtkranke in Behandlung zu nehmen, während er geneigt ist, die Schwerkranken ins Krankenhaus zu schicken. Bei dem Punktsystem wird verschieden vorgegangen. Die einzelnen Leistungen werden in vereinbarter Weise mit Punkten bewertet, also eine Konsultation mit einem Punkt, ein Besuch mit 2 Punkten, ein Nachtbesuch mit 3 Punkten, Einführung der Magensonde mit 5 Punkten usw. Alsdann wird wieder die Summe der Punkte in das Pauschale geteilt und der Wert des einzelnen Punktes ermittelt. Der Arzt erhält dann nach einem Vierteljahr die Geldsumme, die der Zahl der von ihm gemachten Punkte entspricht. Das Punktsystem wird auch in der Weise angewandt, daß die Mindestgebührentaxe zugrunde gelegt wird. Sämtliche Gebühren werden zusammengezählt und mit der Pauschalsumme verglichen. Dabei ergibt sich, um wieviel Prozent die Gebührensumme zu kürzen ist, um die Höhe der Pauschalsumme zu erreichen. Diese Kürzung ist dann entsprechend bei der Einzelgebühr vorzunehmen. Der Vorteil des Punktsystems liegt darin, daß derartige Ungleichheiten wie bei dem Krankenscheinsystem vermieden werden. Jeder Arzt erhält eine Bezahlung, die seiner wirklich geleisteten Arbeit entspricht. Andererseits verleitet dieses System zur Polypragmasie. Je mehr der Arzt sich bei Kranken Beschäftigung macht, um so höher steigt sein Anteil. Es ist der einzige Vorzug

der Pauschalbezahlung, daß sie die Kosten solcher Vielgeschäftigkeit nicht allein die Krankenkasse tragen läßt, die nur bei der Arzneilieferung und bei Leistungen, die außerhalb des Pauschales fallen, betroffen wird. Am meisten werden die anderen Ärzte darunter leiden. Die Ärzte werden sich in der Kontrollkommission schon gegen eine derartige Vielgeschäftigkeit wenden, wenn ihr eigener Vorteil dadurch bedroht wird. Die Vielgeschäftigkeit wird eben in der Privatpraxis durch den Willen des Kranken allein ausgeschaltet. In der Kassenpraxis fehlt dem Patienten ein solches Interesse. Es wäre darum durchaus billig, wenn man den Versicherten zu einem Teile der Arztkosten heranzieht. Dieser Weg ist in der RVO. nicht beliebt worden.

Die Musterverträge sehen dann noch besondere Bezahlung in den Fällen vor, in denen statt der Kasse ein anderer einzutreten hat, wenn es sich um die Versorgung der Mitglieder fremder Kassen handelt, sie treffen Bestimmungen über die Sonntagsruhe der Ärzte und die Einführung eines Sonntagsdienstes. Wichtig sind noch die Bestimmungen über die Beilegung von Streitigkeiten.

Zur Erledigung aller gemeinsamen Angelegenheiten und zur gütlichen Beilegung von Streitigkeiten, die aus dem Vertragsverhältnis entstehen, wird eine Einigungskommission gebildet, in welche die Krankenkassen und der Ärzteverein gleichviele Vertreter schicken. Der Vorsitz bei den Verhandlungen wechselt alljährlich. Kommt eine gütliche Einigung nicht zustande, so bildet die Einigungskommission das Schiedsgericht. Der Vorsitz in diesem Schiedsgericht ist einem Juristen zu übertragen. Einigen sich die Parteien nicht über einen Vorsitzenden, so ist eine Instanz (Amtsgericht, Landgericht usw.) zu bitten, einen solchen zu ernennen.

Die Ärzte, die sich gegen die freie Arztwahl erklären, bilden nur eine kleine Minderheit und rekrutieren sich aus solchen Kassenärzten, die in einem Anstellungsverhältnis zu Kassen stehen und bei Einführung der freien Arztwahl für ihre Praxis fürchten, oder es sind ältere Ärzte, denen die Entwicklung des Ärztestandes und die Hervorkehrung des finanziellen Moments unangenehm ist, und die dafür die freie Arztwahl anschuldigen. Die letztgenannte Gruppe setzt sich aus Idealisten zusammen, die der Entwicklung der Dinge nicht haben folgen können. Es ist wohl niemand unangenehmer als der Ärzteschaft, daß sie in Konflikte mit den Kassen verwickelt wird, und daß sie beständig wegen der Bezahlung feilschen muß. Der Ekel gegen diese dauernden wirtschaftlichen Kämpfe war zuletzt in Ärztekreisen so groß geworden, daß die Stimmen in auffallender Weise sich mehrten, die für einen vertraglosen Zustand mit den Kassen plädierten. Den Kassen ist es nunmehr freigestellt, den Kranken ein höheres Krankengeld zu geben, wenn sie die ärztliche Hilfe nicht in natura zu leisten vermögen. Ich bin darauf in dem Kapitel über die Rechte der Versicherten näher eingegangen. Alsdann würden die Ärzte mit den Kassen nichts zu tun gehabt haben, und hätten so wie früher nur Privatpatienten. In der Begründung zu den Vertragsentwürfen, die von der Krankenkassenkommission des deutschen Ärztevereinsbundes ausgearbeitet sind, heißt es über den vertraglosen Zustand: „Die Verantwortung, diesen Zustand herbeizuführen, haben die Beauftragten in ihrer Mehrheit nicht tragen zu können geglaubt. Das 28 jährige Bestehen der Krankenversicherung hat gerade durch die Fehler ihrer Organisation eine große Zahl von ärztlichen Einzelwirtschaften in völlige Abhängigkeit von der Existenz vertraglicher kassenärztlicher Tätigkeit gebracht, die durch den plötzlichen Wegfall dieser Verträge wirtschaftlich ruiniert werden könnten. Noch größer aber erschien die Gefahr für die soziale Krankenversicherung selbst, die ohne Zweifel unter

solchen Umständen unhaltbar geworden wäre. So schwer auch die deutsche Ärzteschaft durch die Fehler der Krankenversicherung wirtschaftlich und sozial geschädigt worden ist, niemals hat sie ihre vielfachen Segnungen für die Volksgesundheit verkannt und niemals hat sie auch nur im entferntesten die Absicht gehabt, diese Segnungen zu zerstören."

Ich komme nun zu der Stellung, die die deutsche Arbeiterschaft zur Arztfrage einnimmt. Die freie Arztwahl war zunächst überhaupt eine Forderung der Arbeiterkreise und wurde 1892 von ihnen in Berlin gewünscht. Schon damals setzten sich die Kassenverwaltungen dem entgegen. Es ist beachtenswert, daß selbst heute noch von sozialdemokratischer Seite die freie Arztwahl in der Krankenversicherung gefordert wird, aber — nur dann, wenn es sich um Betriebskrankenkassen handelt. Dann soll die freie Arztwahl ein ausgleichendes Moment für das Übergewicht des Arbeitgebers sein. Dabei wird verkannt, daß ein ebensolches Übergewicht in den Ortskrankenkassen der Verwaltung und dem Vorstande zukommt. Das Organ der deutschen Gewerkvereine hat demgegenüber mit Recht darauf hingewiesen, daß die Furcht, der Arzt gerate in Abhängigkeit von den Kassenpatienten und könne die Arbeiter nicht zur Arbeit zwingen, bei den Kassenvorständen nicht zu verstehen sei, die selbst durchaus von denselben Kassenmitgliedern abhängig seien. Die Furcht vor der freien Arztwahl sei nichts als ein unberechtigtes Mißtrauen in die Arbeiterschaft und entspringe der Furcht vor Simulation. Auch in sozialdemokratischen Arbeiterkreisen ist noch heute die freie Arztwahl ebenso begehrt wie ehemals, nur wenn dieselben Arbeiter Kassenvorstände werden, bekommen sie Ansichten, die denen des Unternehmers bei einer Betriebskrankenkasse durchaus entsprechen. Bemerkenswert ist die Stellung, die der Zentralrat der deutschen Gewerkvereine in einer Entschließung im Jahre 1910 eingenommen hat.

„Von den verschiedenen im Rahmen der öffentlich-rechtlichen Krankenversicherung möglichen Systemen ärztlicher Behandlung gebührt der freien Wahl unter den im Bezirke der Krankenkassen tätigen Ärzten entschieden der Vorzug. Auch im Interesse der Versicherten verdient diese Art der Ärztewahl weiteste Verbreitung; deshalb ist es dringend erwünscht, daß die Reichsversicherungsordnung die Einführung der freien Arztwahl vor anderen Systemen erleichtert und fördert. Unsere in den Krankenkassen tätigen Mitglieder haben die Pflicht, für Einführung der freien Arztwahl unermüdlich zu arbeiten. Die Ortsvereine und Ortsverbände sollen besonders bei Wahlen zu den Kassenorganen die Frage der freien Arztwahl in den Vordergrund ihrer Aufklärungsarbeit stellen."

Ich möchte auch darauf aufmerksam machen, daß seitens der Postbeamten bei der Errichtung der Postkrankenkassen die freie Arztwahl als selbstverständlich angesehen wurde, und daß auch die Postverwaltung sich damit abgefunden hat.

Die Kassenorganisationen nehmen dagegen der freien Arztwahl gegenüber eine durchaus andere Stellung ein. So groß sonst auch die Gegensätze zwischen den Kassenorganisationen sein mögen, im Punkte der Arztfrage sind sie zugunsten des Arztzwanges einig. Es werden mannigfache Gründe dafür angeführt, über deren Stichhaltigkeit man zum mindesten streiten kann. Diese Gründe, auf die ich nachher kurz eingehen werde, sind aber für die Stellung der Kassen nicht so ausschlaggebend als die Tatsache, daß sie die freie Arztwahl als einen Eingriff in ihre Selbstverwaltung ansehen. Wie wenig die Selbstverwaltung bedroht wird, geht daraus hervor, daß einsichtige Ar-

beiterkreise, die sich mit der Frage beschäftigt haben, darin nur eine agitatorische Phrase sehen. „Lediglich wenn man Selbstverwaltung und Willkür des Kassenvorstandes auf einen Nenner bringt, erhält die Phrase einen Schein von Recht." (Der Gewerkverein, 1911.) Die Bedrohung der Selbstverwaltung kann nur dann gerechtfertigt erscheinen, wenn man das Verhältnis der Ärzte zur Kasse als das von Arbeitern zu ihren Arbeitgebern auffaßt. Eine derartige Auffassung ist merkwürdigerweise in Kassenkreisen weit verbreitet, sie zeugt von einer maßlosen Überhebung der Verwaltungsbeamten und der im Vorstande der Kasse sitzenden Arbeiter und Unternehmer. Das Verhältnis der Ärzte zu den Kassen ist ein vertraglich geregeltes, in dem Leistung und Gegenleistung festgesetzt sind. Es wird keinem Menschen einfallen, daß ein Lieferant der „Arbeiter" des Konsumenten, daß ein Rechtsanwalt der „Arbeiter" seines Klienten ist. Der Rechtsanwalt wird auch dadurch noch nicht zum Arbeiter, wenn er mit einer Haftpflichtversicherungsgesellschaft einen Vertrag abschließt, wonach er sich verpflichtet, sämtliche Haftpflichtprozesse für die Gesellschaft zu führen. Und wenn nun andererseits sämtliche Rechtsanwälte einer Stadt sich gegenseitig verpflichten, einen derartigen festen Vertrag mit einer Versicherungsgesellschaft nicht abzuschließen, so kann man nicht von einem Streik reden, in den die Rechtsanwälte eintreten. Man redet aber davon, sobald es sich um Ärzte auf der einen Seite und Kassen auf der andern Seite handelt. Man erkennt aus diesem Vergleich, daß es sich bei der Bedrohung der Selbstverwaltung und bei dem Ausdruck „Ärztestreik" nur um agitatorische Phrasen handelt. Tatsächlich ist der Widerstand der Kassen gegen die freie Arztwahl daraus zu erklären, daß sie die Vertragsfreiheit der Ärzte nicht anerkennen wollen. Gehen die Ärzte einen Vertrag mit der Kasse nicht ein, so besteht ein vertragloser Zustand, ebenso wie wenn die Rechtsanwälte mit jener Versicherungsgesellschaft einen Vertrag nicht eingehen wollen. Man kann also auch nicht von einem Ärztestreik sprechen, da die Erfüllung der fundamentalen öffentlichen Zwecke, nämlich der Gesundheitspflege, von dem Abschluß oder Nichtabschluß eines Vertrages vollständig unabhängig ist. Abgesehen davon, daß der Arzt durch das Strafgesetz verpflichtet ist, in Notfällen, unbekümmert um Bezahlung, ärztliche Hilfe zu leisten, ist er es auch durch seine Standespflichten. In einem Urteil (14. V. 06) hat der preußische Ehrengerichtshof für Ärzte ausgesprochen: „Es ist davon auszugehen, daß es grundsätzlich von der freien Entschließung des Arztes abhängt, ob er die Behandlung eines Kranken im Einzelfall übernehmen will, und ein Zwang zur Übernahme einer Behandlung für den Arzt rechtlich nicht begründet ist, daß es aber ausnahmsweise Fälle geben kann, die so schwer und dringlich sind, daß der Arzt seine Hilfeleistung nicht verweigern darf, ohne mit den Gepflogenheiten und Auffassungen seines Standes in Widerspruch zu geraten. Es ist von den Angehörigen des ärztlichen Standes stets als eine Ehren- und Standespflicht erachtet worden, in Fällen dringender Lebensgefahr ihre ärztlichen Dienste bereitwilligst und bedingungslos zur V fügung zu stellen."

Der bisherige Standpunkt der Kassen ist nur insofern begreiflich, als die Kassen gesetzlich zur Gewährung der ärztlichen Hilfe in natura gezwungen waren und sich infolgedessen bedingungslos den Forderungen der Ärzte fügen mußten. Sie machten zwar den Versuch, von auswärts Ärzte gegen besonders hohe Bezahlung zu erhalten; aber dieser Versuch mißglückte meistens, da inzwischen die gewerkschaftliche Organisation entstanden war und in den Kampf der Ärzte eingriff. Dadurch ist in Kassenkreisen eine große Verbitterung

entstanden. Diese Verbitterung ist auch begreiflich. Aber die Schuld an der üblen Lage der Kassen trugen nicht die Ärzte, sondern der Gesetzgeber, der nur eine Naturalleistung vorgesehen hatte. Infolgedessen wurde seitens der Kassen die Wiedereinführung des Kurierzwangs gefordert. Ich kann auf diese Frage nicht näher eingehen. Ich möchte nur andeuten, daß auf Rundfragen der Regierung sich sämtliche Ärztekammern mit Entschiedenheit gegen den Kurierzwang ausgesprochen haben. Tatsächlich ist der Kurierzwang in unserer heutigen Zeit überlebt und würde zu unglaublichen Konsequenzen führen. Ich erinnere nur daran, daß wir heute ein ausgebreitetes Spezialistentum haben, dessen Unterbringung bei einem allgemeinen Kurierzwang schwierig wäre, daß die letzten Jahrzehnte uns Heilmittel und Heilmethoden beschert haben (Salvarsan, Lichttherapie, Röntgenstrahlen, Radium, Mechanotherapie), deren Anwendung wegen der besonderen Kosten doch außerhalb des Kurierzwangs gestellt werden müßte usw. Tatsächlich hat der Gesetzgeber in der RVO. das andere Mittel ergriffen, nämlich den Kassen im Ausnahmefalle zu gestatten, statt der ärztlichen Hilfe eine Geldentschädigung zu gewähren. Man kann also jetzt nicht mehr von einer Notlage der Kassen sprechen, wenn ein Vertrag mit den Ärzten nicht zustande kommt. Wenn trotzdem noch die Kassenverbände an ihrem ehemaligen Standpunkte festhalten, so muß man darin nur den Ausdruck einer Machtüberhebung sehen. Der Eingriff in die Selbstverwaltung der Kassen ist meines Erachtens ebenso vorhanden, wenn jeder Apotheker des Kassenbezirkes zur Arzneimittellieferung zugelassen werden muß, falls er dem mit anderen Arzneimittelhändlern von den Kassen vereinbarten Vertrage einseitig beitritt. Ebenso sind an sich alle Krankenhäuser durch das Gesetz zur Krankenhausbehandlung zugelassen, die Krankenkasse kann ein Krankenhaus, sobald es sich um ein öffentliches oder Stiftungskrankenhaus handelt, nur aus einem wichtigen Grunde ausschließen.

Die Kassenverbände wenden ein, daß ihnen durch die freie Arztwahl unbesehen jeder im Kassenbezirk wohnende Arzt aufgezwungen werde. Dieser Einwand ist ein Vorwurf gegen den Staat. Denn das Gesetz zwingt die Kassen nicht, jeden Menschen, der sich mit der Behandlung von Kranken beschäftigt, zuzulassen, sondern solche Personen, die die staatliche Approbation erhalten haben, und die der Staat also für reif hält, die Krankenbehandlung zu übernehmen. Wenn nicht ein jeder Arzt an sich geeignet sein sollte, die Behandlung von Kassenpatienten zu übernehmen, so liegt das an der unzureichenden Ausbildung der Studenten während des Studiums, die einen Unterricht in sozialer Medizin meistens überhaupt nicht erhalten. Trotzdem haben sich die Ärzte bereit erklärt, selbst durch Kontrollkommissionen dafür zu sorgen, daß die Rechte der Kassen gewahrt bleiben, daß Übergeschäftigkeit unterdrückt und Vielschreiberei beim Rezeptieren bestraft wird. Man kann mit jenem Einwand nicht operieren, um einen großen Teil der Ärzteschaft von der Ausübung der Praxis zurückzuhalten. Dem einzelnen Kranken muß es natürlich erlaubt sein, sich den Arzt zu wählen, den er für geeignet hält. Dieses Recht kann aber unmöglich öffentlich-rechtlichen Korporationen zugestanden werden, die insgesamt von 65 Millionen der Bevölkerung vom 1. Januar 1914 ab 25 Millionen im Krankheitsfalle versorgen, und die bei weiterer Ausdehnung der Familienversicherung bis zu 60 Millionen und mehr in eigene Fürsorge nehmen können. Der Staat hat mit der Approbation dem Arzte nicht nur die Bestätigung gegeben, daß er Kranke behandeln kann, sondern er hat ihm weiterhin auch das Recht gegeben, sich überall, wo er will, in der Krankenbehandlung zu betätigen. Dieses Recht darf durch die Krankenkassen nicht

verkümmert werden. Die Ablehnung der freien Arztwahl durch die Kassen bedeutet den Ausschluß Tausender von Ärzten von der Praxis. Einen derartigen Ausschluß vorzunehmen, sind öffentliche Rechtsträger nicht befugt, da sie dem Staat damit in die Arme fallen und die von ihm erteilte Approbation ignorieren.

Von nebensächlicher Bedeutung sind die Einwürfe, daß durch die freie Arztwahl die persönlichen Beziehungen der Kasse zu den Ärzten gelockert werden. Es kommt dabei immer auf die Größe der Stadt und des Bezirkes an. In einer kleinen Stadt, wo bei der Ortskrankenkasse die 3 im Orte praktizierenden Ärzte zugelassen sind, werden bei freier Arztwahl solche Beziehungen bestehen, die in der Großstadt auch bei Arztzwang unmöglich sind, wenn die Kasse 200 oder 300 Kassenärzte hat. Ebenso unwichtig ist der Einwand, daß die Krankenkontrolle erschwert werde, da die Kranken bald diesen, bald jenen Arzt in Anspruch nehmen. Auch bei der freien Arztwahl sind dagegen Kontrollmaßnahmen vorgesehen. Im übrigen ist die Krankenkontrolle Sache der Kassen und kann unmöglich dem Arzt zugemutet werden. Es spricht vielmehr dieser Einwand zu ungunsten des Arztzwanges, da er die Krankenkontrolle als selbstverständliche Aufgabe des angestellten Kassenarztes hinstellt.

Von erheblicher Bedeutung ist dagegen der letzte Einwand, den ich besprechen möchte, der von Seite der Kassenverbände gemacht wird. Man behauptet: Die freie Arztwahl trägt zur Erhöhung der Arzt- und Arzneikosten und zur Förderung des Simulantentums bei, weil sie die Mitglieder veranlaßt, diejenigen Ärzte zu bevorzugen, welche in Hinsicht auf manche ärztlichen Verrichtungen, insbesondere im Verschreiben von Arzneien und in der Ausstellung von Krankheitsbescheinigungen, am weitesten gehen. Der Einwand zerfällt in zwei Teile, da er einmal eine finanzielle Schädigung der Kassen, sodann eine Minderung des moralischen Gefühls annimmt.

Die Behauptungen über die ruinöse Wirkung der freien Arztwahl auf die Kassenfinanzen stützen sich einmal auf statistische Nachweisungen, aus denen hervorgehen soll, daß Kassen mit Arztzwang billiger arbeiten als Kassen mit freier Arztwahl. Solche Kassen werden miteinander verglichen. Natürlich bringt die Gegenseite dann andere Statistiken bei, aus denen das Gegenteil hervorgeht. Das ist ohne weiteres verständlich, da ein statistischer Beweis, welchen Einfluß das Arztsystem auf die Kassenfinanzen hat, überhaupt unmöglich ist. Es ist bedauerlich, daß derartige Statistiken auch ihren Weg in wissenschaftliche Bücher finden, und daß ein bekannter Sozialpolitiker die Krankheitshäufigkeit und die Krankheitsdauer in Württemberg und im Reich nebeneinanderstellt, um dann zu sagen, solange nicht die hohe Krankheitshäufigkeit in Württemberg erklärt sei, müsse man die freie Arztwahl dafür verantwortlich machen. Natürlich liegen hierfür gar keine vergleichbaren Ziffern vor. Ich habe in dem Kapitel über Krankheit die Ursachen der Krankheitshäufigkeit eingehend behandelt. Dort erkennt man, welchen Einfluß hauptsächlich die Zusammensetzung des Mitgliedermaterials und die Leistungen der Kassen auf die Krankheitshäufigkeit und Krankheitsdauer und damit indirekt auf die Krankheitskosten haben. Alle andern Einflüsse verschwinden dagegen. Dort habe ich auch gezeigt, welchen Einfluß die Lohnhöhe hat, und wie die Einführung eines Zuschußkrankengeldes durch Gewerkschaften eine Erhöhung der Krankheitskosten bedingt, die außerordentlich groß ist. Die mannigfachsten Faktoren sind für die Zunahme der Krankheitshäufigkeit heranzuziehen, darunter auch die freie Arztwahl. Aber diese hat, soweit man

überhaupt aus der Statistik Schlüsse ziehen kann, selber daran einen minimalen Einfluß. Wenn Kassen mit freier Arztwahl in der Regel höhere Krankheitskosten haben als solche mit Arztzwang, so beruht dies vielfach darauf, daß sie höhere Leistungen gewähren. Ein schematischer Vergleich zwischen 2 Kassen mit verschiedenem Arztsystem hat gar nichts zu bedeuten und zeigt nur, daß dem Autor die Grundlagen der Statistik unbekannt sind. Die freie Arztwahl hat in der Praxis gezeigt, daß sie durchaus mit geordneten Kassenfinanzen vereinbar ist. Wenn die Einführung der freien Arztwahl in einer Kasse zerstörend auf die Finanzen wirkt, so werden dabei stets noch Kräfte im Spiele sein, die eine bewußte Mißkreditierung des Systems beweisen wollen.

Was die moralischen Folgen der freien Arztwahl anbetrifft, so wird mit Recht hervorgehoben, daß solche Folgen nur bei Ärzten mit einem labilen Standesgefühl zu befürchten sind, das schon die Furcht vor materieller Einbuße aus dem Gleichgewicht bringt. Diese Ärzte werden es aber gerade verstehen, bei Arztzwang sich in Kassenarztstellen zu drängen und so noch viel schlimmer, wenn auch zum Schaden der Kranken, wirken. Je größer der Zudrang zum ärztlichen Beruf ist, umso geringer kann selbstverständlich die Auslese sein. Es werden sich in jedem Beruf Leute finden, die nicht zu den Zierden ihres Standes gehören. Gerade diese Leute können aber nicht anders erzogen und im Zaume gehalten werden, als wenn sie wissen, daß sie von Personen kontrolliert werden, die ihnen an Sachkenntnis gleich, an moralischer Kraft aber überlegen sind.

Das System der freien Arztwahl steht bei manchen in dem Geruche, als ob es ein Mittel gegen die Überfüllung des ärztlichen Standes sein soll. Zweifellos hat die Überfüllung des ärztlichen Standes seinerzeit die Veranlassung dazu gegeben, daß man den Ausschluß eines immer größer werdenden Teils der Ärzteschaft besonders hart empfand und sich dagegen wehrte. Man unterschätzt aber die Bedeutung der freien Arztwahl, wenn man glaubt, daß es sich lediglich um eine pekuniäre Angelegenheit gehandelt hätte. Dann hätte die Bewegung nicht eine solche Stoßkraft gehabt. Bei der freien Arzt wahl kamen in erster Linie ideelle Beweggründe in Betracht. In den meisten Fällen waren die angestellten Ärzte bereit, freiwillig ihre Kassenpfründen aufzugeben, zugunsten der freien Arztwahl zu verzichten und dadurch selber ihre Einnahmen zu mindern. Vielfach wurde solchen Ärzten noch für ein Jahr ihr altes Einkommen durch die ärztliche Organisation garantiert, aber in der Regel handelte es sich um beträchtliche Einbußen. Diese Opferfreudigkeit ist ein Beweis dafür, daß im Grunde wirtschaftliche Motive nicht ausschlaggebend waren. Die Idee der freien Arztwahl ist nicht unlauteren Charakters, sie ist rein moralisch, sie ist auf dem Marsche und wird sich auch allen Widerständen zum Trotze durchsetzen. Würde es sich nicht um diese Idee, sondern allein um wirtschaftliche Vorteile gehandelt haben, so würden die dauernden Konflikte der Ärzte mit den Kassen schon längst die öffentliche Meinung so erregt haben, daß es keine freie Arztwahl mehr gäbe.

Über die Verbreitung der freien Arztwahl sind wir nur stückweise unterrichtet. Mit den kaufmännischen Ersatzkassen besteht ein Kollektivvertrag. Bei den Ersatzkassen, die nicht diesem Vertrage beigetreten sind, handelt es sich um weniger bedeutende Kassen, die wohl auch größtenteils durch die RVO. verschwinden werden. Die Knappschaftsversicherung hat sich bis jetzt der freien Arztwahl gegenüber vollkommen ablehnend verhalten, von den Eisenbahnbetriebskrankenkassen sind nur einige wenige zur freien Arztwahl übergegangen. Was die übrigen Krankenkassen anbetrifft, so ist die freie Arzt-

wahl heute schon recht weit verbreitet und widerlegt damit ohne weiteres die Behauptungen, daß sie die Kassen wirtschaftlich ruiniere. In Württemberg haben von den 270 Kassen des Kassenverbandes etwa 145 die freie Arztwahl eingeführt. Im Großherzogtum Oldenburg hatten 1909 82 % aller Kassen freie Arztwahl, und zwar

	Kassen überhaupt	davon freie Arztwahl
Gemeindeversicherung	19	14
Ortskrankenkassen	19	16
Betriebskrankenkassen	29	24
Hilfskassen	32	26
Innungskrankenkassen	11	11

In Westfalen hatten im Jahre 1911 von 1306 Krankenkassen (ohne Knappschafts- und Eisenbahnbetriebskrankenkassen) 893 freie Arztwahl, also 68 %.

Im Bereiche der Unfall- und Invalidenversicherung sind bisher erhebliche Differenzen zwischen Versicherungsträgern und Ärzten nicht vorgekommen. Es handelt sich wenigstens nicht um die Austragung von Konflikten, die eine prinzipielle Bedeutung haben. Hinsichtlich der kleineren Meinungsverschiedenheiten werde ich in den Kapiteln über die ärztliche Tätigkeit in der Unfall- und Invalidenversicherung näher berichten.

Ich gehe nunmehr zu den organisatorischen Einrichtungen der Ärzteschaft über, mit deren Hilfe es ihr gelungen ist, ihre idellen und wirtschaftlichen Forderungen durchzusetzen. Es ist dabei zwischen 2 verschiedenen Organisationen zu unterscheiden, dem Deutschen Ärztevereinsbunde und dem Verbande der Ärzte Deutschlands zur Wahrung ihrer wirtschaftlichen Interessen mit dem Sitze in Leipzig, deshalb auch gewöhnlich Leipziger Verband genannt. Der Leipziger Verband ist eine gewerkschaftliche Organisation, die überhaupt die wirtschaftliche Besserstellung des Ärztestandes anstrebt und sich nicht etwa allein auf Besserung im Gebiete der sozialen Versicherung beschränkt, sondern auch auf alle möglichen andern Gebiete übergreift. Der Deutsche Ärztevereinsbund ist demgegenüber die ältere Organisation, die von jeher mehr Wert auf die Vertretung der Standesinteressen gelegt hat, ohne die wirtschaftlichen Interessen besonders hervorzukehren. Der Ärztevereinsbund neigt daher auch mehr zu akademischen Erörterungen, der Leipziger Verband ist eine Kampforganisation. Beide Vereinigungen haben wegen der Verschiedenheit in der Auffassung, mit welchen Mitteln die Besserung im Ärztestande herbeizuführen sei, auch früher im Gegensatz zueinander gestanden. Dieser Gegensatz besteht zurzeit nicht. Indessen sind doch die beiden Verbände, deren Mitgliederbestand sich zum Teil aus denselben Personen zusammensetzt, nicht miteinander zu identifizieren. Der eine ist mehr die offizielle Vertretung der Ärzteschaft, in der gerade wegen des offiziellen Charakters die zurückhaltenden Elemente führend sind. Im Leipziger Verband, der ganz anders aufgebaut ist, überwiegen die radikalen Elemente, die auch vor außerordentlichen Maßnahmen nicht zurückscheuen.

Der Deutsche Ärztevereinsbund ist aus der Vereinigung deutscher Naturforscher und Ärzte hervorgegangen. Diese Vereinigung tagt seit dem Jahre 1822 alljährlich. Sie beschäftigt sich mit naturwissenschaftlicher Forschung im allgemeinen und mit der Forschung auf dem Gebiete der öffentlichen Gesundheitspflege. Schon früher gehörten ihr vornehmlich Ärzte an. Diese Ärzte fanden sich regelmäßig auf den Versammlungen wieder und sprachen

privatim wohl auch miteinander über Standesfragen. In den einzelnen Städten befanden sich Ärztevereinigungen, die eine mehr oder minder lockere Vereinigung darstellten und wissenschaftliche Sitzungen abhielten. In den lokalen Vereinen wurden aber auch die brennenden Tagesfragen behandelt, so Mitte des vorigen Jahrhunderts die Frage hinsichtlich eines einheitlichen Ärztestandes, die Abschaffung des Kurierzwanges usw. Damals gab es noch keinen einheitlichen Ärztestand, sondern man unterschied Ärzte, Wundärzte I. Klasse und Wundärzte II. Klasse. Für die Erörterung solcher Fragen fehlte es an einer zentralen Vereinigung. Denn die Naturforscherversammlung verfolgte, wie ich erwähnte, rein wissenschaftliche Zwecke. Infolgedessen traten im Jahre 1872 auf der Naturforscherversammlung zu Leipzig die Vertreter der ärztlichen Vereine zusammen und gründeten den Deutschen Ärztevereinsbund. Nach den jetzigen Satzungen muß jeder ärztliche Verein, der dem Bunde als Mitglied angehört, folgende Aufgaben und Zwecke verfolgen:

1. Förderung der ärztlichen Wissenschaft und Kunst sowie der Interessen des ärztlichen Standes,
2. Teilnahme an der öffentlichen Gesundheitspflege und Medizinalgesetzgebung,
3. Förderung der Errichtung einer Ärztekammer, falls eine solche für das Staatsgebiet noch nicht vorgesehen ist.

Die Sitzungen des Ärztevereinsbundes finden alljährlich statt. Der Bund hat sich seit seinem Bestehen mit folgenden Fragen beschäftigt: Reichsseuchengesetz, Reichsimpfgesetz, Leichenschaugesetz, obligatorische Fleischbeschau, Errichtung von Lehrstühlen für Hygiene, Regelung des Haltekinderwesens, der Säuglingsernährung, des Apothekenwesens, Bekämpfung des Geheimmittelwesens und der Kurpfuscherei, über die Stellung der Ärzte zum Staat, zu den Gerichten, zur Gewerbeordnung, zu den privaten Versicherungsgesellschaften, zu den Krankenhäusern, über die Reorganisation des ärztlichen Unterrichts usw. Allmählich traten mehr die Standesfragen und das Verhältnis zu der sozialen Versicherung bei den Verhandlungen hervor.

Der Ärztetag wandte sich dagegen, daß in Sachsen Kurpfuscher zur kassenärztlichen Behandlung zugelassen wurden, machte später allerhand Vorschläge zur Reform der Krankenversicherung, verlangte 1890 im Interesse der Ärzte wie der Krankenkassen Vertretung der Ärzte in den Kassenvorständen, Begrenzung der Kassenmitgliedschaft und ausschließliche Zulassung von approbierten Ärzten. Schon im Jahre 1884 beschäftigte sich der Ärztetag (Eisenach) mit der Kassenarztfrage, verlangte in erster Linie Bezahlung der Einzelleistungen nach der Mindesttaxe und die Überwachung der abzuschließenden Verträge durch die einzelnen Vereine. Nachdem schon 1891 der Zentralausschuß von Berliner Bezirksvereinen in einer Eingabe an den Reichstag die freie Arztwahl gefordert hatte, setzte der Ärztevereinsbund, der bis dahin noch nicht präzise Stellung zu dieser Frage genommen hatte, das Thema „Freie Arztwahl" auf die Tagesordnung des Ärztetages von 1895. Mit großer Majorität erklärte man die freie Arztwahl für eine berechtigte Forderung der Ärzte. „Die Organisation dieser Einrichtung geschieht am zweckmäßigsten durch Abschluß von Verträgen zwischen ärztlichen Vereinigungen, und zwar, wo solche vorhanden sind, von den staatlich organisierten Vereinen mit den Vorständen der Krankenkassen. Diese Verträge müssen Bestimmungen enthalten über das Honorar, über Abwehrmaßregeln gegen Simulation, Arzneiverschwendung und über andere im Interesse der Kassen und Ärzte not-

wendigen Maßregeln." Man sieht, daß die Forderungen der Ärzte und die Vorschläge für ihre Durchführung schon alt sind. Man behandelte von nun an weiter diese Fragen, machte spezielle Vorschläge und erreichte doch im Grunde mit allen diesen Debatten und Beschlüssen nichts. Vor allem sind die Beschlüsse des Königsberger Ärztetages 1902 maßgebend geworden, die folgende Forderungen enthalten:

1. Die Mitglieder der Krankenkassen sollen die Hilfe jedes Arztes anrufen können, der im Bezirke der Krankenkassen tätig ist und sich auf die vereinbarten Bedingungen verpflichtet hat.
2. Die gegenseitigen Leistungen zwischen Ärzten und Krankenkassen sollen vereinbart werden von Kommissionen, die zu gleichen Teilen von Ärzten des Bezirkes und Delegierten der Krankenkassen gebildet werden.
3. Den Honorarbestimmungen seitens dieser Kommissionen ist die staatliche Taxe zugrunde zu legen. Zur Schlichtung von Streitigkeiten sollen paritätische Einigungskommissionen und Schiedsgerichte mit unparteiischem Vorsitzenden eingerichtet werden.
4. Personen mit Gesamteinkommen über 2000 M. dürfen weder Kassenmitglieder werden noch bleiben.
5. Nur approbierte Ärzte dürfen Kassenmitglieder behandeln.

Da alle Eingaben an die gesetzgebenden Faktoren nutzlos gewesen waren und die Kassen den Forderungen der Ärzteschaft gegenüber sich vollkommen ablehnend verhielten, waren die durchaus theoretischen und akademischen Bemühungen des Ärztevereinsbundes nicht geeignet, der immer höher steigenden Not der Ärzte zu begegnen. Es war der Augenblick gekommen, wo die Hoffnung auf Staatshilfe aussichtslos geworden war, und man sich zur Selbsthilfe entschließen mußte, sollte nicht der ganze Stand wirtschaftlich und moralisch zugrunde gehen. 1899 wurde zum ersten Male der Ruf nach Selbsthilfe laut, aber das Echo war nur gering, da man sich damals noch in dem Zustand hoffnungsloser Lethargie befand und die Verzweiflung erst noch größer werden mußte, bis man sich entschließen konnte, die alten Grundsätze der Zurückhaltung über den Haufen zu werfen und in den wirtschaftlichen Kampf einzutreten. Die weitere Entwickelung der Dinge verlief dann aber mit beispielloser Geschwindigkeit. Im Jahre 1900 machte Dr. Hartmann in Leipzig feste Vorschläge für die Gründung einer Organisation, die noch in demselben Jahre zustande kam und sich später mit anderen ähnlichen Organisationen von minderer Bedeutung vereinigte. In den provisorischen Satzungen des Leipziger Verbandes hieß es:

„Der Verband hat den Zweck, die wirtschaftlihe Lage der Ärzte im ganzen Reiche zu bessern und denselben einen wirksamen Schutz zu gewähren gegen die rücksichtslose Ausbeutung ihrer Arbeitskraft seitens der Krankenkassen und gegen die Übergriffe der Kassenvorstände.

Dieser Zweck soll erreicht werden durch die Vereinigung sämtlicher praktischen Ärzte unter einer gemeinsamen Leitung zur besseren Betätigung eines einheitlichen Willens und durch Ansammeln von Geldmitteln, mit deren Hilfe den Beschlüssen der anerkannten ärztlichen Standesvertretungen ein fester Rückhalt gegeben werden kann."

Der Verband stellte sich also die Aufgabe, das durchzusetzen, was der Ärztevereinsbund bisher vergeblich durch Worte erstrebt hatte. Der älteren Organisation wurde vorgeworfen, sie hätte sich als vollkommen ohnmächtig erwiesen. Dieser Vorwurf, den sich der Ärztevereinsbund nicht gefallen lassen wollte, und die Eifersucht, daß die neue Organisation in seine eigenen Reihen drang, brachte beide Verbände in Gegensatz. Allmählich bahnte sich aber eine Verständigung an, so daß der Leipziger Verband nunmehr als wirtschaft-

liche Abteilung dem Ärztevereinsbunde angegliedert ist. Das Ferment, das durch die neue Organisation in den alten Verband gebracht wurde, wirkte auch in diesem bald, so daß der Ärztevereinsbund, entgegen seinem bisherigen Verhalten, auf dem 5. außerordentlichen Ärztetage zu Berlin 1903 folgende Resolution annahm: „Im Hinblick auf die bisher fruchtlosen Versuche, die Reichsregierung zur Berücksichtigung der ärztlichen Forderungen zu veranlassen, ruft der deutsche Ärztetag die deutschen Ärzte auf: bis zur zufriedenstellenden Lösung der Kassenarztfrage in festem Zusammenschluß die Mittel der Selbsthilfe nachdrücklich zur Anwendung zu bringen."

Der Unterschied zwischen beiden Organisationen, die auch verschiedene Zeitungsorgane herausgeben, tritt am meisten in der Art der Mitglieder hervor. Der Ärztevereinsbund enthält nur korporative Mitglieder, die Ärztevereine; der Leipziger Verband enthält nur Einzelmitglieder. Über die Arbeitsmethoden des Leipziger Verbandes äußert sich dessen Merkbuch folgendermaßen:

„Seine gewerkschaftlichen Arbeitsmethoden sind in erster Linie das Koalitionsrecht und die Vertragsverweigerung, Maßnahmen, die sich durchaus auf dem Boden des natürlichen und des öffentlichen Rechts bewegen, denn weder kann es verwehrt werden, daß ein Arzt (oder eine Vielheit von Ärzten) Interessenforderungen, wirtschaftliche Nöte und Kämpfe von Berufsgenossen zu den seinigen macht und durch Solidarität für sie eintritt (Koalitionsrecht), noch kann er zu einem Vertragsabschluß gezwungen werden, von dem er eine Beeinträchtigung berechtigter Interessen befürchten muß (Vertragsverweigerung). Diese Maßnahmen verbürgen den Erfolg ohne weiteres, wenn sie sich auf den geschlossenen Willen der Gesamtheit stützen (Organisationsgedanke); um diesem Willen eine greifbare Unterlage zu geben, wurde durch Ärztetagbeschluß das Allgemeine Deutsche Schutz- und Trutzbündnis gegründet in Gestalt des Verpflichtungsscheines des Ärztevereinsbundes, durch dessen Unterschrift die standestreuen Ärzte die selbstverständliche Verpflichtung auf sich nehmen, daß sie den in Konflikten mit Kassen befindlichen Kollegen nicht in den Rücken fallen werden. Ob irgendwo ein Konflikt besteht, darüber befindet in letzter Linie nach eingehender sachlicher Prüfung die Leitung des Leipziger Verbandes, indem sie auf Antrag der zuständigen örtlichen Organisation und im Einvernehmen mit ihrem zuständigen Sektionsvorstand die Sperre (Cavete) über eine Kasse usw. verhängt. Die grundsätzlichen Voraussetzungen, von denen diese Maßnahme abhängig gemacht werden muß, sind im übrigen ein für allemal festgelegt. Alle ordnungsgemäß verhängten Sperren werden veröffentlicht durch die Cavetetafel des LV., die in den „Ärztlichen Mitteilungen" und im „Ärztlichen Vereinsblatt für Deutschland" sowie in fast allen ärztlichen Standes- und Fachblättern regelmäßig abgedruckt wird. Die Annahme einer gesperrten Stelle gilt bei der Ärzteschaft als standesunwürdig. In Fällen, wo zwar die Voraussetzungen für eine Sperre nicht zutreffen, wo jedoch eine besondere Aufmerksamkeit oder Vorsicht des Bewerbers im berechtigten Interesse Beteiligter oder der Organisationsbestrebungen wünschenswert ist, veröffentlicht die Verbandsleitung im Verbandsorgan kurze Notizen unter der Überschrift des Ortes, um den es sich handelt (Warnungen); hierzu geben in erster Linie sachlich unberechtigte, aussichtslose, meist anonyme Arztgesuche unberufener Personen Anlaß."

Eine Schilderung der Einzelkämpfe, die der Leipziger Verband durchgefochten hat, kann nicht die Aufgabe dieses Buches sein. Es konnte natürlich

nicht unterbleiben, daß die Kampfesweise des Verbandes in Kassenkreisen und darüber hinaus unliebsames Ärgernis erregt hat. Der Leipziger Verband und die Kassenverbände leben in heftigster Fehde miteinander. Von beiden Seiten werden Vorwürfe erhoben, die von der Gegenseite aufs lebhafteste bestritten werden, so daß es zurzeit überhaupt nicht möglich ist, sich über die tatsächlichen Vorkommnisse des Einzelfalls ein klares Bild zu machen. Gegenüber den Behauptungen, daß der Leipziger Verband mit Gewaltmitteln vorgeht, ist festzuhalten, daß die gewerkschaftlichen Maßnahmen nur moralisch auf die Ärzte einwirken. Nach der feststehenden Entscheidung des Ehrengerichtshofes macht sich der Arzt keines Vergehens gegen die Standesehre schuldig, wenn er sich der freien Arztwahl nicht anschließt und diese Ansicht durch Wort oder Tat vertritt. Auch die Verpflichtungsscheine haben nur einen begrenzten Wert. Sie sind zivilrechtlich nach den Entscheidungen des Reichsgerichts wahrscheinlich nicht bindend, da dem Arzt nach anderen Entscheidungen (Bd. 66, S. 145, B. 68, S. 186) die Wahl des Niederlassungsortes frei bleiben müsse. Der Arzt ist also nur ehrenwörtlich verpflichtet. Diese Bindung hat sich allerdings als ausreichend erwiesen, um das Gros der Ärzte an den Leipziger Verband zu fesseln. Die Ärzte, die ihr Ehrenwort gebrochen haben oder in professioneller Weise ihren Kollegen in den Rücken fallen, sind gering an Zahl. Dem Leipziger Verband steht eine gelbe Gewerkschaft, der Reichsverband deutscher Ärzte, entgegen, der aber gänzlich unbedeutend geblieben ist und nicht mehr als 200 Mitglieder zählt. Er vertritt das Interesse der Kassen und hält daran fest, daß die Bestimmung des Arztsystems den Kassen zukomme, er scheint wohl gar prinzipiell für das System der angestellten Kassenärzte einzutreten. Außerdem sind in den Reihen der Knappschaftsärzte und der Bahnärzte aus leicht erklärlichen Gründen persönlicher Art zahlreiche Gegner der freien Arztwahl und des Leipziger Verbandes zu finden. Der Ärztevereinsbund und der Leipziger Verband gehen übrigens bei der Ersetzung anderer Arztsysteme durch die freie Arztwahl durchaus vorsichtig und nicht gegen den Willen der Betreffenden vor, wie ich früher auseinandersetzte.

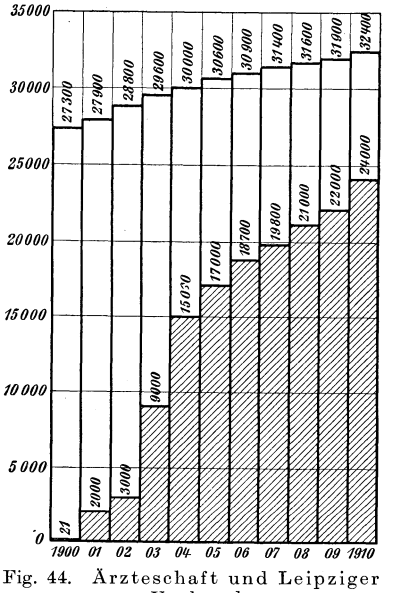


Fig. 44. Ärzteschaft und Leipziger Verband.

Die weißen Säulen stellen die Zahlen der überhaupt approbierten Ärzte dar, die schraffierten Säulen zeigen, wie viele der approbierten Ärzte dem Leipziger Verbande angehören. Der Organisationsgedanke hat schnell eine außerordentliche Verbreitung gefunden.

Die Wirksamkeit des Leipziger Verbandes ist sehr vielseitig. Bis zur Mitte des Jahres 1911 hatte er in 1022 Kämpfe mit den Kassen eingegriffen, von denen 921 zugunsten der Ärzte und 11 vorläufig zugunsten der Kassen entschieden wurden. Am 1. Mai 1911 standen noch 90 Orte auf der Cavetetafel. Es wurden außerdem 77 Warnungen vor Niederlassungen in ungeeigneten Orten veröffentlicht. Der Verband hat eine Vermittlungsstelle einge-

richtet, die in demselben Jahre 3038 Assistenten-, Vertreter-, Praxis-, Praktikanten- und Schiffahrtsstellen vermittelt hat. Der Verband hat eine Auskunftsstelle eingerichtet, eine Buchhandlung begründet. Die Witwengabe des Verbandes zahlt jährlich etwa 28 000 M. an bedürftige Arztwitwen und -waisen aus. Die Darlehns- und Sterbekasse hat Darlehen von rund 500 000 Mark gewährt. Die Mitgliederzahl beträgt rund 24 000. Das rapide Anwachsen des Verbandes ist aus dem Schaubild (Fig. 44) ersichtlich, das die Zahlen der in Deutschland approbierten Ärzte und der im Leipziger Verband vereinigten Ärzte wiedergibt. Viele Ärzte fallen für die Praxis fort, so die beamteten Ärzte, die Professoren und die Militärärzte. Andererseits gehören dem Verbande auch zahlreiche Personen dieser Kategorie, neuerdings auch Medizinalpraktikanten, aus Sympathie an. Der Verband selber schätzt, daß ihm 95 % der praktisch in Betracht kommenden Ärzte als Mitglieder angehören.

Im Interesse der Versicherung wäre es zu wünschen, wenn bald Frieden zwischen Ärzten und Kassen einträte. Nach Wiebel sind die Aussichten allerdings nur gering. Er schreibt: „Die Kassenverbände, unter ihnen der Betriebskrankenkassenverband und der Ortskrankenkassenverband, haben untereinander folgende Maßnahmen vereinbart: Die freie Arztwahl soll ohne weiteres abgelehnt werden. Eine Sonderhonorierung für die Behandlung der besser gelohnten Versicherten soll nicht zugestanden werden, vielmehr höchstens eine allgemeine mäßige Erhöhung des jetzt gezahlten kassenärztlichen Honorars. Von dem in § 122 der RVO. gegebenen Recht, Heildiener zu selbständigen Hilfeleistungen heranzuziehen, soll der weitgehendste Gebrauch gemacht werden. Der § 370 der RVO., durch den das Oberversicherungsamt die Kassen ermächtigen kann, statt der Krankenpflege oder sonst erforderlichen ärztlichen Behandlung eine Barleistung bis zu zwei Dritteln des durchschnittlichen Betrages ihres gesetzlichen Krankengeldes zu gewähren, soll zur Anwendung gebracht werden, falls die Ärzte sich mit dem Angebot der Kassen nicht zufrieden geben. Im Konfliktsfalle sollen die Kassen Vertrauensärzte anstellen, denen hauptsächlich die Aufgabe zufallen soll, die Kranken hinsichtlich ihrer Arbeitsunfähigkeit zu begutachten. Die Kassenpraxis soll noch mehr als bisher auf wenige Ärzte konzentriert werden in der Weise, daß die Betriebskrankenkassen auch die Ärzte der Ortskrankenkassen beschäftigen und umgekehrt. Den Krankenkassen wird empfohlen, den Schutz der Regierung für die „arbeitswilligen" Ärzte anzurufen."

Falls wirklich die Taktik der Kassenverbände die angegebene sein sollte, so würde damit die Krankenversicherung in Frage gestellt werden. Es ist zu hoffen, daß doch noch eine Einigung erfolgen wird. Wenn allerdings nicht der deutsche Ärztestand preisgegeben werden soll, so kann die Einigung nur auf der Basis erfolgen, daß die freie Arztwahl den Regelfall in der ärztlichen Versorgung darstellt. Nur in besonderen Fällen können andere Arztsysteme als zulässig angesehen werden. Daß mit der generellen Einführung der freien Arztwahl der Ruin der Krankenkassen verbunden sei, ist eine Behauptung, die durch die zahlreichen Beispiele guten Gedeihens von Krankenkassen bei freier Arztwahl widerlegt wird.

Literatur.

Puppe, Die Bestrebungen der deutschen Ärzte zu gemeinsamer Wahrung ihrer wirtschaftlichen Interessen. Wiesbaden 1911.
Gabriel, Die kassenärztliche Frage. Leipzig 1912.

Wulff, Die Krankenkassen im Herzogtum Oldenburg in den Jahren 1907—09. Beilage zu den Mitteilungen für die Mitglieder des Ärztevereins im Herzogtum Oldenburg.
Rabe, Ärztliche Wirtschaftskunde. Leipzig 1907.
Peiper, Einführung in die ärztlichen Berufs- und Standesfragen. Wiesbaden 1906.
Rumpf, Vorlesungen über Soziale Medizin. Leipzig 1908.
Grober, Einführung in die Versicherungsmedizin. Jena 1907.
Kirschstein, Ärzte, Krankenkassen und Leipziger Verband. Berlin 1905.
Wiebel, Die soziale Bedeutung der gegenwärtigen Ärztebewegung. Preuß. Jahrbücher 1909.
Marx, Entwicklung des ärztlichen Standes. Berlin 1907.
Wengler, Der Arzt. Berlin 1906.
Döring, „Cavete, ein freies Wort an die deutsche Ärzteschaft." 1909.
Stier-Somlo, Die Ärztefrage und der Staat. Frankfurt a. M. 1910.
— Ärztestreik und Ärztefrage. Zentralbl. der RV. 1909.
Haeseler, Arzt- und Arbeiterversicherung. Ebenda.
v. Geldern, Ärzte und Versicherungskassen. Die Regelung des Verhältnisses der Ärzte zu den Versicherungsträgern unter Berücksichtigung der RVO. und ihrer Entwürfe. Schmollers Jahrbuch 1912.
Müller, Die freie Ärztewahl in Magdeburg im Lichte der Praxis. Selbstverlag.
— Krankenkassen und freie Arztwahl. Ärztl. Mitteilungen 1911, S. 851.
— Weitere Untersuchungen zur freien Ärztewahl im Lichte der Praxis. Med. Reform 1912, S. 3.
Wiebel, Die Arztfrage in der Krankenversicherung. Leipzig 1912.
Entscheidungen des Preußischen Ehrengerichtshofes für Ärzte. Berlin 1908, 1910.
Leo, Die wirtschaftliche Organisation der geistigen Arbeiter. Jahrbücher f. Nationalök. u. Statistik 1908.
Vademecum für die Ärzte der Provinz Hessen-Nassau. Frankfurt 1906.
Weymann, Gemeinverständliche Darstellung der deutschen Reichsversicherung. Frankfurt 1913.
Banzhaf, Die Arztfrage in Württemberg. Zentralbl. der Reichsversicherung 1909, S. 299.
Stier-Somlo, Die Ärztefrage als gesetzgeberisches Problem. Zentralbl. der Reichsversicherung 1910, S. 125.
Gessner, Krankenkassen und freie Arztwahl. Zentralbl. der Reichsversicherung 1910, S. 65, 145.

Sechzehntes Kapitel.

Die Aufgaben der ärztlichen Tätigkeit in der sozialen Versicherung.

Die ärztliche Tätigkeit in der Krankenversicherung erstreckt sich auf kassenärztliche Tätigkeit und vertrauensärztliche Tätigkeit. Da die Gewährung der ärztlichen Hilfe bei Erkrankungen eine Pflichtleistung der Krankenkassen ist, die nur in Notfällen unter besonderen Bedingungen anderweitig ersetzt werden kann (§ 370), so ist die kassenärztliche Tätigkeit durch das Gesetz bedingt. Bei der vertrauensärztlichen Tätigkeit liegen die Verhältnisse insofern anders, als eine derartige gesetzliche Vorschrift nicht besteht, aber trotzdem ist bei keinem Arztsystem die vertrauensärztliche Kontrolle entbehrlich. Bei der freien Arztwahl wird die vertrauensärztliche Tätigkeit durch die Kontrollkommissionen der ärztlichen Organisation ausgeübt. Häufig wirken aber neben der Kommission noch Einzelärzte als besondere Vertrauensärzte der Kasse. Bei dem System mit angestellten Ärzten hat sich auch der Vertrauensarzt als unentbehrlich erwiesen, da den Kassenvorständen selber die Fachkenntnisse fehlen, um Prüfungen oder Vorschläge, die in das medizinische Gebiet fallen, vornehmen zu können. Dem Wunsche der Ärzteschaft, daß die Kassen einen Arzt oder mehrere Ärzte zu Mitgliedern des Vorstandes machen möchten, wird seitens der Kassen lebhafter Widerstand entgegengesetzt. Immerhin haben einige Kassen die Einrichtung getroffen, den Vertrauensarzt an den Vorstandssitzungen teilnehmen zu lassen. Überall hat sich dieses Vorgehen als zweckmäßig erwiesen, da der Arzt der Kasse wertvolle Fingerzeige geben und manche Konflikte mit der Ärzteschaft im Keime ersticken kann. Nachdem der Arzt als Armenarzt, als Schularzt, Stadtarzt usw. zu den diesbezüglichen Verwaltungsgeschäften in größerem oder geringerem Umfange mit Vorteil hinzugezogen wird, würde die entsprechende Hinzuziehung zu den Geschäften der Kassenverwaltung nicht mehr beispiellos sein und sich auch wohl in größerem Umfange bewähren.

Die Stellung des Kassenarztes ist eine andere als die des Privatarztes, da er nicht nur zu seinem Patienten, sondern auch zu der Kasse in Beziehungen steht. Er ist Beauftragter der Kasse und hat somit bei der Behandlung auch das Interesse der Kasse zu vertreten. Ich habe schon in dem vorigen Kapitel hervorgehoben, daß damit dem Arzte eine Art Kontrolltätigkeit aufgebürdet wird, die an sich dem ärztlichen Berufe fremd ist. Durch diese Zwitterstellung wird die Tätigkeit des Kassenarztes sehr erschwert. Im Einzelfalle wird es nur auf Grund natürlichen Taktgefühles entschieden werden können, wieweit mehr auf die Interessen der Kasse als des Kranken Rücksicht zu nehmen ist. Im allgemeinen geht das Interesse des Kranken vor. Es ist nicht Aufgabe des Arztes, seinen Kranken daraufhin zuerst an-

zusehen, ob die Beschwerden, die er vorbringt, auch berechtigt sind. In der Privatpraxis kommt das überhaupt nicht in Betracht. In der Krankenversicherung können aber bei Arbeitslosigkeit, Streiks, schlechter wirtschaftlicher Konjunktur Verhältnisse eintreten, die dem Versicherten den Bezug des Krankengeldes erwünscht erscheinen lassen. Dieser Fall kann dann auch in Betracht kommen, wenn der Versicherte infolge von Unterstützung durch Zuschußkassen im Erkrankungsfalle keinen Lohnausfall erleidet, vielmehr infolge gewerkschaftlicher Unterstützung Bezüge hat, die den gewöhnlichen Arbeitslohn übersteigen. Besonders bei freiwillig Versicherten besteht das Bestreben, für ihre Einzahlungen bei der Krankenkasse etwas zu haben. Infolgedessen kommen die Versicherten auch bei unbedeutenden Anlässen zum Arzt, um sich behandeln zu lassen, während ein Angehöriger der höheren Berufsstände im gleichen Falle noch lange nicht deshalb einen Arzt konsultieren würde. Das Prinzip der Kostenlosigkeit der ärztlichen Hilfe bedingt die übermäßige Ausnutzung dieser Leistung durch die Versicherten. Trotzdem hat diese Ausnutzung ihre Grenzen, solange es sich um die eigentlichen Versicherten, die Arbeiter usw., handelt. Der Mann versäumt ungern die Arbeit, um sich an den Arzt zu wenden, wenn es Kleinigkeiten betrifft. Im allgemeinen ist überhaupt unsere Bevölkerung nicht so wehleidig und ist es auch nicht, wie behauptet wird, durch die Versicherung geworden, daß die arbeitenden Personen sich wegen jeder Kleinigkeit zum Arzt bemühen. Anders ist das bei der Familienversicherung. Die Frauen wenden sich auffallend gern selbst und im Interesse der Kinder an den Arzt, um wegen aller möglichen diffusen Beschwerden ärztliche Hilfe zu fordern. Diese Tatsache ist psychologisch erklärlich, da die Frauen viel mehr dazu neigen, eine Ware oder eine Leistung sich zugänglich zu machen, wenn sie nur billig ist. Die Notwendigkeit kommt dann erst an zweiter Stelle. Diese Tatsache darf aber den Arzt nicht veranlassen, nun die Kranken ohne weiteres abzuweisen. Denn um eine Beschwerde handelt es sich fast immer, falls nicht gerade Fabuliersucht der Kinder vorliegt. Aufgabe des Arztes ist es nur, die Beschwerde auf das richtige Maß zurückzuführen und nur dann Arznei zu verordnen, wenn sie wirklich nötig ist. Gerade hier ergeben sich oft Schwierigkeiten. Wenn dem Arzte ein Kind zugeführt wird, das infolge schlechter Wohnungsverhältnisse und mangelhafter Ernährung bleichsüchtig ist, so kann der eigentlichen Krankheitsursache nicht begegnet werden, der Arzt darf gewöhnlich auch nicht Stärkungsmittel verschreiben — die Leistungen der Kassen sind in dieser Beziehung sehr verschieden —, er ist also meistens auf die Verordnung von Arznei beschränkt. Wenn man die Berechtigung dieses Vorgehens ohne weiteres anerkennen wird, so kann man eher zweifelhaft sein, wenn nur unbestimmte Klagen über Kopfschmerzen oder Appetitlosigkeit usw. geäußert werden, denen kein Krankheitsbefund entspricht. In solchem Falle mag der Kassenverwaltung die Verordnung von Heilmitteln überflüssig erscheinen, während sie dem Arzt geboten erscheinen wird. Die Tatsache, daß eine Krankheit nicht festgestellt werden kann, schließt eben ihr Vorhandensein nicht aus. Es ist sehr leicht auf Grund von objektiven Symptomen festzustellen, daß ein Krankheitszustand vorliegt, es ist aber fast unmöglich auf Grund des Fehlens von Symptomen festzustellen, daß ein Mensch gesund ist. Man wird sich nur für die Wahrscheinlichkeit entscheiden und Simulation nur auf Grund besonderer Nebenumstände annehmen können. Im allgemeinen wird jeder Mensch, gleichgültig ob er Mitglied einer Kasse ist oder nicht, wenn er sich an den Arzt wendet, auch als krank angesehen werden müssen.

Da Krankheit der Behandlung bedarf und man Kranke nicht nur mit Redensarten vertrösten kann, wird auch die Verordnung von Arznei durchaus am Platze sein. Die Art und Weise, wie der Kassenarzt den Kassenpatienten gegenübertritt, soll überhaupt durchaus derjenigen entsprechen, wie er seine Privatpatienten zu behandeln pflegt, in keiner Weise darf der Eindruck entstehen, daß die Kassenpatienten für ihn Patienten II. Klasse sind.

Während die Verordnungsweise des Arztes gegenüber den Kranken, bei denen die Zahlung eines Krankengeldes nicht in Betracht kommt, den Kassen mehr oder minder gleichgültig ist und sie nur für die Innehaltung der ökonomischen Verordnungsweise sich interessieren, ist ihnen die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit bei den eigentlichen Versicherten sehr wichtig. Denn 42 % der gesamten Krankheitskosten der Krankenversicherung kommen allein auf das Krankengeld. Jeder Krankheitsfall mit Arbeitsunfähigkeit steigert für die Kasse die Krankheitskosten erheblich. Über den Begriff der Arbeitsunfähigkeit habe ich im Zusammenhang mit der Minderung der Erwerbsfähigkeit in einem besonderen Kapitel gesprochen. Ebenso habe ich in dem Kapitel über Krankheit auseinandergesetzt, daß die Fälle mit Erhaltung der Arbeitsfähigkeit und die mit Verlust derselben sich nicht hinsichtlich des Krankheitsgrades unterscheiden, sondern daß die Verschiedenheit durch besondere Umstände bedingt ist. Es möge nur kurz hervorgehoben sein, daß unter Arbeitsunfähigkeit die Unfähigkeit des Versicherten zu verstehen ist, seine Berufsarbeit auszuführen. Infolgedessen wird das eine Mitglied durch eine leichte Verletzung der Hand berufsunfähig, das andere durch eine Flechte im Gesicht, das dritte durch eine Bindehautentzündung des Auges, während bei allen anderen Personen gerade diese Krankheit niemals Arbeitsunfähigkeit bedingen würde. Auch Schonungsbedürftigkeit in der Rekonvaleszenz bedingt Arbeitsunfähigkeit. Im allgemeinen hat der Kranke selber das richtige Gefühl, ob er „seiner" Arbeit nachgehen kann oder nicht. Solange auch die Höhe des Krankengeldes und anderer Zuschüsse so gering ist, daß sie insgesamt mehr oder minder hinter dem Arbeitslohn zurückbleiben, wird das Bestreben des Kranken ganz von selber darauf gerichtet sein, bei Zeiten wieder die Arbeit aufzunehmen. Anders ist das, wenn der Kranke keinen Verdienstausfall erleidet, sofern er durch Streikgelder oder durch Zusatzversicherung geschützt ist. In solchen Fällen ist der Arzt nur selten in der Lage, dem Kranken die von ihm behauptete Arbeitsunfähigkeit abzusprechen. Am ehesten kann er das, wenn die Geringfügigkeit des Leidens (z. B. Muskelrheumatismus, Bronchialkatarrh) mit der Dauer der Arbeitsunfähigkeit in keinem Verhältnis steht. Wenn aber ein Versicherter auch mit einem unbedeutenden Leiden sich krank und arbeitsunfähig meldet, so kann der Arzt nur auf Grund von besonderen Nebenumständen die Arbeitsunfähigkeit in Abrede stellen. Wenn hierbei ein Unterschied in dem Vorgehen der Ärzte bei freier Arztwahl und der festangestellten Ärzte beobachtet wird, so spricht das nur dafür, daß die festangestellten Ärzte geneigt sind, im Interesse der Kasse zu handeln, ohne daß sie durch die objektiven Unterlagen berechtigt sind, dem Kranken entgegenzutreten. Die Kenntnis des Kranken von einer früheren Behandlung her ist bei allen Systemen von gleicher Bedeutung, da die Kranken auch bei freier Arztwahl doch zu demselben Arzt zu gehen pflegen. Immerhin ist zuzugeben, daß die Beurteilung des Arztes, ob ein Kranker arbeitsunfähig ist oder nicht, erheblich von seiner Individualität beeinflußt wird, ohne daß deshalb von einer falschen Beurteilung gesprochen werden kann. Der eine wird zu einer weicheren

Auffassung neigen als der andere. Manche Kassen haben infolgedessen mit der Ärzteschaft das Abkommen getroffen, daß der Rabatt, der auf die Sätze der Mindesttaxe gewährt wird, sich nach der Höhe der Krankheitskosten richtet. Er wird um so höher, je mehr die Krankheitskosten steigen. Die Ärzte sind dann auch daran interessiert, daß die Krankheitskosten niedrig bleiben. Im übrigen sorgt die ärztliche Kommission dafür, daß Ärzte, die zu weitherzigen Ansichten ohne Grund neigen, zu vorsichtigerer Beurteilung veranlaßt werden. Es ist daran festzuhalten, daß der Arzt nicht als Kontrollbeamter der Kasse sich zu fühlen hat. In erster Linie ist er der Arzt seines Patienten. Er ist nur insoweit Vertrauensmann der Kasse, als er sie vor unbefugten Ansprüchen zu bewahren hat.

Die Verantwortung des Arztes ist dadurch, daß er zugleich Vertrauensmann des Kranken und der Kasse ist, gegen sonst gesteigert. Über das Verhältnis zu dem Kranken habe ich schon gesprochen. Aber das Verhältnis zu der Kasse bedingt auch gewisse Rücksichten, die für die Kasse von finanzieller Bedeutung sind. Wie ich in dem Kapitel über Arzneiversorgung hervorgehoben habe, hat der Arzt bei der Verordnung von Heilmitteln ein Verfügungsrecht über das Vermögen der Kasse. Dasselbe Verfügungsrecht besteht hinsichtlich der Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit und der Einweisung ins Krankenhaus. Der größte Teil der Ausgaben einer Krankenkasse, zum wenigsten der größte Teil der Krankheitskosten, erfolgt auf Grund von Verfügungen der Ärzte. Der Kassenarzt hat infolgedessen die Pflicht, mit dem Kassenvermögen sparsam umzugehen, er hat auch die Pflicht, über seine Geschäftsführung auf Verlangen Rechnung zu legen. Der Kassenarzt hat infolgedessen jedesmal in eine gewissenhafte Prüfung einzutreten, ob das von ihm in Vorschlag zu bringende Mittel hinsichtlich des Kostenpunktes der Kasse zugemutet werden kann. Die Wahl der Kurmittel wird gewöhnlich dem Arzte von der Krankenkasse überlassen. Auch wenn die Kasse Mehrleistungen bewilligt, so sind doch nur diejenigen Mittel in Vorschlag zu bringen, die den Vorzug größerer Billigkeit bei gleichem Erfolge haben. Der Arzt darf keine Badekur verordnen, wenn die Bewilligung von Dampfbädern zum Erfolge ausreicht. Es darf dabei nicht etwa die Rücksicht mitsprechen, daß der Arzt seinem Kranken gerade die von ihm erwünschte Leistung zubiegen will. Rücksichten auf die soziale Stellung dürfen bei der Wahl der Kur nicht mitsprechen. Wenn ein Bruchband genügt, so darf nicht etwa die Einweisung ins Krankenhaus zur Vornahme einer Bruchoperation erfolgen. Andererseits spielt der Kostenpunkt keine Rolle, wenn nur auf diese Weise die Genesung oder die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit erzielt werden kann. In vielen Fällen behalten die Kassen sich die Gewährung besonderer Mehrleistungen, wie Einweisung in Walderholungsstätten, Genesungsheime, Bewilligung von Landaufenthalt usw. sowie die Einweisung ins Krankenhaus in jedem einzelnen Falle vor. Anderswo ist die Befugnis den Ärzten übertragen, die dann in solchem Falle sich stets von dem Kasseninteresse leiten lassen müssen. In erheblicher Weise kann die Finanzkraft der Kassen durch sparsame Arzneiverordnung geschont werden. Auch hierüber habe ich in dem gleichlautenden Kapitel nähere Ausführungen gemacht. Es ist Aufgabe des Kassenarztes, sich mit der ökonomischen Verordnungsweise vertraut zu machen, da hierdurch für die Kassen erhebliche Ersparnisse erzielt werden können. Die Kontrollkommissionen pflegen festzustellen, wie teuer die durchschnittliche Verordnung bei jedem Arzte kommt. Dabei ergeben sich oft auffallende Unterschiede.

Wenn es sich nur um wenige Verordnungen handelt, können Zufälligkeiten eine Rolle spielen. Bei einer mittleren Praxis ist aber der Durchschnittspreis der Verordnungen eine ziemlich konstante Größe, die bei sparsamen Ärzten Jahre lang hindurch oft nur geringe Ausschläge zeigt. Wenn der Durchschnittspreis der Verordnung eines Arztes erheblich von denen der anderen abweicht, so ist anzunehmen, daß teure Verordnungen vorliegen, und daß größere Sparsamkeit angezeigt ist. Ebenso darf der Arzt dem Wunsche des Kranken, ihn für arbeitsunfähig zu erklären, nicht nachgeben, wenn das seiner Überzeugung nicht entspricht. Er soll dabei nur nicht, wie ich vorhin auseinandersetzte, in die Versuchung kommen zu schnüffeln und sich als Kassenkontrolleur zu fühlen. Ebenso ist es die Aufgabe des Kassenarztes, den Versicherten wieder für arbeitsfähig zu erklären, wenn es an der Zeit ist. Es ist ungehörig, wenn der Arzt sich scheut, den Versicherten seine Ansicht klar zu machen, wenn er statt dessen die Leute vor die Kontrollkommission oder den Vertrauensarzt bringt, um das Odium von sich auf andere abzuwälzen. Das Vademekum des Verbandes für freie Arztwahl in Frankfurt a. M. sagt dazu: „Notwendig ist, daß der Arzt sich in jedem Augenblick der wichtigen Vertrauensstellung bewußt ist, welche er bei den Kassen inne hat. Die Verwendung und Verteilung des Kassenvermögens ist sozusagen ganz allein dem Urteile des Arztes überantwortet. Das Kassenvermögen gehört aber dem ärmsten Teile der Bevölkerung, und der Rechtsanspruch, welchen jedes Mitglied an dasselbe hat, muß durch erhebliche Teile eines Lohnes erkauft werden, der oftmals kaum zum Leben ausreicht. Dieser Rechtsanspruch ist natürlich ganz bestimmt begrenzt, wer aber die Grenze für ein Kassenmitglied willkürlich erweitert, der verringert sie für alle anderen. Nirgends gilt mehr als hier der Satz: viel wenig machen viel, und nur eine ganz oberflächliche Betrachtung kann dazu führen, von einer reichen Kasse darum zu sprechen, weil der jährliche Umsatz ansehnliche Zahlen aufweist. Wer sich dieses einmal klar gemacht hat, der wird, so hoffen wir, sich nie eine Verwendung des Kassenvermögens gegen die Bestimmungen des Statuts, geschweige denn eine Luxusverordnung, bewußt zu schulden kommen lassen; er wird auch nicht, selbst wenn es gilt augenscheinlich vorhandene Not zu lindern, das Kassenvermögen zur Befriedigung seines Dranges, Wohltaten zu erweisen, benutzen."

Auf den Begriff der ärztlichen Behandlung, auf die zahnärztliche Behandlung usw. brauche ich nicht näher einzugehen, da ich mich darüber bereits in dem Kapitel über die Rechte der Versicherten ausgelassen habe.

Die Beziehungen zwischen Krankenkassen und Ärzten werden durch schriftlichen Vertrag geregelt (§ 368). Die Satzung der Kasse muß darüber Bestimmung treffen, wie die ärztliche Versorgung geregelt ist (§ 321, Nr. 2). In dringenden Fällen dürfen auch Nichtkassenärzte die Behandlung übernehmen. Es handelt sich dabei immer um zeitliche Dringlichkeit, wenn also der Kassenarzt nicht schnell genug herbeigeholt werden kann. Die Konsultation eines Spezialarztes wegen der Schwere der Erkrankung ist kein dringlicher Fall.

Die Bestellung von Spezialärzten als Kassenärzten bleibt den Kassen überlassen. Bei freier Arztwahl sind die Spezialärzte in den Vertrag mit eingeschlossen. Es ist ausgemacht, in welcher Weise ihre Honorierung gegenüber den anderen Kassenärzten erfolgt, und in welchen Fällen sie hinzuziehen sind. Im übrigen verpflichtet aber die Gewährung freier ärztlicher Behandlung die Krankenkassen nicht ohne weiteres in allen Fällen, in denen es sich um eine in ein Sondergebiet fallende Krankheit handelt, die ärztliche

Hilfe durch einen Spezialarzt zu gewähren. Die Monatsblätter für Arbeiterversicherung führen dazu aus: „Die Fürsorge der Krankenkassen hat sich im Rahmen der gesetzlichen und satzungsmäßigen Bestimmungen auf das Notwendige zu beschränken, daraus folgt, daß ein Anspruch auf fachärztliche Behandlung nur anzuerkennen ist, wenn nach den besonderen Umständen des Falles sachgemäße Arzthilfe anders nicht gewährt werden kann. Dabei wird namentlich auch mitbestimmend sein, „inwieweit das betreffende Spezialgebiet nach medizinischem Herkommen von den allgemeinen Ärzten ungepflegt bleibt; ein Augenarzt wird eher zu bewilligen sein, als ein Spezialist für Hals- oder Magenleiden" (Rosin, Recht der Arbeiterversicherung, Bd. I, S. 381, Anm. 20, 21). Es werden aber auch die örtlichen Verhältnisse nicht unberücksichtigt bleiben dürfen. In großen Städten hat die gleiche Entwicklung, die zur Niederlassung zahlreicher Fachärzte geführt hat, anderseits bewirkt, daß die anderen Ärzte sich bei Ausübung ihres Berufs vielfach eine entsprechende Beschränkung auferlegen und die Kranken eher an Fachärzte verweisen als in kleinen Orten, wo es an solchen fehlt." Die Zuweisung an die Spezialärze erfolgt gewöhnlich durch die allgemein praktizierenden Kassenärzte oder durch besonderen Krankenschein der Kasse, wenn die Spezialärzte nach einer besonderen Taxe liquidieren. Liquidieren sie nach der allgemeinen Taxe, so können sich die Kranken direkt an den Spezialarzt wenden. Von den Spezialärzten wird dagegen verlangt, daß die Kranken sich in allen Fällen direkt an sie wenden können.

Die Behandlung durch die Kassenärzte erfolgt gewöhnlich auf Grund eines Krankenscheins, den die Versicherten vorlegen. Der Krankenschein wird ihnen auf dem Bureau der Krankenkasse ausgestellt. Der Arzt hat auf dem Krankenschein den Namen der Krankheit zu vermerken und zu notieren, ob Arbeitsunfähigkeit vorliegt. Ferner ist die Frage zu beantworten, ob die Krankheit Folge eines Betriebsunfalls ist, und wie lange sie voraussichtlich dauern wird. Falls der Kranke ausgehen darf, sind die Ausgangszeiten zu notieren. Wird der Versicherte außerhalb der Ausgangszeiten von dem Krankenkassenkontrolleur nicht in seiner Wohnung angetroffen, so wird angenommen, daß der Kranke übertreibt. Er wird vor die Kontrollkommission zur Untersuchung gebracht oder wegen Übertretung der Krankenordnung bestraft. Hält der Arzt die Einweisung eines Kranken in das Krankenhaus für nötig, so wird ein entsprechendes Formular ausgefüllt, auf Grund dessen die Kasse die Einweisung verfügt. Manche Kassen lassen die Kranken direkt von den Ärzten in das Krankenhaus einweisen. Bei ansteckenden Krankheiten wird der Transport durch besonderes Fuhrwerk nötig; dafür sind gewöhnlich anders gefärbte Scheine zu verwenden. Arznei wird in den Apotheken auf Grund des vorgeschriebenen ärztlichen Kassenrezeptes unentgeltlich abgegeben. Handverkaufsartikel können auch in den zugelassenen Drogengeschäften bezogen werden. Wenn der Arzt Stärkungsmittel verordnet, hat er die Kranken an die Lagerverwaltung der Krankenkasse oder die sonst bezeichnete Stelle zu verweisen.

Die Kosten der ärztlichen Behandlung sind im Laufe der Jahre im Gesamtbereiche der Krankenversicherung erheblich gestiegen. Im Jahre 1885 betrugen die Kosten für ärztliche Behandlung 9 Millionen Mark, im Jahre 1910 76 Millionen Mark. Bei sämtlichen Kassen kamen früher 2,15 M. für ärztliche Behandlung auf das Mitglied, zuletzt 5,85 M. Bei den einzelnen Kassenarten waren die Unterschiede beträchtlich. Im Jahre 1910 betrugen die Kosten der ärztlichen Behandlung auf ein Mitglied

bei der Gemeindeversicherung . . . . . 4,18 M.
„ den Ortskrankenkassen . . . . . 5,44 „
„ den Betriebskrankenkassen . . . . . 7,88 „

Der ungleiche Aufwand hängt in erster Linie von der bei den Kassenarten recht verschiedenen Höhe der Krankengeldtage ab. Aber auch bei Berechnung nach Krankengeldtagen ergeben sich große Verschiedenheiten. Es entfielen 1910 auf einen Krankengeldtag

bei den Ortskrankenkassen . . . . . 0,64 M.
„ der Gemeindeversicherung . . . . . 0,78 „
„ den Betriebskrankenkassen . . . . . 0,92 „

Die Zahl der Krankengeldtage gibt aber auch kein richtiges Bild, da die Tage der Behandlung in Krankenanstalten mit eingeschlossen sind. Andererseits erfaßt die Zahl der Krankheitstage mit Arbeitsunfähigkeit nur einen Teil der wirklichen Krankheitstage, für welche ärztliche Behandlung erfolgt. Soweit sie nicht Krankenanstaltstage sind, fehlen darin die Sonn- und Feiertage, für die Krankengeld meist nicht gewährt wird. Sodann ist zu berücksichtigen, daß der Kranke nicht nur während der Arbeitsunfähigkeit ärztliche Behandlung genießt, und daß sich die ärztliche Leistung weiter dadurch vermehrt, daß sie nicht bloß die Kassenmitglieder, sondern auch deren Angehörige zum Teil mitumfaßt. Dagegen sind von dem oben berechneten Entgelt für ärztliche Behandlung diejenigen Ausgaben abzuziehen, welche dem Arzte nicht zugute kommen, also Vergütung für Zahnärzte, Heilpersonal usw. Man sieht also, daß mit der Statistik der Krankenversicherung, wie meistens, nur wenig anzufangen ist. Die Steigerung der Ausgaben für ärztliche Leistungen ist nicht mit einer ebensolchen Steigerung des Honorars gleichzusetzen. Wir wissen aus den wirtschaftlichen Kämpfen, daß die Ärzte überall Honorarsteigerungen erzielt haben. Aber wir können der Statistik nicht entnehmen, wie groß diese Steigerung gewesen ist. Denn alle die Faktoren, die ich vorher genannt habe, sind nicht eine stabile Größe, sondern haben sich auch geändert. Überall haben die Mehrleistungen zugenommen; die Verlängerung der Unterstützungsdauer, die Zunahme der Angehörigenversicherung, die Gewährung besonderer Leistungen schaffen statistische Täuschungen. In dem Kapitel über die Leistungen der Krankenversicherung habe ich eine Tabelle gebracht, aus der ersichtlich ist, wie bei einigen Ortskrankenkassen die Kosten der ärztlichen Behandlung sich bei den Versicherten selber und bei ihren Familienangehörigen verteilen. Ich möchte sodann ein Beispiel dafür bringen, was alles unter der statistischen Position „ärztliche Behandlung" rubriziert wird. Bei der Ortskrankenkasse Leipzig betrugen 1910 die Ausgaben für ärztliche Behandlung 1 796 000 M Davon kamen auf

Pauschalhonorar		1 326 000 M.
Geburtshilfe	85 600 M.	
Honorar der festbesoldeten Ärzte	23 700 „	
Auswärtige Kassenärzte	101 300 „	
Nichtkassenärzte	41 300 „	
Polikliniken	30 300 „	
Zahnärzte	115 000 „	
Vertrauensärzte	22 000 „	
Massagen	8 300 „	
Zanderinstitut	11 600 „	
Nachzahlungen zum Arzthonorar	5 800 „	
An Mitglieder direkt	10 900 „	
Stempelgebühren	14 400 „	
		470 700 M.

Die Entschädigungen für Zahnärzte, Heilgehilfen usw. zeigen bei den einzelnen Kassen recht verschiedene Werte. Zu der statistischen Position „ärztliche Behandlung" werden außerdem noch gerechnet: Bestrahlungen zu Heilzwecken und für Röntgenaufnahmen, Blutuntersuchungen, orthopädische Behandlung.

Ich gehe nun auf die vertrauensärztliche Tätigkeit bei den Krankenkassen ein, die sich als unumgänglich notwendig erweist, gleichgültig, um welches Arztsystem es sich handelt. Der Vorstand hat die Verantwortung für die rechtmäßige Verwendung der Kassenmittel und kann die Kontrolle in medizinischer Beziehung selbst nicht ausüben. Ob die Tätigkeit des Vertrauensarztes von einem Arzt, mehreren Ärzten oder bei der freien Arztwahl gewöhnlich von der Kontrollkommission wahrgenommen wird, ist für die Sache selbst gleichgültig. Die Aufgaben der vertrauensärztlichen Tätigkeit sind verschiedener Art. Bei der allgemeinen Ortskrankenkasse Freiburg i. Br. erstreckt sich die Tätigkeit des Vertrauensarztes:

a) auf die sachverständige Beratung der Kasse in allen auf die Versorgung der Mitglieder durch Arzt und Arznei bezüglichen Fragen;
b) auf die Nachuntersuchung solcher arbeitsunfähig gemeldeten Mitglieder, bezüglich welcher es entweder vom behandelnden Arzt oder von der Kasse für wünschenswert erachtet wird. Diejenigen ausgehberechtigten Mitglieder, welche sich neu arbeitsunfähig melden, haben sich dem Vertrauensarzt ausnahmslos vorzustellen;
c) auf die Prüfung der Ordination in der Richtung, daß bei möglichster Zweckmäßigkeit die tunlichste Sparsamkeit obwaltet;
d) auf die zeitweisen Erkundigungen bezüglich einzelner in den Krankenanstalten untergebrachten Mitglieder;
e) auf die Begutachtung der für die Aufnahme in das Erholungsheim der Kasse vorgeschlagenen Mitglieder;
f) auf die Untersuchung freiwillig eintretender Mitglieder und der Angehörigen;
g) auf die Begutachtung der Anträge auf Arztwechsel.

Bei anderen Kassen kommt hinzu die Einweisung in Walderholungsstätten, die Mitwirkung bei Einleitung des Heilverfahrens durch die Landesversicherungsanstalt, die Prüfung bei Bewilligung von Zahnersatz, von Landaufenthalt, von größeren Heil- und Hilfsmitteln.

Die Stellung des Vertrauensarztes ist ziemlich schwierig, da er den Kassen zu ärztefreundlich, den Ärzten zu kassenfreundlich ist. Es ist auch notwendig, daß sich der Vertrauensarzt eine gewisse Reserve auferlegt, um das Ansehen der Kassenärzte nicht zu schädigen. In Freiburg ist er ohne weiteres berechtigt, sämtliche arbeitsunfähige, ausgangberechtigte Mitglieder zu sehen, aber nicht zu untersuchen. Untersuchungen finden nur statt auf Wunsch des behandelnden Arztes oder der Kasse. Im zweiten Falle ist der behandelnde Arzt vorher zu benachrichtigen und von ihm eine kurze Angabe der Gründe, welche die Arbeitsunfähigkeit bedingen, zu verlangen. Ist die Ansicht des Vertrauensarztes von der des behandelndes Arztes abweichend, so darf der Vertrauensarzt dem Kassenmitglied keine Mitteilung davon machen. Er hat sich jeder Kritik über die Behandlungsart zu enthalten. Hat er eine andere Meinung als der behandelnde Arzt, so hat er diesem Mitteilung zu machen. Erhebt der behandelnde Arzt gegen die Ansicht des Vertrauensarztes Widerspruch, so geht die Sache zur Entscheidung an die

Vertragskommission. Bis dahin bleiben die Anordnungen des behandelnden Arztes in Bezug auf ärztliche Behandlung und Versorgung mit Arznei bestehen, während hinsichtlich der Frage der Arbeitsunfähigkeit die Entscheidung des Vertrauensarztes vorläufig maßgebend ist. Der Vertrauensarzt hat auch in regelmäßigen Abständen in den Krankenhäusern anzufragen wie lange sich die Behandlung dort untergebrachter Kranker hinziehen wird.

Ähnlich wie in Freiburg sind auch anderswo die Befugnisse der Vertrauensärzte oder der Kontrollkommissionen geregelt. Bei der Ortskrankenkasse Straßburg i. E. nimmt der Vertrauensarzt an den Sitzungen des Vorstandes und des Ausschusses teil. Er hat dort etwa die Stellung eines Medizinalreferenten bei der Kasse. Um eine Übersicht über die Tätigkeit eines Vertrauensarztes zu geben, füge ich den Bericht desselben bei der Straßburger Krankenkasse im Jahre 1909 bei.

Das vertrauensärztliche Journal wies auf:

	1909	1908
An Nummern insgesamt	3 243	2 646
Im einzelnen:		
A. Begutachtungen		
1. von Honorarnoten (Davon mit Beanstandungen in 72 Fällen gegen 110 im Vorjahre)	353	370
2. von Beurlaubungen	272	222
3. von Heilverfahrenanträgen	533	479
4. für die Verpflegung in der Walderholungsstätte	312	—
5. zur Aufnahme von freiwilligen Mitgliedern } Aufnahme-	122	119
6. zur Aufnahme von Dienstboten } untersuchungen	132	100
7. von Anträgen freiwill. Mitglieder zur Einreihung in höhere Beitragsklassen	14	10
8. der Bewilligung von Anteilen zu den Kosten von künstlichem Zahnersatz	217	195
9. der Beschaffung sonstiger außerordentlicher Heilmittel	17	12
10. in Beschwerde- und Streitfällen	14	18
11. sonstiger diverser Angelegenheiten (darunter Begutachtungen über die Notwendigkeit von Röntgen-Aufnahmen und der Spezial-Behandlung von Beinleiden)	23	4
Zusammen Begutachtungen	2 009	1 529
B. Schreiben an Kassenärzte und sonstige Ärzte usw.:		
1. in betreff von Heilverfahren	56	110
2. in betreff von Honorarnoten	27	29
3. in Nachuntersuchungssachen	17	33
4. in allen sonstigen Angelegenheiten, betr. Krankenscheine, Verordnungen usw.	123	110
Zusammen ergangene Schreiben	223	282
C. Zirkular-Entwürfe an die Kassenärzte usw.	11	8
D. Vorlagen an die Verwaltung	16	20
E. Anfragen der vertrauensärztlichen Krankenkontrolle	984	807

2. Vertrauensärztliche Nachuntersuchungen.

Zur Nachuntersuchung wurden überwiesen	506	439
Der Nachuntersuchung haben nicht Folge geleistet	117	89
Nachuntersucht wurden	389	350
Von diesen wurden arbeitsfähig befunden	61	66
Arbeitsunfähig wurden befunden	328	284
Davon für kurze Zeit mit bis 2 Wochen Schonung	92	108
Für noch längere Zeit	236	176
Von letzteren wurden dem Spitale zur Beobachtung überwiesen	56	37
Zu einem Heilverfahren empfohlen	43	23

3. Zusammenstellung.

Insgesamt erfolgten:		
Untersuchungen mit Begutachtungen	2045	1500
Einzelschriftstücke in den unter 1 und 2 angeführten Begutachtungen und Angelegenheiten	5671	4600

Ich wende mich nun zu der Tätigkeit des Arztes im Gebiete der Unfallversicherung und Invalidenversicherung. Hier kommt fast ausschließlich Gutachtertätigkeit in Frage, während die Gutachtertätigkeit in der Krankenversicherung nur den eben erwähnten bescheidenen Umfang hat und sich auf die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit beschränkt. Dafür werden die Ärzte allgemein in der Krankenversicherung zu dieser Feststellung herangezogen, während viele Ärzte nur selten oder nie Gutachten für die Unfall- oder Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung abgeben. Besonders Spezialärzte, wie Hautärzte, sind auf diesen Gebieten oft niemals tätig. Da aber die Krankenversicherung ebenfalls die gutachtliche Tätigkeit der Ärzte, wenn auch in anderer Weise, gebraucht, so kann sich heute kein Arzt der Sachverständigentätigkeit entziehen, die früher für den Arzt überhaupt nicht in Betracht kam. Es ist darum nötig, einige allgemeine Grundsätze zu beleuchten, die für die Gutachtertätigkeit in Frage kommen.

Die Gutachtertätigkeit in der Sozialversicherung unterscheidet sich von der gerichtlichen Gutachtertätigkeit dadurch, daß das Gutachten nicht unter Eid abgegeben wird. Es werden auch nicht wie beim Gerichtsverfahren bestimmte Fragen an den Arzt gerichtet, wenigstens geschieht das nur bei Gutachten besonderer Art. Im allgemeinen erwartet man, daß der Arzt weiß, um was es sich handelt. Er erhält ein Formular zugeschickt, auf dem gewisse Fragen sich im Vordruck befinden, ohne daß sie für den Einzelfall erschöpfend sein könnten. Es ist darum für den Gutachter auch eine ganz andere Gesetzeskenntnis notwendig als für den Gerichtsarzt, dessen Tätigkeit überhaupt damit nicht zu vergleichen ist. In den meisten Fällen geht der Antrag auf die Gutachtertätigkeit von dem Versicherten aus. Dieser meldet sich krank und arbeitsunfähig, dieser stellt den Antrag auf Invalidenrente und Heilverfahren, dieser den auf Feststellung oder Erhöhung der Unfallrente. In allen Fällen hat sich der Arzt zu dem Antrage zu äußern, er muß aber seine gutachtliche Äußerung auf Grund genauer Gesetzeskenntnis abgeben, da sie nun die Grundlage für die Erfüllung des Anspruchs wird. Der Arzt muß den Unterschied zwischen Arbeitsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit und Invalidität kennen, er muß wissen, daß die Invalidität der Frau bei Invaliden- und bei Witwenrente verschieden beurteilt wird. Ihm müssen die Grundsätze über den Zusammenhang von Unfall und Krankheit bekannt sein, er muß sogar über den Begriff des Betriebsunfalls sich klar sein, da er häufig an der Feststellung der Tatsache des Betriebsunfalls mitzuwirken hat. Auch bei der Bewilligung eines Heilverfahrens wird das ärztliche Attest zugrunde gelegt, dessen Inhalt somit für Versicherte wie für Versicherungsträger die allerhöchste Bedeutung hat. Ist der Arzt über Art und Umfang des Heilverfahrens nicht unterrichtet, so ergeben sich Widerwärtigkeiten, auf die ich nicht näher einzugehen brauche, da in den beiden Kapiteln über das Heilverfahren der Gegenstand erschöpfend behandelt ist. Auch in der Krankenversicherung werden dem Arzte keine besonderen Anweisungen in die Hand gedrückt, die er bei der Attestierung zu berücksichtigen hat. Und wenn auch gewisse Grundsätze bestehen, so ist die Bescheinigung der Arbeitsfähigkeit, der Vorschlag für Walderholungsstätten und Genesungs-

heime, die Bewilligung von Freikarten für Flußbäder, Wannenbäder, Licht- und Luftbäder usw. dem Arzte mehr oder minder vorbehaltlos übertragen. Wenn hier auch keine umfangreichen Gutachten verlangt werden, so ist der Inhalt der kurzen Bescheinigungen sowohl nach ihrer Bedeutung als nach der finanziellen Tragweite ebenso zu bewerten wie der Inhalt der begründeten Gutachten im Gebiete der Unfall- und Invalidenversicherung. In allen Fällen handelt es sich um eine mehr oder minder freie Gutachtertätigkeit, die auf der Kenntnis der gesetzlichen Bestimmungen und der Bewertung der vorhandenen Krankheitssymptome beruht. Je gründlicher die Kenntnis der Versicherungsgesetze ist, umsomehr wird der Arzt den Versicherungsträgern gerichtliche Streitigkeiten ersparen. Denn die Durchführung der Versicherungsgesetze hat doch in sehr vielen Fällen zu gewissen Normen geführt, deren Beachtung die subjektive Auffassung nicht zu beeinträchtigen braucht, deren Nichtbeachtung aber vergebliche Streitverfahren zur Folge hat.

Eine jede Bescheinigung, die der Arzt in Sachen der sozialen Versicherung auf Ansuchen eines Versicherten oder eines Versicherungsträgers ausstellt, ist eine Urkunde. Sie darf daher keine falschen Angaben enthalten. Aus diesem Grunde ist es auch nicht zulässig, daß etwa in dem Krankenschein eine falsche Diagnose eingetragen wird, damit der Kranke über die Natur seines Leidens im Ungewissen bleibt und nicht unnötig beunruhigt wird. Deswegen braucht der Arzt noch nicht dem ahnungslosen Kranken zu bescheinigen, daß er an Magenkrebs leidet. Es genügt in solchen Fällen, wenn das Vorliegen eines Magenleidens beurkundet wird. Auf Anfrage wird dann der Arzt die genaue Krankheit angeben können. Andererseits ist es natürlich nicht erwünscht, wenn nun immer solche allgemeinen Krankheitsangaben gemacht werden. Es ist ein solches Verfahren eben nur unter besonderen Umständen zulässig. Die Tatsache, daß jede ärztliche Äußerung, die für einen Versicherungsträger bestimmt ist, als eine Urkunde zu gelten hat, bedingt wiederum, daß ihr Inhalt objektiv richtig dargestellt wird. Das Gesetz spricht dem Versicherten in gewissen mehr oder minder genau festgelegten Fällen eine Versicherungsleistung zu. Sind die Bedingungen nicht erfüllt, so wird die Leistung nicht gewährt. Es ist nicht Sache des Arztes, durch die besondere Art der Darstellung dem Versicherten die Versicherungsleistungen zu verschaffen, wenn die Bedingungen nicht erfüllt sind. Mitleid, Sympathie und Wohlwollen sind bei der Begutachtung auszuschalten. Der Arzt hat nicht etwa die Rechte seines Kranken bei der Begutachtung zu vertreten und sich darauf zu verlassen, daß die Untersuchung durch einen Vertrauensarzt die Sache in die richtige objektive Bahn leiten wird. Wenn der Arzt zu einem Gutachten aufgefordert wird, so hat er es auch sachlich und unparteiisch zu erstatten. Wenn er einseitig die Rechte seines Kranken vertritt, so schädigt er damit die andere Partei. In diesem Falle ist seine Stellung nicht etwa mit der eines Rechtsanwalts zu vergleichen, der vor Gericht alles vorbringt, was für seinen Klienten günstig ist, und die Gegenargumente abzuschwächen sucht. Die soziale Versicherung hat dem Arzte mit dieser allgemeinen Gutachtertätigkeit neue Aufgaben gestellt, denen er an sich durch die Art seiner Ausbildung nicht gewachsen ist. Auch heute wird bei dem Studium noch nicht in ausreichender Weise für den Unterricht in sozialer Medizin und überhaupt nicht dafür gesorgt, daß die Kenntnis der sozialen Medizin für die Erlangung der Approbation unerläßlich ist. Die praktizierenden Ärzte haben sich ihre Kenntnis durch die praktische Betätigung erwerben müssen. Es ist daher zu begreifen, daß besonders anfangs viele Schwierig-

keiten entstanden. Denn der praktische Arzt ist an sich nicht geneigt, das Schreibwerk zu pflegen. Dazu kam die mangelnde Übung in der Erstattung von Gutachten, die häufig sowohl in der Form als auch im Inhalt versagten. Wenn man bedenkt, daß alle Ärzte bisher auf diesem Gebiete sich als Autodidakten betätigt haben, so muß man erstaunen, daß keine allgemeinen Schwierigkeiten aufgetreten sind, und muß anerkennen, daß die Ärzte in ihrer Gesamtheit sich mit den Aufgaben, die ihnen die soziale Versicherung gebracht hat, schnell abgefunden haben. Natürlich gibt es immer noch einzelne, denen das nicht gelungen ist, und die sich womöglich grundsätzlich weigern, in Versicherungssachen ein Gutachten abzugeben. Wenn sie diesen Willen nur dem betreffenden Versicherungsträger, der sie auffordert, in Kürze kundgeben, so werden auch aus solchem Verhalten keine Schwierigkeiten erwachsen. Denn der Versicherungsträger wird sich an einen anderen Arzt wenden oder, wenn es unerläßlich ist, die mündliche Vernehmung des Arztes durch die Gerichte veranlassen. Wenn aber der Arzt, der sich auf Gutachten nicht versteht, sie liegen läßt, so begeht er ein großes Unrecht, da die Feststellung der Versicherungsleistung inzwischen verzögert wird und der Versicherte womöglich darben muß, ohne zu seinem Rechte gelangen zu können. Immerhin bessern sich die Verhältnisse zusehends, und diese Besserung wird weiter anhalten, wenn die Versicherungsträger sich allgemein an die Ärzte und nicht nur an bestimmte Ärzte wenden, da auch in der Gutachtertätigkeit nur durch Übung zufriedenstellende Resultate erzielt werden.

Auf die allgemeinen Grundsätze der Gutachtertätigkeit kann ich hier nicht eingehen, da die Unterweisung in diesem Gegenstand besonderen Lehrbüchern oder noch besser der praktischen Unterweisung überlassen bleiben muß. Die besonderen Gesichtspunkte, die für die Gutachtertätigkeit in der sozialen Versicherung in Betracht kommen, sind in den einzelnen Kapiteln hervorgehoben, die sich mit den fraglichen Gegenständen besonders beschäftigen. Besonders verweise ich auf die Kapitel: Krankheit, Unfall, Krankheit und andere Gebrechen, die Minderung der Erwerbsfähigkeit und ihre Beurteilung, das Heilverfahren in der Unfallversicherung und das Heilverfahren in der Invalidenversicherung.

Ich wende mich nun zu den gesetzlichen Bestimmungen, die für die ärztliche Tätigkeit in der Unfall- und Invalidenversicherung in Betracht kommen.

Wenn ein Arzt einen Verletzten behandelt, so kann die Berufsgenossenschaft innerhalb der ersten 13 Wochen nach dem Unfall von dem behandelnden Arzte Auskunft über die Behandlung und den Zustand des Verletzten verlangen. (§ 581.) Die Kosten dieser gutachtlichen Auskunft hat die Genossenschaft zu tragen. Hinsichtlich der Honorierung dieser Gutachten ist es oft zu Auseinandersetzungen zwischen Arzt und Berufsgenossenschaften gekommen, da einige Versicherungsträger gerade in diesem Punkte eine falsche Sparsamkeit zur Schau tragen. Es ist selbstverständlich, daß der Arzt nicht zur kostenlosen Auskunft verpflichtet ist, wie das auch schon verlangt worden ist. Der Preis der gutachtlichen Äußerung wird sich nach dem Umfange der erwünschten Auskunft richten. Für die Ärzte liegt auch keine Veranlassung vor, für diese Gutachten Honorare nach der Mindesttaxe zu fordern, da die Berufsgenossenschaften leistungsfähige Korporationen sind, deren Beiträge ausschließlich von den Unternehmern aufgebracht werden. In diesem Falle handelt es sich außerdem um keine gesetzliche Vorschrift, die den Versicherungsträgern als Pflicht auferlegt wird, sondern

um eine freiwillige Maßnahme im Interesse eines etwaigen Heilverfahrens. Gelegentlich sind die Anfragen, die an die Ärzte gerichtet werden, in ihrer Form ungeschickt und verletzen den behandelnden Arzt, der daraus heraushört, daß man seinem Können mißtraut und deshalb die Behandlung in anderer Weise regeln will.

Der behandelnde Arzt muß ferner vor der Rentenfeststellung gehört werden, falls die Entschädigung abgelehnt oder nur eine Teilrente gewährt werden soll. (§ 1582.) Auf die Zuziehung des behandelnden Arztes bin ich in dem Kapitel über die Rechte und Pflichten der Versicherten bereits ausführlich eingegangen.

Die Rentenfeststellung gründet sich im übrigen stets auf ärztliche Gutachten. Die Wahl des Gutachters ist natürlich der Berufsgenossenschaft überlassen. Meist wird der behandelnde Arzt mit der Erstattung des Gutachtens betraut. In vielen Fällen, wo der Kranke in einem Krankenhaus behandelt worden ist, handelt es sich dabei um einen in der Gutachtertätigkeit erfahrenen Chirurgen. Sind Nachuntersuchungen nötig, so wird in der Regel wieder derselbe Arzt gewählt, der das erste Gutachten erstattete. Ist der Verletzte verzogen, so wählt die Berufsgenossenschaft an dem neuen Wohnort als Gutachter einen Arzt, der ihr bereits von anderen Fällen her bekannt ist. In Ermangelung dessen wird gewöhnlich der beamtete Arzt des betreffendes Ortes gewählt, zum Teil, weil die Berufsgenossenschaft keinen Arzt dort sonst kennt und ihr die Adresse des beamteten Arztes leicht zugänglich ist, zum Teil, weil ihr der amtliche Charakter der Arztes die Objektivität der Begutachtung verbürgt. In den Kreisen der Allgemeinärzte glaubt man darin häufig eine Bevorzugung der beamteten Ärzte zu sehen. Tatsächlich neigen einige Verwaltungen, wie man jüngst wieder an dem Beispiel der Versicherungsanstalt für Angestellte sah, dazu, allzu generell die beamteten Ärzte in erster Linie oder ausschließlich als Gutachter heranzuziehen. Das erklärt sich aus der großen Erfahrung, die diese Ärzte zu erwerben Gelegenheit haben. Sie besitzen in der Regel eine gute Kenntnis der Versicherungsgesetzgebung und eine große Übung in der Abfassung von Gutachten. Ich kann es aber nicht billigen, wenn man prinzipiell die behandelnden Ärzte von der Begutachtung ausschließt oder sie nur ausnahmsweise dazu heranzieht. Daraus ergibt sich eine mangelnde Übung hierin, und die Folge ist, daß die Gutachten in Inhalt und Form zu wünschen lassen. Auf der anderen Seite gehen die radikalen Elemente der Ärzteorganisation zu weit, wenn sie die generelle Einführung der freien Arztwahl auch auf diesem Gebiete wünschen. Denn es muß jeder Behörde und jedem Selbstverwaltungskörper an sich unbenommen sein, wen sie als ihren Vertrauensarzt wählen wollen. Es handelt sich hierbei nicht um ärztliche Behandlung, die den Versicherten in erster Linie angeht, und die für ihn Vertrauenssache ist; sondern die Gutachtertätigkeit ist eine vertrauensärztliche Tätigkeit, die in erster Linie das Feststellungsorgan angeht und für dieses Vertrauenssache ist. Man kann da nicht die Wahl eines Arztes erzwingen, der nicht das Vertrauen des Feststellungsorgans genießt. Es ist aber nicht wünschenswert, wenn die einseitige Bevorzugung bestimmter Personenkreise eine neue Art von ärztlichen Spezialisten züchtet, die Gutachterspezialisten. Was dem praktischen Arzt an Routine abgeht, das hat er hinsichtlich der steten Fühlungnahme mit den Kranken dem beamteten Arzt gegenüber voraus. Beide müssen sich gerade bei der Gutachtertätigkeit in der sozialen Medizin ergänzen, aber nicht gegenseitig ausschließen.

In vorbildlicher Weise hat die Hessen-Nassauische Landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft einen Kollektivvertrag mit der Ärztekammer der Provinz Hessen-Nassau abgeschlossen, nach der jeder Arzt, der der Ärztekammer untersteht, als Vertrauensarzt der Berufsgenossenschaft gilt. Danach hat jeder Arzt bei Unfällen, deren Behandlung voraussichtlich länger als acht Wochen dauert, unaufgefordert dem zuständigen Sektionsvorstand ein Gutachten nach vorgeschriebenem Formular einzusenden, das mit 6 M. honoriert wird. Nach Ablauf des Heilverfahrens, spätestens aber nach Ablauf der ersten 13 Wochen, hat der behandelnde Arzt ein weiteres Gutachten (Schluß-Gutachten) nach wiederholter genauer Untersuchung unter Zugrundelegung eines zweiten kurzen Formulars auszustellen. Für dieses Schlußgutachten zahlt die Berufsgenossenschaft eine Gebühr von 3 M. Begutachtung Verletzter, welche einen besonderen Aufwand von Zeit und Mühe unbedingt notwendig machen, insbesondere etwa erforderliche spezialärztliche Untersuchungen, werden jedoch besonders honoriert, wenn eine entsprechende Begründung vorliegt. Für jeden Sektionsbezirk wird vom Sektionsvorstand zur gleichmäßigen Wahrung der Rechte der Unfallverletzten und der Berufsgenossenschaft auf Widerruf ein Bezirksarzt und ein Stellvertreter desselben bestellt, und zwar tunlichst in Übereinstimmung mit dem Berufsgenossenschaftsvorstand und dem Vorstande der Provinzialärztekammer. Diesem Bezirksarzt werden die ersten Gutachten und Schlußgutachten der Vertrauensärzte zur Durchsicht vorgelegt (Gebühr 1 M.). Bei Durchsicht dieser Gutachten hat der Bezirksarzt besonders zu prüfen, ob der objektive Befund den Rechten beider Parteien entsprechend festgelegt ist, ob ferner die alsbaldige Aufnahme eines besonderen Heilverfahrens, z. B. die Überführung in eine chirurgische Klinik oder in eine spezialärztliche Heilanstalt erforderlich ist, und endlich ob die vorgeschlagene Rente im allgemeinen der Rechtsprechung des Reichsversicherungsamtes und der Lage des Einzelfalles entspricht. Sodann hat der Bezirksarzt auf Verlangen des Sektionsvorstandes die eingehenden Kostenforderungen der Vertrauensärzte in bezug auf ihre Richtigkeit zu prüfen und schließlich den Vorsitz in einer vom Sektionsvorstand etwa zu bildenden Ärztekommission zu führen.

Soll eine laufende Unfallrente von einem Sektionsvorstand aufgehoben oder gekürzt oder ein gleichartiger Antrag beim Oberversicherungsamt gestellt werden, so ist vorher ein weiteres Gutachten unter Zugrundelegung eines dritten Musters vom Sektionsvorstande zu den Akten zu bringen. Mit der Ausstellung dieser weiteren Gutachten, welchen stets eine erneute körperliche Untersuchung der Unfall-Verletzten vorauszugehen hat, kann der Sektionsvorstand nach seiner Wahl entweder den bisherigen behandelnden Arzt (Vertrauensarzt) oder eine für den Sektionsbezirk zu bildende Ärztekommission beauftragen, und zwar namentlich dann, wenn es sich um die Begutachtung einer großen Zahl von Fällen handelt. Doch sollen auch in einer derartigen Kommission tunlichst alle praktischen Ärzte des Sektionsbezirks, wenn auch abwechselnd, mit zur Begutachtung herangezogen werden.

Werden die weiteren Gutachten vom behandelnden Arzt (Vertrauensarzt) ausgestellt, so wird für dieselben von der Berufsgenossenschaft im Einzelfalle eine Gebühr von 3 Mark gezahlt.

Wird von einem Sektionsvorstand eine Ärztekommission eingesetzt, so hat der Bezirksarzt, außer im Falle der Verhinderung, in der Kommission stets den Vorsitz zu führen.

Im übrigen finden auf die Tätigkeit der Kommission und die Bezahlung ihrer Mitglieder folgende Bestimmungen Anwendung:

a) Bei der Untersuchung von Unfallverletzten sollen regelmäßig höchstens drei Mitglieder der Kommission einschließlich des Vorsitzenden mitwirken.
b) Werden an einem Tage nicht mehr als 15 Unfallverletzte untersucht, so sind an Gebühren jedem Kommissionsmitglied fünfzehn Mark zu zahlen. Für die Untersuchung eines jeden weiteren Unfallverletzten wird jedem Kommissionsmitgliede eine weitere Gebühr von je einer Mark gezahlt, jedoch nicht über den Betrag von 35 Mark hinaus, während anderseits die Höchstzahl der zu untersuchenden Personen regelmäßig nicht erheblich mehr als 35 betragen soll.
c) Die Zahlung weiterer Reise- und Zehrungskosten findet daneben nicht statt.
d) Auf die vom Genossenschaftsvorstand in Zwischenräumen von drei bis vier Jahren veranstalteten allgemeinen Revisionen der Rentenempfänger finden diese Bestimmungen keine Anwendung.

Ergeben sich Streitigkeiten zwischen einem Sektionsvorstand und einem oder mehreren Ärzten, so ist der Vorstand der Provinzial-Ärztekammer um tunlichste Beilegung dieser Streitigkeiten durch die Vermittelung des Genossenschaftsvorstandes zu ersuchen. Dabei verpflichtet sich jedoch der Vorstand der Provinzialärztekammer, auf eine strenge Beobachtung dieses Vertrages durch die praktischen Ärzte hinzuwirken.

Die andern Berufsgenossenschaften haben gewöhnlich an ihrem Geschäftssitze einen Vertrauensarzt, der die eingegangenen Sachen vom ärztlichen Standpunkte prüft und hinsichtlich der Untersuchung oder Nachuntersuchung von Verletzten, der Einleitung des Heilverfahrens usw. seine Ratschläge gibt.

Die Versicherungsämter können mit Genehmigung des Oberversicherungsamts auch Ärzte als Sachverständige dauernd heranziehen. Da, wo das nicht geschieht, und dieser zweite Fall wird die Regel sein, kann das Versicherungsamt ein Gutachten eines Arztes, der noch nicht gehört ist, einholen, wenn nicht schon durch den Versicherungsträger ein Arzt gehört war, dem der Versicherte nach eigener Wahl seine Behandlung übertragen hat. Ein solches Gutachten ist aber von dem Versicherungsamt nur dann einzuholen, wenn das Gutachten für die Entscheidung von Bedeutung sein kann. (§ 1595.) Die Kosten des Gutachtens trägt die Berufsgenossenschaft. Lehnt der vom Versicherungsamt um sein Gutachten ersuchte Arzt die Erstattung des Gutachtens ab, so entscheidet das Versicherungsamt, ob und von welchem Arzte ein Gutachten einzuholen ist. (§ 1595, 2). Auf Verlangen des Berechtigten ist in allen Fällen, wenn er die Kosten im voraus entrichtet, ein von ihm bezeichneter Arzt als Gutachter zu hören. (§ 1596.) Auch im Bereiche der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung kann der Vorsitzende des Versicherungsamts bei der Vorbereitung einer Sache vor der mündlichen Verhandlung die Untersuchung des Antragstellers und die Begutachtung von dessen Gesundheitszustande durch einen Arzt anordnen. (§ 1619.)

Die Oberversicherungsämter haben bestimmte Vertrauensärzte, die nach Anhören der zuständigen Ärztevertretung auf vier Jahre gewählt werden. (§ 1686.)

Das Reichsversicherungsamt hat keine bestimmten Vertrauensärzte. Es wählt als Obergutachter solche Ärzte, die auf Grund besonderer Erfahrung ihm bekannt geworden sind. Es beschränkt sich dabei nicht auf Berliner Ärzte, aber ihre und der Berliner medizinischen Fakultät vorzugsweise Verwendung ergibt sich aus der Natur der Sache.

Die Landesversicherungsanstalten haben entweder bestimmte Vertrauensärzte, oder sämtliche Ärzte der Provinz sind ihre Vertrauensärzte. Ich bin hierauf in dem Kapitel über das Heilverfahren in der Invalidenversicherung bei der Besprechung der Antragstellung eingegangen. Hier möchte ich das Abkommen schildern, das die Landesversicherungsanstalt Hessen-Nassau mit der Ärztekammer geschlossen hat. Die Versicherungsanstalt hat sich bereit erklärt, sämtliche Ärzte, die der Ärztekammer unterstehen, als Vertrauensärzte anzuerkennen und zu den Kosten des ärztlichen Zeugnisses, die den Antragstellern zur Last fallen, sowohl in Krankenfürsorgesachen als in Invalidenrentensachen einen Zuschuß von 5 M. zu zahlen, und zwar auch im Falle der Ablehnung der Anträge. Die Zahlung des Zuschusses wurde jedoch von folgenden Bedingungen abhängig gemacht, daß nämlich

1. das Gutachten unter Benutzung des unentgeltlich zur Verfügung gestellten Formulars ausgefertigt wird,
2. das ausgefüllte Formular nicht dem Antragsteller ausgehändigt, sondern dem Versicherungsamt oder der Landesversicherungsanstalt auf deren Kosten unmittelbar zugesandt wird, und
3. die Aussteller der Gutachten sich verpflichten, jede weitere Auskunft, welche, ohne nochmalige Untersuchung des Antragstellers, von der Anstalt verlangt wird, unentgeltlich zu erteilen.

Die Landesversicherungsanstalt läßt dann die Gutachten durch einen besonderen Vertrauensarzt prüfen, der eventl. eine Nachuntersuchung und Oberbegutachtung vornimmt. Die Landesversicherungsanstalt der Rheinprovinz hat 2 Landesmedizinalräte angestellt, die dem Vorstand als medizinische Berater zur Seite stehen.

Die Bedeutung, die die Ärzteschaft für die soziale Versicherung hat, möge mit den Worten zweier Präsidenten des Reichsversicherungsamts gekennzeichnet werden. Der erste Präsident des Amtes, Dr. Bödiker, sagte im Jahre 1902: „Es ist der ärztliche Stand in den Mittelpunkt der ganzen Versicherungsorganisation gerückt, das Gebiet seiner Aufgaben wesentlich erweitert, sein Einfluß gestärkt worden.“ Und der jetzige Präsident, der diese Worte zitiert, fügt hinzu: „In der Arbeiterversicherung, welche so bedeutsame neue Bahnen den Ärzten erschlossen hat, durchzieht deren Tätigkeit wie ein roter Faden die gesamte Verwaltung und Rechtsprechung. Für die Lösung der vielgestaltigen Aufgaben der öffentlich-rechtlichen Versicherung kommt die sachkundige und opferwillige Mitarbeit der Ärzte wesentlich in Betracht. Ihr weitgreifender Einfluß auf diesem Gebiet macht sich nach verschiedener Richtung geltend. Die behandelnden Ärzte sind durch die genaue Beobachtung der Kranken während des Heilverfahrens und durch die Einwirkung auf den Heilungsprozeß die unentbehrlichen Berater der Versicherungsträger. Als Sachverständige und Begutachter sprechen die Ärzte ein maßgebendes Wort bei der Festsetzung der Renten. Bei den für die Stärkung und Erhaltung der Volkskraft allgemeinen, so bedeutungsvollen Maßnahmen der Versicherungsträger auf dem Gebiet der Prophylaxe und der vorbeugenden Hygiene, insbesondere in dem Kampfe gegen Tuber-

kulose, Geschlechtsleiden und Alkoholmißbrauch, stehen die Ärzte den Versicherungsträgern treu zur Seite."

Die soziale Versicherung ist ohne die Mitwirkung der deutschen Ärzteschaft nicht durchführbar. Wenn die deutsche Arbeiterversicherung so außerordentliche Erfolge erzielt hat, so verdanken wir das zum großen Teile der Ärzteschaft, die trotz aller Konflikte stets zur Mitarbeit bereit war. Sie wird auch fernerhin ihren Aufgaben gewachsen sein und so auch in diesem Stück an der Gesundung unseres Volkskörpers mitarbeiten.

Literatur.

Liebe, Jacobssohn und Meyer, Handbuch der Krankenversorgung und Krankenpflege. Berlin 1902.

Rumpf, Vorlesungen über Soziale Medizin. Leipzig 1908.

Streffer, Rechte und Pflichten des Kassenarztes. Veröffentlichung Nr. 14 des Verbandes der Ärzte Deutschlands.

Anleitung zur sparsamen Arzneiverordnungsweise. Veröffentlichung Nr. 28 des Verbandes der Ärzte Deutschlands.

Jaffé, Stellung und Aufgaben des Arztes auf dem Gebiete der Krankenversicherung. 2. Bd. des Handbuchs der Sozialen Medizin. Jena 1903.

Thiersch, Der Kassenarzt. Leipzig 1895.

Hahn (Berlin), Der ärztliche Dienst bei den Krankenkassen, Bulletin des assurances sociales. 1910, S. 23.

Vorträge und Diskussion über den ärztlichen Dienst in der Sozialen Versicherung auf der internationalen Konferenz im Haag, September 1910.

Rapmund und Dietrich, Ärztliche Rechts- und Gesetzeskunde. Leipzig 1912.

Seelmann, Die ärztliche Begutachtung in Invaliden-, Hinterbliebenen- und Krankenversicherungssachen. Leipzig 1911.

Hoffmann, Krankenversicherung. Kommentar zur Reichsversicherung. II. Buch. Berlin 1912.

Jahresberichte der Ortskrankenkassen zu Freiburg i. Br. und Straßburg i. Els.

Gewährung fachärztlicher Behandlung. Monatsblätter für Arbeiterversicherung 1910, S. 70.

Thiem, Die Stellungnahme des Arztes als Gutachter bei der Ausführung der Arbeiterversicherungsgesetze. Deutsche Med. Wochenschr. 1907, Nr. 27, 40, 41.

Becker, Lehrbuch der ärztlichen Sachverständigentätigkeit. Berlin 1909.

Thiem, Handbuch der Unfallerkrankungen. Stuttgart 1910.

Miller, Manuale für Untersuchung Unfallverletzter und Invalider. Leipzig 1903.

Hildebrand (Marburg), Anleitung zur Abfassung von Gutachten in Unfallrentensachen. 1909. Selbstverlag.

Engel, Grundzüge ärztlichen Mitwirkens bei der Ausführung der staatlichen Unfallversicherungsgesetze. Klin. Jahrbuch, Bd. 21.

Handbuch der Sozialen Medizin, 8. Bd.: Der Arzt als Begutachter auf dem Gebiete der Unfall- und Invalidenversicherung.

1. Abteilung: Windscheid, Innere Erkrankungen mit besonderer Berücksichtigung der Unfallnervenkrankheiten. Jena 1905.

2. Abteilung: Sudeck, Chirurgische Erkrankungen, besonders der Bewegungsorgane. Jena 1906.

Kaufmann, Handbuch der Unfallverletzungen. Stuttgart 1907.

Waibel, Leitfaden für Unfallgutachten. Wiesbaden 1902.

Ledderhose, Die ärztliche Untersuchung und Beurteilung der Unfallfolgen. Wiesbaden 1898.

Junius, Wichtige Entscheidungen des Reichsversicherungsamts. Berlin 1906.

Rumpf, Über ärztliche Zeugnisse und Gutachten. Beihefte zur Medizinischen Klinik 1909, S. 157

Pfarrius, Die Abschätzung des Grades der Erwerbsunfähigkeit bei Unfallverletzten in den ärztlichen Gutachten. Zeitschr. f. Versicherungsmedizin 1908, S. 105.

Stern, Über traumatische Entstehung innerer Krankheiten. Klinische Studien mit Berücksichtigung der Unfallbegutachtung. Jena 1910.

Köhler, Die Stellung des Arztes zur staatlichen Unfallversicherung. Berlin 1906.

Miller, Die Erwerbsunfähigkeit in Sachen der Invalidenversicherung. Gr.-Lichterfelde 1908.
Stempel, Die Untersuchung und Begutachtung der Invalidenrentenanwärter. Jena 1899.
Rubin, Grundzüge der internen Versicherungsmedizin. Jena 1909.
Schön, Die Invalidenversicherung des Deutschen Reiches in der ärztlichen Praxis. Berlin 1906.
Seelmann, Die ärztlichen Atteste in Invalidenrentensachen. Med. Reform 1904, Nr. 41.
Appelius, Invalidenversicherung und Arzt. Wochenschr. für Soziale Medizin 1907, Nr. 21—23.
Beyer, Über wirtschaftliche Erwägungen bei der Invaliditätsbegutachtung. Ärztl. Sachverst.-Ztg. 1908, S. 439.
Knepper, Über die Mitwirkung des Arztes bei der Gewährung der Invalidenrente und bei der Entziehung derselben. Ärztl. Sachverst.-Ztg. 1909, S. 242.
— Welche Bestimmungen des Invalidenversicherungsgesetzes muß der Arzt kennen? Düsseldorf 1910.

Deutscher Ärztevereinsbund und Verband der Ärzte Deutschlands zur Wahrung ihrer wirtschaftlichen Interessen.

Wirtschaftliche Abteilung des Deutschen Ärztevereinsbundes.

Verpflichtungsschein.

Unterzeichneter verpflichtet sich gegenüber dem jeweiligen Vorsitzenden des Geschäftsausschusses des Deutschen Ärztevereinsbundes auf Ehrenwort:

A. Bei Konflikten, welche mit Genehmigung einer Vertragskommission oder eines dem Deutschen Ärztevereinsbunde angehörenden Vereins unter Zustimmung des Vorstandes des Verbandes der Ärzte Deutschlands zwischen Ärzten einerseits und Krankenkassen, Berufsgenossenschaften, Sanitätsvereinen und ähnlichen Einrichtungen andererseits über Honorar- und sonstige Vertragsbestimmungen entstehen, sich der Annahme einer Arztstelle sowohl wie auch jeder Bewerbung zu enthalten;

B. von der Verpflichtung unter A nur nach vorausgegangener einjähriger Kündigung, welche an den Vorsitzenden des Verbandes der Ärzte Deutschlands durch Einschreibebrief zu erfolgen hat und nur in der zweiten Hälfte des Monats Dezember erfolgen kann, zurückzutreten.

Ort und Datum: ..... Unterschrift: .....

Tarifvertrag mit den kaufmännischen Hilfskassen.

Zwischen dem Verband der Ärzte Deutschlands zur Wahrung ihrer wirtschaftlichen Interessen einerseits und .....[1]) andererseits wird heute folgender Vertrag vereinbart.

§ 1. Zum ärztlichen Dienste bei den genannten Krankenkassen soll grundsätzlich jeder dem genannten Ärzteverbande angehörende Arzt und wirtschaftliche ärztliche Lokalverein zugelassen werden.

[1]) Der Tarifvertrag ist zurzeit (bis 31. Dezember 1913) anerkannt durch folgende Hilfskassen: Kranken- und Begräbniskasse des Verbandes Deutscher Handlungsgehilfen zu Leipzig, Deutschnationale Kranken- und Begräbniskasse zu Hamburg, Kranken- und Begräbniskasse des Kaufmännischen Vereins, (E. H. 157) zu Frankfurt a. M., Kranken- und Begräbniskasse des Vereins der Deutschen Kaufleute (E. H. 44) Berlin, Kranken- und Begräbniskasse des Vereins junger Kaufleute zu Görlitz (E. H.), Kranken- und Begräbniskasse des Vereins Merkur, Kaufmännischer Verein (E. V.) Nürnberg, Krankenkasse Deutscher Buchhandlungsgehilfen (E. H.) Leipzig, Kranken- und Sterbekasse des Verbandes der Deutschen Versicherungsbeamten (E. H.) München, Kranken- und Begräbniskasse des Vereins für Handlungskommis von 1858 (E.H.) Hamburg, Krankenkasse des Bundes der Versicherungsvertreter Deutschlands (E. V.) Berlin (E. H.).

Die Zulassung erfolgt auf vorherige Meldung des Arztes oder des ärztlichen Lokalvereins durch Abschluß eines besonderen, die beiderseitigen Rechte und Pflichten regelnden Dienstvertrages (Anlage A und B).

Die Meldungen sind beim Vorstande des Verbandes der Ärzte einzureichen und von diesem umgehend an die Verwaltungen der Vertragskassen weiterzugeben.

Wo ein wirtschaftlich ärztlicher Lokalverein besteht, ist der Vertrag mit diesem, nicht mit den einzelnen Ärzten abzuschließen. Wo mehrere wirtschaftliche ärztliche Lokalvereine vorhanden sind, bestimmt der Ärzteverband, welcher Verein als vertragsschließender zu gelten hat.

In denjenigen Ortschaften und Bezirken, in denen ein verpflichteter ärztlicher Lokalverein besteht, können solche Mitglieder des Ärzteverbandes, die dem Lokalverein nicht angehören, zum ärztlichen Dienste nur dann zugelassen werden, wenn sie sich den für die Ausübung kassenärztlicher Praxis bei dem Lokalverein bestehenden Bestimmungen unterwerfen. Ausnahmen unterliegen der Bestimmung des Ärzteverbandes; gegen dessen Entscheidung steht den Beteiligten die Anrufung des in § 11 dieses Vertrages vorgesehenen Schiedsgerichtes zu.

§ 2. Den Kassenmitgliedern steht in jedem einzelnen Erkrankungsfalle die Wahl unter den Kassenärzten (im Sinne von § 1), im Falle von Anstaltsbehandlung die Wahl unter den in ihrem Wohn- bzw. Erkrankungsorte vorhandenen Krankenanstalten, welche mit den Krankenkassen Vereinbarungen getroffen haben, frei. Sie dürfen in dieser Wahl seitens des Kassenvorstandes oder der Kassenbeamten in keiner Weise beeinflußt werden. Die Kassenverwaltungen haben ihren Mitgliedern die Namen, Wohnungen und Sprechstunden der Kassenärzte und die zugelassenen Anstalten in geeigneter Weise bekannt zu geben und sie anzuweisen, sich an den Arzt ihres Wohnortes oder, wenn an diesem kein Arzt ansässig ist, in der Regel an den nächstwohnenden Arzt zu wenden.

In den Fällen, in welchen eine Kassenleitung Anstaltsbehandlung eines Mitgliedes kraft der satzungsgemäß zustehenden Rechte (z. B. bei unzulänglicher häuslicher Pflege, Simulationsverdacht, Widersetzlichkeit gegen die Ordnungsvorschriften) verfügt, bestimmt die Kassenleitung, welche Anstalt aufzusuchen ist.

§ 3. In denjenigen Orten und Bezirken, in denen bereits ein auf die Bestimmungen dieses Vertrages verpflichteter Kassenarzt vorhanden ist oder ein verpflichteter ärztlicher Lokalverein besteht, dürfen Nichtmitglieder des Ärzteverbandes nicht aus Kassenmitteln honoriert werden, außer in den gesetzlich nicht abweisbaren Notfällen. Diese Bestimmung gilt nur für die Behandlung versicherungspflichtiger Mitglieder.

§ 4. Nichtärzte dürfen zu selbständiger Behandlung auf Kosten der Krankenkassen nicht zugelassen werden. Die Kassen sind aber berechtigt, in besonderen Ausnahmefällen Zahnbehandlung durch Zahntechniker erfolgen zu lassen.

§ 5. Die Kassenverwaltungen sind verpflichtet, statutarisch ihre Mitglieder in zwei Gruppen, versicherungspflichtige und nichtversicherungspflichtige, zu trennen. Sie haben ihre Mitglieder zu verpflichten, dem Arzte bei Eintritt in die Behandlung durch Vorlegen des Mitgliedsbuches ihre Kassenzugehörigkeit nachzuweisen und ihm einen Vordruck für einen Krankenschein, den sie der Kassenleitung einzusenden haben, vorzulegen. Auf dem Krankenscheine haben die Mitglieder unterschriftlich zu erklären, ob sie versicherungspflichtig sind oder nicht.

§ 6. Die Honorierung der den nichtversicherungspflichtigen Mitgliedern geleisteten ärztlichen Hilfe erfolgt nach freier Vereinbarung zwischen Arzt und Patient. Die Kassenärzte sind aber verpflichtet, ihnen auf Verlangen Krankenscheine auf den Kassenvordrucken und spezifizierte Rechnungen auszustellen und für Verordnungen die von den Kassen gelieferten Krankenkassenformulare zu benutzen. Das Interesse der Kasse verlangt, daß bei Verordnung von Arznei und Heilmittel auch bei nichtversicherungspflichtigen Mitgliedern die Regeln der ökonomischen Verordnungsweise tunlichst beobachtet werden.

§ 7. Für alle Kassenmitglieder werden die zur Begründung von Kassenansprüchen erforderlichen Krankenscheine und sonstige für die Kassenverwaltung erforderliche kurze Bescheinigungen von den Kassenärzten unentgeltlich ausgestellt.

§ 8. I. Die Honorierung der den versicherungspflichtigen Mitgliedern geleisteten ärztlichen Hilfe erfolgt nach folgenden Sätzen

a) Der Besuch des Kranken im Hause des Arztes (Konsultation)
   a) bei Tage . . . . . 1,— M.
   b) „ Nacht . . . . . 2,— „
b) Der Besuch des Arztes im Hause des Kranken
   a) bei Tage . . . . . 1,50 M.
   b) „ Nacht . . . . . 4,— „

Als Nacht gilt die Zeit von 9 Uhr abends bis 7 Uhr morgens.

c) Für Massage, Anwendung des elektrischen Stromes, eingehende Untersuchungen unter Anwendung von Spiegel, Instrumenten oder des Mikroskops ein Zuschlag von 1 M. Bei besonders schwierigen Spiegeluntersuchungen, z. B. Blasen- und Speiseröhrenbesichtigungen, ist ein höherer Satz zugelassen.

d) Von der zahnärztlichen Behandlung, die sonst durch von der Kasse angestellte Zahnärzte erfolgt, kommen nur Zahnextraktionen in Betracht.

e) Besondere Verrichtungen, soweit sie nicht wie vorstehend zu bewerten sind, nach den Mindestsätzen der staatlichen Gebührenordnung für das Königreich Preußen.

f) Bei Besuchen außerhalb des Wohnortes des Arztes wird außer der Besuchsgebühr vom zweiten Kilometer ab noch eine besondere Entschädigung für Zeitversäumnis und das Fortkommen gewährt. Diese beträgt für jeden angefangenen Kilometer 1 M. Werden mehrere Mitglieder am selben Orte gleichzeitig behandelt oder auf einer Rundfahrt besucht, so wird die Kilometergebühr nur einmal bezahlt, und zwar nach der Anzahl der im Interesse der betreffenden Kasse zurückgelegten Kilometer. Die Berechnung von Kilometergebühren hat immer nur von der Wohnung des nächstwohnenden Kassenarztes zu erfolgen, und zwar nur einmal für die Hin- und Rückfahrt zusammen.

g) Personen, die den vertragsschließenden Kassen beitreten wollen, haben für die ärztliche Aufnahmeuntersuchung in der Sprechstunde und Ausfüllung des erforderlichen Kassenvordruckes ein Honorar von 3 M. aus eigenen Mitteln an den Arzt zu bezahlen.

h) Das Honorar für jede von einer Kasse verlangte Nachuntersuchung (Kontrolluntersuchung) einschließlich eines kurzen Berichtes an die Kassenleitung beträgt erfolgt sie

in der Wohnung des Arztes . . . . . 4 M.
,, ,, ,, ,, Kranken . . . . . 5 ,,

ausschließlich der vertragsmäßig zu berechnenden Kilometergebühr.

II. Die Kur- und Verpflegungssätze für Krankenanstalten sind, soweit nicht staatliche oder städtische Krankenhäuser in Frage kommen, zwischen Krankenkassen und der lokalen Ärzteorganisation zu vereinbaren.

§ 9. Jeder Kassenarzt hat vierteljährlich nach Maßgabe des § 8 seine Einzelleistungen den einzelnen Kassen zu liquidieren. Die Rechnungen müssen Zahl, Datum und Art der Hilfeleistungen und das auf jede entfallende Honorar für jedes behandelte Kassenmitglied erkennen lassen. Sie sind von den Ärzten, die einem Lokalverein angehören, diesem, von denen, die einem solchen nicht angehören, dem Vorstande des Ärzteverbandes bis zum 10. jeden ersten Vierteljahrsmonats einzureichen. Die Ärzteorganisation hat die Rechnungen auf Richtigkeit und Angemessenheit zu prüfen, bis spätestens Mitte des zweiten Vierteljahrsmonats an die zuständigen Kassenverwaltungen abzugeben, die sie ihrerseits bis vor Ablauf des Vierteljahres zu begleichen haben.

§ 10. Als Kontrollinstanz für diejenigen Kassenärzte, die durch Einzelvertrag gemäß Anlage B verpflichtet sind, hat der Vorstand des Ärzteverbandes eine dreigliedrige Kommission zu ernennen. Dieser stehen den Einzelärzten gegenüber alle diejenigen Befugnisse zu, welche die Krankenkassenkommissionen der Lokalvereine ihren Mitgliedern gegenüber ausüben.

§ 11. Für Streitigkeiten, welche aus dem Vertragsverhältnisse entstehen sollten, wird für jedes Jahr ein Schiedsgericht am Sitze des Verbandes der Ärzte Deutschlands gewählt, wozu sowohl von seiten der Krankenkassen als auch vom Verbande der Ärzte Deutschlands je zwei Schiedsrichter zu ernennen sind. Den Vorsitz in den Verhandlungen führt zu je einer Sache abwechselnd ein Arzt und ein Kassenvertreter, und falls eine Einigung nicht erzielt werden sollte, hat jede Partei das Recht, einen Juristen zu den Verhandlungen hinzuzuziehen. Letztere haben sich dann über die Hinzuziehung eines unparteiischen Juristen als Vorsitzenden zu einigen. Die Entscheidungen solchergestalt zusammengesetzter Schiedsgerichte sind endgültige und für beide Teile bindend; der gerichtliche Weg ist ausgeschlossen. Das Schiedsgericht ist berechtigt, die Streitigkeiten zunächst einer örtlichen Einigungskommission zur Erledigung zu überweisen; zu dieser Kommission hat jede Partei zwei Mitglieder zu entsenden. Jede Partei trägt die ihr erwachsenden Kosten selbst.

§ 12. Der Vertrag tritt am heutigen Tage in Kraft und gilt zunächst bis zum Ablauf des Jahres 1912. Er verlängert sich jedesmal auf ein Jahr, wenn von keiner Seite vor dem 1. Oktober eine Kündigung unter Angabe von Gründen für den Schluß des Jahres erfolgt.

§ 13. Die kaufmännischen Krankenkassen verpflichten sich, die zurzeit bestehenden Verträge mit einzelnen Ärzten und ärztlichen Vereinen zugunsten dieses Vertrages im Verhandlungswege zu beseitigen, nötigenfalls zum frühestmöglichen Termine zu kündigen.

§ 14. Der Ärzteverband verpflichtet sich, seinen Einfluß auf seine Mitglieder und die ärztlichen Lokalvereine dahin geltend zu machen, daß kaufmännischen Krankenkassen, die sich nicht zum Anschluß an diesen Vertrag bewegen lassen, wesentlich höhere Honorarsätze auferlegt werden. Außerdem verpflichtet er sich, diejenigen seiner Mitglieder, die an Orten oder in Bezirken wohnen, für die keine auf diesen Vertrag verpflichtete Lokalorganisation besteht, zum Beitritt zu diesem Vertrage zu veranlassen.

§ 15. Die vorstehenden Vertragsbedingungen finden auch Anwendung für die Behandlung der Familienangehörigen der versicherungspflichtigen Mitglieder der Vertragskassen, wenn diese entweder die Familienversicherung schon haben, oder durch Generalversammlungsbeschluß einführen, oder wenn ihnen die Familienversicherung durch Gesetz auferlegt wird.

Leipzig, den.....

Verband der Ärzte Deutschlands .....
zur Wahrung ihrer wirtschaftlichen Interessen
.....
.....

Anlage A.

Dienstvertrag für kassenärztliche Lokalorganisationen.

Zwischen der .....
einerseits und dem .....
andererseits ist heute folgender Vertrag geschlossen worden.

§ 1. .....
übernimmt die ärztliche Versorgung der in seinem Bereich wohnenden oder bei vorübergehendem Aufenthalt erkrankten versicherungspflichtigen Mitglieder der Krankenkasse und verbürgt sich, daß seine Mitglieder den Mitgliedern der Kasse die ihnen gesetzlich und statutarisch zustehende ärztliche Hilfe leisten.

Bei Eintritt in die ärztliche Behandlung hat der Patient dem Arzte seine Mitgliedschaft durch Vorlegung eines Mitgliedsbuches und eines Krankenscheines nachzuweisen; der Arzt ist verpflichtet, diesen Nachweis zu verlangen.

§ 2. Die ärztlichen Hilfeleistungen haben sich in Art und Zahl auf das zur Krankheitsbeseitigung nach dem pflichtmäßigen Ermessen des Arztes notwendige Maß zu beschränken. Erwerbsfähige Kranke sowie die Erwerbsunfähigen, denen Erlaubnis zum Ausgehen erteilt ist, haben den Arzt in der Sprechstunde aufzusuchen, sofern sie ihr Krankheitszustand daran nicht hindert. Dem Verlangen der Mitglieder oder deren Angehörigen nach häufigeren Besuchen oder Konsultationen, als wirklich notwendig sind, darf zu Lasten der Kasse nicht entsprochen werden.

§ 3. .....verpflichtet seine Mitglieder, eine möglichst baldige Herstellung der Erkrankten anzustreben, sich dabei aber aller entbehrlichen, die Kassenmittel unberechtigter- und unnötigerweise in Anspruch nehmender Anwendungen und Verordnungen zu enthalten.

In der Verschreibweise ist jede mit der Erreichung des angestrebten Heilerfolges mögliche Sparsamkeit zu beobachten. Die Verordnung diätischer Nähr- und Kräftigungsmittel auf Kassenkosten ist verboten. Die Gewährung von Heilmitteln, insbesondere auch von Mineralwässern, Bädern und Massagen, unterliegt der vorherigen Genehmigung der Kassenverwaltung. Derartige Verordnungen haben stets in beschränkter Anzahl zu erfolgen und sind bei Bedarf zu wiederholen. Die Verordnungen haben in der Regel auf Kassenformularen zu erfolgen.

§ 4. ..... verpflichtet seine Mitglieder, in jedem Krankheitsfalle besondere Sorgfalt und Gewissenhaftigkeit der Frage zuzuwenden, ob und wie lange die Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit nach dem Krankheitsbefunde geboten ist. Jedem Versuch der Kranken, die Kasse durch Vorgeben von Arbeitsunfähigkeit zu schädigen, ist mit Entschiedenheit entgegenzutreten.

§ 5. Wenn die Wohnungs- und Pflegeverhältnisse des Kranken ungenügende sind, oder die Art der Krankheit eine Kur in einer Krankenanstalt erfordert, oder das Verhalten des Kranken eine Anstaltsbehandlung geboten erscheinen läßt, sind die Kassenmitglieder der Anstaltsbehandlung in einer zugelassenen Krankenanstalt (siehe § 8 II. des Tarifvertrages) zu überweisen. Dabei ist der Arzt verpflichtet, den Kranken darauf hinzuweisen, daß seine Kasse nur für die niedrigste Verpflegungsklasse aufkommt. Die Verpflegung und Behandlung von Kassenmitgliedern in besseren Verpflegungsklassen der Krankenhäuser, Sanatorien und Privatkliniken unterliegt besonderer Vereinbarung zwischen Kranken und Arzt. Wenn nicht Gefahr im Verzuge ist, hat der behandelnde

Arzt bei Gewährung von Anstaltsbehandlung die Zustimmung der Kassenleitung vorher einzuholen. Die Kassenleitung ist verpflichtet, bei jeder von ihr bewirkten Krankenhauseinweisung den behandelnden Arzt zu benachrichtigen.

§ 6. Die Krankenscheine sollen die Art der Krankheit, Beginn der Behandlung und eine Angabe darüber enthalten, ob der Patient erwerbsfähig oder erwerbsunfähig ist. Bei länger dauernder Erwerbsunfähigkeit haben die Krankenscheine über Erwerbsunfähigkeit der vorhergegangenen 7 Tage zu lauten. Beim Fehlen von Kassenvordrucken genügt auch jede andere kurze Bescheinigung.

Die Kassenärzte sind verpflichtet, der Kassenleitung auf Ersuchen Auskunft über die Erkrankungen ihrer Mitglieder zu geben.

Bei der Abmeldung der Mitglieder aus ärztlicher Behandlung ist auf dem Beendigungsschein scharf zu unterscheiden, ob das Mitglied völlig geheilt oder nur gebessert aus der Behandlung entlassen wird.

§ 7. Beide vertragschließende Parteien erkennen die Bestimmungen des Vertrages, den der Verband der Ärzte Deutschlands zur Wahrung ihrer wirtschaftlichen Interessen mit der Krankenkasse am..... geschlossen hat, als Teile dieses Vertrages ausdrücklich an.

§ 8. Die Krankenkommission des..... ist verpflichtet, darauf hinzuwirken, daß die Interessen der Krankenkasse gewahrt werden und hat bei ungenügender Wahrung durch einzelne Ärzte sofort einzugreifen. Sie hat ferner dafür zu sorgen, daß in Fällen zweifelhafter Erwerbsunfähigkeit oder Gesundmeldung auf Antrag der Kassenleitung Untersuchungen vorgenommen werden, nachdem der behandelnde Arzt zuvor davon verständigt worden ist.

§ 9. Der Vertrag tritt am ..... in Kraft und gilt zunächst bis zum 31. Dezember 1912. Er verlängert sich jedesmal auf ein Jahr, wenn von keiner Seite vor dem 1. Oktober eine Kündigung unter Angabe von Gründen für den Schluß des Jahres erfolgt. Er erlischt, wenn der Vertrag zwischen Ärzteverband und der Krankenkasse erlischt.

.....
Ort und Datum.

.....
.....
Unterschriften.

Anlage B.

Dienstvertrag für Verbandsmitglieder, die keiner kassenärztlichen Lokalorganisation angehören.

Zwischen der .....
einerseits und dem Mitgliede des Verbandes der Ärzte Deutschlands Herrn.....
..... in..... andererseits ist heute folgender Vertrag geschlossen worden.

§ 1. Herr Dr..... übernimmt mit heutigem Tage die ärztliche Behandlung der in seinem Praxisbereich wohnenden oder bei vorübergehendem Aufenthalt erkrankten versicherungspflichtigen Mitglieder genannter Krankenkasse.

Beim Eintritt in die ärztliche Behandlung hat der Patient dem Arzte seine Kassenmitgliedschaft durch Vorlegen eines Mitgliedsbuches und eines Krankenscheines nachzuweisen; der Arzt ist verpflichtet, diesen Nachweis zu verlangen.

§ 2. Die ärztlichen Hilfeleistungen haben sich in Art und Zahl auf das zur Krankheitsbeseitigung nach dem pflichtmäßigen Ermessen des Arztes notwendige Maß zu beschränken. Erwerbsfähige Kranke sowie die Erwerbsunfähigen, denen Erlaubnis zum Ausgehen erteilt ist, haben den Arzt in der Sprechstunde aufzusuchen, sofern sie ihr Krankheitszustand daran nicht hindert. Dem Verlangen der Mitglieder oder deren Angehöriger nach häufigeren Besuchen oder Konsultationen, als wirklich notwendig sind, darf zu Lasten der Kasse nicht entsprochen werden.

§ 3. Herr Dr..... verpflichtet sich, eine möglichst baldige Herstellung der Erkrankten anzustreben, sich dabei aber aller entbehrlicher, die Kassenmittel unberechtigter- und unnötigerweise in Anspruch nehmender Anwendungen und Verordnungen zu enthalten.

In der Verschreibweise ist jede mit der Erreichung des angestrebten Heilerfolges mögliche Sparsamkeit zu beobachten. Die Verordnung diätischer Nähr- und Kräftigungsmittel auf Kassenkosten ist verboten. Die Gewährung von Heilmitteln, insbesondere auch von Mineralwässern, Bädern und Massagen unterliegt der vorherigen Genehmigung

der Kassenverwaltung. Derartige Verordnungen haben stets in beschränkter Anzahl zu erfolgen und sind bei Bedarf zu wiederholen. Die Verordnungen haben in der Regel auf Kassenformularen zu erfolgen.

§ 4. Herr Dr. ..... verpflichtet sich, in jedem Krankheitsfalle besondere Sorgfalt und Gewissenhaftigkeit der Frage zuzuwenden, ob und wie lange die Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit nach dem Krankheitsbefunde geboten ist. Jedem Versuch der Kranken, die Kasse durch Vorgeben von Arbeitsunfähigkeit zu schädigen, ist mit Entschiedenheit entgegenzutreten.

§ 5. Wenn die Wohnungs- und Pflegeverhältnisse des Kranken ungenügende sind, oder die Art der Krankheit eine Kur in einer Krankenanstalt erfordert, oder das Verhalten des Kranken eine Anstaltsbehandlung geboten erscheinen läßt, sind die Kassenmitglieder der Anstaltsbehandlung in einer zugelassenen Krankenanstalt (siehe § 8 II. des Tarifvertrages) zu überweisen. Dabei ist der Arzt verpflichtet, den Kranken darauf hinzuweisen, daß seine Kasse nur für die Kosten in der niedrigsten Verpflegungsklasse aufkommt. Die Verpflegung und Behandlung von Kassenmitgliedern in besseren Verpflegungsklassen der Krankenhäuser, Sanatorien und Privatkliniken unterliegt besonderer Vereinbarung zwischen Kranken und Arzt. Wenn nicht Gefahr im Verzuge ist, hat der behandelnde Arzt bei Gewährung von Anstaltsbehandlung die Zustimmung der Kassenleitung vorher einzuholen. Die Kassenleitung ist verpflichtet, bei jeder von ihr bewirkten Krankenhauseinweisung den behandelnden Arzt zu benachrichtigen.

§ 6. Die Krankenscheine sollen die Art der Krankheit, Beginn der Behandlung und eine Angabe darüber enthalten, ob der Patient erwerbsfähig oder erwerbsunfähig ist. Bei länger dauernder Erwerbsunfähigkeit haben die Krankenscheine über Erwerbsunfähigkeit der vorhergegangenen 7 Tage zu lauten. Beim Fehlen von Kassenvordrucken genügt auch jede andere kurze Bescheinigung.

Herr Dr. ..... verpflichtet sich, der Kassenleitung auf Ersuchen Auskunft über die Erkrankungen der Kassenmitglieder zu geben.

Bei der Abmeldung der Mitglieder aus ärztlicher Behandlung ist auf dem Beendungsschein scharf zu unterscheiden, ob das Mitglied völlig geheilt oder nur gebessert aus der Behandlung entlassen wird.

§ 7. Beide vertragschließende Parteien erkennen die Bestimmungen des am ..... zwischen dem Verband der Ärzte Deutschlands und der Krankenkasse geschlossenen Vertrages als Teile dieses Vertrages ausdrücklich an.

§ 8. Die vom Vorstande des Verbandes der Ärzte Deutschlands gemäß § 10 des Tarifvertrages zu errichtende Kommission ist verpflichtet, darauf hinzuwirken, daß die Interessen der Krankenkasse gewahrt werden, und hat bei ungenügender Wahrung durch einzelne Ärzte sofort einzugreifen. Sie hat ferner dafür zu sorgen, daß in Fällen zweifelhafter Erwerbsunfähigkeit oder Gesundmeldung auf Antrag der betreffenden Kassenleitung Nachuntersuchungen vorgenommen werden, nachdem der behandelnde Arzt zuvor davon verständigt worden ist.

§ 9. Der Vertrag tritt am heutigen Tage in Kraft und gilt zunächst bis zum 31. Dezember 1912. Er verlängert sich jedesmal auf ein Jahr, wenn von keiner Seite vor dem 1. Oktober eine Kündigung unter Angabe von Gründen für den Schluß des Jahres erfolgt. Er erlischt, wenn der Vertrag zwischen Ärzteverband und der Krankenkasse erlischt.

Herr Dr. ..... ist berechtigt, diesen Vertrag ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist zu kündigen, wenn er aus seinem Wohnort verzieht oder die Praxis aufgibt.

.....
Ort und Datum.

.....
.....
Unterschriften.

Sechster Abschnitt.

Die Leistungen der sozialen Versicherung.

Siebzehntes Kapitel.

Die Arzneiversorgung und die Krankenhausbehandlung.

Ein integrierender Teil der Krankenhilfe ist die Versorgung mit Arznei sowie Bruchbändern, Brillen und anderen kleineren Heilmitteln (§ 182). Diese Versorgung mit Arznei und Heilmitteln hat den Krankenkassen gewisse Schwierigkeiten gebracht, die aus der verwickelten Lage des Arzneiverkehrs überhaupt herrühren. Das äußere Symptom dieser Schwierigkeiten ist die außerordentliche Steigerung, die die Ausgaben für Arznei und Heilmittel im Laufe der Jahre erfahren haben. Im Jahre 1885 betrugen diese Ausgaben 7 Millionen Mark gegenüber 48 Millionen Mark im Jahre 1910. Und diese Steigerung ist nicht etwa allein durch die Ausdehnung des Versichertenkreises bedingt, sondern die Ausgaben sind auch im Verhältnis der Zahl der Versicherten gestiegen, sie betrugen früher 169 Pf. auf den Kopf, zuletzt dagegen 369 Pf. Diese Kosten enthalten aber noch nicht einmal den ganzen Arzneiverbrauch, da dieser für die Mitglieder, die in Krankenhäusern untergebracht sind, und für die Angehörigen nicht berechnet wird. Die Steigerung des Arzneiverbrauchs nötigt, daß wir uns etwas näher mit der Arzneiversorgung überhaupt beschäftigen müssen.

An der Lieferung der Arznei und der anderen Heilmittel sind Apotheken, Drogenhandlungen und chemische Großfabriken beteiligt. Während in früheren Jahrhunderten das Heilmittel fast ausschließlich sich aus Substanzen zusammensetzte, die als Kräuter auf dem freien Felde gefunden wurden, und deren Zubereitung besondere Fertigkeiten verlangte, ist heute der Gebrauch dieser Mittel erheblich zurückgegangen. Die Bereitung von Pillen, Mixturen, Tinkturen und Infusen tritt gegenüber den fertig bezogenen Tabletten, titrierten Lösungen und den chemisch dargestellten Arzneimitteln zurück. Dazu kommt der außerordentlich große Verbrauch von Verbandmitteln, der erst in der anti- und aseptischen Zeit angebahnt wurde und sich immer mehr gesteigert hat. Diese kurze Andeutung möge genügen, um darzutun, daß die Änderung der ganzen Verhältnisse auch eine Änderung der Arzneiversorgung mit sich bringen mußte, und daß darum die jetzige Lage unverständlich ist, wenn man nicht weiß, wie sie entstanden ist.

Ursprünglich bestand überhaupt keine gesonderte Arzneiversorgung. Der Arzt bereitete zugleich die Arznei. Etwas Ähnliches findet sich ja heuzutage noch in England. Allmählich trennte sich dann aber der Arzt vom Apotheker, je mehr beide Künste in der Entwicklung vorschritten. Die Pharmazie wurde

besonders bei den Arabern ausgebildet, und so ist es verständlich, daß gerade Kaiser Friedrich II. es war, der im Jahre 1241 die Apotheke als Medizinalinstitut einführte. Die damalige Abtrennung in Innungen, die das Monopol auf die Darstellung und Verfertigung eines Stoffes hatten, begünstigte die Entwicklung der Apotheken und verschaffte ihnen zahlreiche Privilegien, deren Grundprinzip immer darin bestand, daß der freie Arzneiverkehr eingeschränkt und die Zubereitung von Medikamenten nur den privilegierten Apothekern gestattet wurde. Auf der anderen Seite verlangte der Staat, daß die Apotheker in kunstgerechter Weise bei ihrem Geschäft vorgingen, und überwachte ihren Betrieb und ihren Geschäftsverkehr in ganz besonders intensiver Weise. Die Apothekerkunst war mit einem gewissen mystischen Schleier umzogen, den man noch ahnt, wenn man die Einrichtung altdeutscher Apotheken, etwa in dem Germanischen Museum, ansieht. Mit dem alten Zunftzwang hörte in der Neuzeit in den meisten Gewerben jede Beschränkung seitens des Staates auf. Die Zeit der Gewerbefreiheit brachte überall Befreiung von einengenden Bestimmungen, nur das Apothekenwesen blieb davon fast unberührt. In einer Publikation der Königlichen Regierung in Köln vom Jahre 1829 heißt es: „Die höchste Zuverlässigkeit bei der Zubereitung der Arzneien ist der einzige Zweck der zugunsten der Apotheken stattfindenden Beschränkung der Gewerbefreiheit, welche das Publikum mit dem mehrfachen Werte der Arzneien bezahlen muß." Hier ist in prägnanter Kürze alles zum Ausdruck gebracht, was die Aufrechterhaltung des Gewerbezwangs im Arzneimittelverkehr betrifft. Trotzdem konnte man sich der neuen Zeit nicht gänzlich verschließen und so wurde in Preußen im Jahre 1830 auch Nichtapothekern der Betrieb chemisch-pharmazeutischer Fabriken gestattet. Schon früher war der unerlaubte Arzneimittelverkehr beliebt gewesen, das Jahr 1802 brachte auch den „Materialisten" die Freigabe gewisser „roher Arzneiwaren". Allmählich erweiterte sich der Kreis der freigegebenen Mittel, 1872 waren noch die Arzneipulver allgemein dem freien Verkehr entzogen, 1875 nur noch gemischte Pulver, und so ging es weiter. Die Reichsgewerbeordnung schuf den Stand der Drogisten. Seit dem Jahre 1872 erschienen auf Grund der Gewerbeordnung Kaiserliche Verordnungen in unregelmäßigen Abständen, die die Mittel namhaft machen, welche dem freien Verkehr entzogen sind. Während anfangs die Drogisten weder einen Befähigungsnachweis zu erbringen hatten noch einer gewerbepolizeilichen Erlaubnis bedurften, wurden sie allmählich unter immer strengere Aufsicht gestellt, die eine grundsätzliche Regelung fand auf Grund der 1902 in Preußen herausgekommenen „Grundzüge über die Regelung des Verkehrs mit Arzneimitteln außerhalb der Apotheken". Auf die Entwicklung des Verkehrs mit Giften brauche ich hier nicht näher einzugehen. Zurzeit ist die Kaiserliche Verordnung vom Jahre 1901 nebst Ergänzung vom Jahre 1911 über den Verkehr mit Arzneimitteln gültig. Sie enthält ein Verzeichnis A und ein Verzeichnis B. Die in dem Verzeichnis A aufgeführten Zubereitungen dürfen außerhalb der Apotheken als Heilmittel nicht feilgehalten oder verkauft werden. Als kosmetische Mittel aber können sie verkauft werden, abgesehen von Ausnahmen, ebenso als Desinfektionsmittel, Hühneraugenmittel usw. Die in dem Verzeichnis B aufgeführten Stoffe dürfen außerhalb der Apotheken überhaupt nicht feilgehalten oder verkauft werden. Der Großhandel unterliegt überhaupt keinen Beschränkungen. Im Verzeichnis A sind genannt: Abkochungen und Aufgüsse (Dekokte und Infuse), Ätzstifte, Auszüge (Extrakte und Tinkturen), Gemenge und Verreibungen, Gemische

und Lösungen (Mixturen und Solutionen), Kapseln, Latwerge, Linimente, Pastillen, Pflaster und Suppositorien. Bei jeder Zubereitung sind gewisse Ausnahmen namhaft gemacht. Das Verzeichnis B enthält alle scharfwirkenden Stoffe, z. B. Morphin, Opium, Chloroform, Jodoform, Quecksilbersalze usw. Alle neueren Heilmittel, die auf dem Markt erscheinen und noch nicht in das Verzeichnis B aufgenommen sind, bleiben dem freien Verkehr überlassen. Ebenso bezieht sich das Verbot des Feilhaltens der im Verzeichnis B genannten Stoffe nur auf diese selbst in ungemischtem Zustande (Oberlandesger. Köln v. 24. 7. 07). Zubereitungen des Verzeichnisses B sind dagegen nur dann dem freien Verkehr entzogen, wenn sie unter Verzeichnis A fallen und als Heilmittel abgegeben werden (Kammergericht v. 16. 12. 01, 13. 6. und 6. 9. 07). (Nach Dietrich und Rapmund.)

Das Apothekenmonopol ist also durch die Freigabe von zahlreichen Arzneimitteln erheblich durchlöchert und wird es noch mehr durch den unerlaubten Handel mit verbotenen Stoffen, der trotz aller Kontrolle nicht unterdrückt werden kann. Andererseits besteht doch das Monopol in gewisser Beziehung weiter fort, so daß die Entwickelung des der Gewerbefreiheit entzogenen Apothekerwesens näher beleuchtet werden muß.

Ein Reichsapothekengesetz, das die ganze Materie systematisch behandelt, existiert nicht; ein Entwurf, der im Reichsamt des Innern ausgearbeitet wurde, erregte so viel Widerspruch, daß das Reich leider auf die reichsgesetzliche Regelung verzichtet hat. Durch gewisse Bestimmungen, z. B. über die Prüfung der Apotheker, durch Herausgabe des Deutschen Arzneibuches und der Deutschen Arzneitaxe übt das Reich trotzdem einen Einfluß auf das Apothekenwesen aus. Besonders das Konzessionswesen ist aber der landesgesetzlichen Regelung überlassen. Hinsichtlich der Konzessionen herrscht nun eine Mannigfaltigkeit, die geradezu verwirrend ist. Das kommt daher, daß die alten Privilegien zum Teil noch bestehen, zum Teil in veränderter Form entstanden und sich nun auch erhalten haben. In neuerer Zeit werden überall nur Personalkonzessionen erteilt. Man unterscheidet:

1. Exklusivprivilegien (vereinzelt), schärfste Monopolform,
2. Realprivilegien, meist an ein Grundstück gebunden,
3. Realkonzessionen, meist an ein Grundstück gebunden; der Besitzer muß Apotheker sein,
4. Unverkäufliche Personalkonzessionen,
5. Gemeindeapotheken, Apotheken im Besitze der Krone oder von Stiftungen.

Auf die Hausapotheken und Krankenhausapotheken gehe ich nicht weiter ein. Nach Rapmund und Dietrich sind von den im Deutschen Reich vorhandenen 6000 Vollapotheken etwa 30 % privilegiert, 38 % frei verkäuflich (Realkonzessionen), 32 % unverkäuflich (Personalkonzessionen). In den einzelnen Staaten ist der Anteil sehr verschieden. Personalkonzessionen bestehen in Preußen nur 18 %, dagegen in Bayern etwa 65 %, in Sachsen 44 %, in Württemberg 30 %. In Hessen betragen die Realkonzessionen 37 %, außerdem gibt es dort Gemeindeapotheken in einer Zahl von 11 %.

Da die Zahl der Apotheken beschränkt ist, so sind die verkäuflichen Objekte sehr begehrt. Sie werden etwa mit dem 7 fachen des Umsatzes bezahlt. Steigert der Besitzer den Umsatz, so steigt seine Apotheke an Wert. Infolgedessen sind unerträgliche Zustände eingetreten, da der Besitzer nur das Interesse an der Umsatzsteigerung hat, während der Reinverdienst sehr zurück-

gegangen ist, da der Umsatz heutzutage sich nicht mehr größtenteils auf der Rezeptur aufbaut, sondern auf dem Handverkauf und eventuell der Produktion von eigenen Spezialitäten, wie Haarwässern, Zahnpulvern usw. So kommt es, daß Objekte, die mit 250 000 M. bezahlt werden, einen Reinverdienst von 4—5000 M. abwerfen. Wer also eine Apotheke kaufen will, muß viel Geld haben, ohne daß er dabei nun etwa ein sorgenloses Dasein erwirbt. Wer kein Geld hat, muß warten, bis er eine Personalkonzession erhält. Dabei wird er gewöhnlich 40—45 Jahre alt. Infolgedessen drängen viele Elemente aus dem Apothekerstande heraus und werden Drogisten. Hier bestehen für sie keine Beschränkungen, und sie werden eine gefährliche Konkurrenz ihrer ehemaligen Standesgenossen. Seit 100 Jahren bemüht sich der preußische Staat, die Apothekenfrage zu lösen, ohne daß bisher ein Ausweg gefunden ist. Jedenfalls bestehen hier Mißstände, die zur Vermeidung von Weitschweifigkeiten nur angedeutet werden konnten.

Die eigentümliche Lage des Arzneimittelverkehrs hat die Folge, daß fast überall ein offener oder latenter Konflikt zwischen Apotheken und Krankenkassen besteht. Kuhn faßt diesen Zustand in dem Schlagwort zusammen: Das Interesse der Krankenkassen ist es, wenig Arzneimittel möglichst billig zu kaufen, das Interesse der Apotheken ist es, möglichst viel Arzneimittel möglichst teuer zu verkaufen. Dazwischen stehen die Drogisten und unterbieten in der freien Konkurrenz die Preise, während die Apotheker infolge der bedrängten wirtschaftlichen Lage auf die dauernde Erhöhung der Arzneitaxe hinwirken. Das entspricht natürlich nicht dem Interesse der Krankenkassen, die gegen das Apothekenmonopol Sturm laufen und es im Endziel darauf abgesehen haben, die Ermächtigung zur Gründung von Krankenkassenapotheken zu erhalten.

Der wirtschaftliche Kampf, der sich hier abgespielt hat, ist recht ernst gewesen und nur der Öffentlichkeit nicht so bekannt geworden wie der wirtschaftliche Kampf zwischen Ärzten und Krankenkassen. In diesem Kampfe hat die RVO. den Versuch gemacht, vermittelnd zu wirken. Der Entwurf der Reichsversicherungsordnung führte in seiner Begründung aus:

„Die Streitigkeiten der Krankenkassen mit den Besitzern oder Verwaltern der Apotheken über die Bedingungen des Arzneibezugs haben zwar nicht den gleichen Umfang angenommen und wohl auch nicht in so hohem Maße Aufsehen erregt wie die Kämpfe mit den Ärzten. Gleichwohl waren auch sie zahlreich und für beide Teile mit unliebsamen Folgen verbunden.

Den Ausgangspunkt der Meinungsverschiedenheiten bildete wie bei den Ärzten ganz überwiegend der Abschluß von Verträgen der Kassen mit einzelnen Apothekenbesitzern und der damit verbundene Ausschluß der übrigen Apotheken von der Arzneilieferung. Auf der anderen Seite führen die Kassen lebhafte Klage darüber, daß sie beim Mangel anderer Vereinbarung vielfach gezwungen seien, die sogenannten Handverkaufsartikel ungleich den anderen Abnehmern der Apotheken zu den höheren Rezepturpreisen zu bezahlen. Die gleichfalls viel umstrittene Frage, ob die Krankenkassen ermächtigt werden sollen, unmittelbar an ihre Mitglieder Arzneien abzugeben, liegt außerhalb des Rahmens der vorliegenden Reform.

Freie Apothekenwahl kann nicht nach denselben Grundsätzen beurteilt werden wie freie Arztwahl. Während die Leistung des Arztes entschieden ein individuelles Gepräge trägt, tritt die Persönlichkeit des Apothekers hinter die gelieferte Ware zurück. Für diese aber bieten die Vorschriften über

Einrichtung, Betrieb und Besichtigung der Apotheken sowie über das Zubereiten, Aufbewahren und Bereithalten der Heilmittel die Gewähr eines durchschnittlichen Gleichmaßes an Güte. Die Preise sind durch die Taxen einheitlich festgesetzt, und diese Einheitlichkeit würde beim System einer beschränkten freien Apothekenwahl infolge der Gleichmäßigkeit der Vereinbarungen auch die zugelassenen Preisermäßigungen erfassen. Allerdings können einzelne Krankenkassen jetzt unter Umständen durch Sonderabmachungen mit einzelnen Apothekern, die ihre Kollegen unterbieten, noch weitgehende Preisermäßigungen erzielen. Diesem Vorteile für die Kasse steht aber der Nachteil für einen Teil der Versicherten gegenüber, daß sie die benötigten Arzneimittel nicht, wie es sonst die Regel bildet, aus den ihnen zunächst gelegenen Apotheken beziehen können, sondern aus oft unbequemen Entfernungen entnehmen müssen. Fernerhin aber erwächst den nicht begünstigten Apothekern aus ihrem Ausschluß aus der Arzneilieferung ungerechtfertigter Schaden, dem sie sich weniger zu entziehen vermögen, als es die Ärzte können, wenn sie nicht zur Kassenpraxis zugelassen werden. Sie sind durch die Apotheke an den Ort gefesselt. Für deren Anlage und Bewertung aber ist in der Hauptsache ein fester, räumlich abgegrenzter Kundenkreis bestimmend gewesen. Diese Unterlage, auf der die staatlichen Konzessionierungen der Apotheken fußen, fällt weg, sobald der Apotheke durch einseitige Maßnahmen der Krankenkasse ein beträchtlicher, unter Umständen überwiegender Teil der Abnehmer entzogen wird. Insoweit besteht auch außerhalb der an der Krankenversicherung unmittelbar beteiligten Kreise ein öffentliches Interesse daran, die ausschließliche Bevorzugung einzelner Apotheken zu verhindern."

Das fertige Gesetz weicht von den Bestimmungen des Entwurfs ab. Indessen sind die maßgebenden Gesichtspunkte berücksichtigt worden. Zunächst schränkt die RVO. das bisher den Krankenkassen zustehende Recht, zum Liefern der Arznei nur bestimmte Apotheken zuzulassen, dahin ein, daß jeder Apothekenbesitzer oder -verwalter das Recht haben soll, solchen mit Einzelapotheken getroffenen Vereinbarungen auch für seine Apotheke beizutreten und damit das gleiche Anrecht zu erwerben, zur Arzneilieferung zugelassen zu werden. Es handelt sich dabei in erster Linie um Apotheken innerhalb des Kassenbereichs. Mit Genehmigung des Versicherungsamts kann die Kasse auch mit auswärtigen Apotheken solche Vereinbarungen treffen. Infolgedessen besagt das Gesetz: „Die Satzung kann den Vorstand ermächtigen, innerhalb des Kassenbereichs oder mit Genehmigung des Versicherungsamts darüber hinaus wegen Lieferung der Arznei mit einzelnen Apothekenbesitzern oder -verwaltern oder, soweit es sich um dem freien Verkehr überlassene Arzneimittel handelt, auch mit anderen Personen, die solche feilhalten, Vorzugsbedingungen zu vereinbaren. Alle Apothekenbesitzer und -verwalter im Bereiche der Kasse können solchen Vereinbarungen beitreten" (§ 375 Abs. 1). Auf die Vereinbarungen mit den Drogenhändlern komme ich später noch zu sprechen.

Bei der vorgesehenen Ordnung der Frage mußte die Besorgnis bis zu einem gewissen Grade mindestens als berechtigt erscheinen, daß es den Krankenkassen weniger als bisher gelingen werde, von den Apotheken die Bewilligung angemessener Rabattsätze zu erwirken. In Bayern, Hessen, Anhalt, Elsaß-Lothringen und Hamburg mußte den Kassen bisher ein Rabatt von 10 %, in Württemberg von 10—15 %, in Baden und den thüringischen Staaten ein solcher von 15 % gewährt werden. Derartige Bestimmungen waren aber in anderen Bundesstaaten, besonders in Preußen und Sachsen, nicht in Anwendung.

Zweifellos ist aber die Rabattgewährung schon wegen des Zweckes der Krankenkassen und der wirtschaftlichen Lage ihrer Mitglieder (ich gebe hier die Begründung des Entwurfs der RVO. wieder) erwünscht. Sie ist zudem da berechtigt, wo die Kassen den Apotheken als Abnehmer in größerem Maßstab gegenüberstehen. Aus diesen Gründen sieht das Gesetz vor, daß die Apotheken den Kassen einen Abschlag von den Preisen der Arzneitaxe zu gewähren haben, der von der obersten Verwaltungsbehörde bestimmt wird. Sie kann auch für die einzelnen Apotheken den Abschlag davon abhängig machen, daß die Kasse aus ihnen mindestens zu einem bestimmten Betrage bezieht (§ 376 Abs. 1). Es ist also anzunehmen, daß gewöhnlich ein Rabatt von 10 % ausgesprochen werden wird.

Schließlich führt der Entwurf aus: „Berechtigt ist ferner die erwähnte Klage der Kassen wegen der Preise der Handverkaufsartikel. In der Tat ist es unbillig, wenn gerade besonders gute und zahlungsfähige Abnehmer höhere Preise zahlen müssen als alle übrigen Kunden. Und diese Regelwidrigkeit findet ihren Hauptgrund nicht in dem Verhältnis zwischen den Kassen und Apotheken, sondern in dem die letzteren gar nicht berührenden Verhältnis der Kasse zu ihren Mitgliedern. Nur um diesen der Kasse gegenüber einen Ausweis zu sichern, werden viele Heilmittel in Rezeptform verschrieben, deren Bezug sonst im Wege des Handverkaufs angewiesen zu werden pflegt. Es ist also nicht berechtigt, wenn die Apotheken aus diesem Umstand einen Sondervorteil ziehen. Wenn eingewendet wird, daß ihnen durch diese Art des Bezugs immerhin eine gewisse Mehrarbeit erwächst, und daß die Zahlung nicht sofort, sondern erst zu dem mit der Kasse vereinbarten Termine geschieht, so werden diese kleinen Nachteile sicher durch die Vorteile reichlich aufgewogen, die das Krankenkassenwesen sonst den Apothekern bietet."

Die RVO. besagt demzufolge: Die höhere Verwaltungsbehörde setzt unter Rücksicht auf die örtlichen Verhältnisse und die im Handverkauf üblichen Preise die Höchstpreise von solchen einfachen Arzneimitteln fest, welche sonst ohne ärztliche Verschreibung (im Handverkauf) abgegeben zu werden pflegen. (§ 376, Abs. 2.) Den Kassen bleibt es also unbenommen, niedrigere Preise als diese behördlich festgesetzten Höchstpreise zu vereinbaren. Den Apotheken bleibt es überlassen, ob sie solchen Vereinbarungen beitreten oder sich an die genannten Höchstsätze halten wollen. Während der Beratung wurde seitens der süddeutschen Bundesratsvertreter darauf aufmerksam gemacht, daß die behördlich festgesetzten Höchstpreise bei den freigegebenen Arzneimitteln voraussichtlich überall die Preise, die die Krankenkassen mit den Drogisten vereinbarten, übersteigen würden. Deshalb liege es im Interesse der Kassen, ihre Mitglieder wegen des Bezuges solcher Arzneimittel an die Drogisten zu verweisen. Der § 375 besagt noch, daß der Kassenvorstand die Bezahlung von Arznei ablehnen kann, die nicht von einem Arzneihändler geliefert ist, der der Vereinbarung beigetreten ist. Zum Schutze der Apotheken, besonders der Landapotheken, ist nun im § 376 eine Bestimmmung getroffen, die jene vorher genannte in einem gewissen Grade aufhebt, soweit der Bezug von Handverkaufsartikeln aus Apotheken in Frage kommt. Beziehen nämlich die Berechtigten die Arzneimittel des Handverkaufs aus einer Apotheke zu einem Preise, der die behördliche Taxe nicht überschreitet, so muß die Kasse die Zahlung leisten, wenn sie auch mit Drogisten niedrigere Preise vereinbart hat. Bei der dritten Lesung führte der Bundesratsvertreter im Reichstage dazu aus: „Die Bestimmung hat zunächst den Zweck, die einzelnen Aoptheker dagegen zu schützen, daß sie vollkommen von dem Vertrieb der

Arznei bei einem großen Teil der Bevölkerung ausgeschaltet werden. Aber zunächst ist ja die Kasse unter allen Umständen berechtigt, ihrerseits Verträge abzuschließen, mit wem sie will, also auch mit auswärtigen Großhändlern über die Lieferungen von Arznei, Verbandstoffen u. dgl. Das aber, was ihr hier unter Umständen untersagt wird, ist, daß sie die Bezahlung derjenigen Verbandstoffe und Arzneien ablehnt, die ein Versicherter aus einer anderen Quelle bezogen hat. Diese letztere Befugnis, die Ablehnung der Bezahlung, ist hier im allgemeinen nach Abs. 1 des § 375 gegeben, wenn die Kasse Sonderverträge schließt mit Apothekern, Drogisten u. dgl. innerhalb ihres Kassenbereichs. Sobald sie außerhalb des Kassenbereichs solche Verträge abschließt, ist ihr diese Befugnis nur mit Genehmigung des Versicherungsamts gegeben. Die Folge davon ist die, daß eine Kasse sehr wohl ohne weiteres berechtigt ist, ihrerseits von auswärts her in größeren Mengen Verbandstoff u. dgl. zu beziehen und unentgeltlich an ihre Mitglieder abzugeben. Wenn aber ein Mitglied zu den von der höheren Verwaltungsbehörde festgesetzten Normalpreisen bzw. Rabattpreisen eine solche Ware von anderen Apothekern innerhalb des Kassenbezirks bezieht, und zwar auch zu etwas höheren Preisen, als die Kasse an den auswärtigen Großhändler gezahlt hat, so würde die Kasse nicht berechtigt sein, die Bezahlung dieser Lieferung abzulehnen."

Es fragt sich, ob diese etwas verwickelten Bestimmungen, die den Schutz der Apotheken unter allen Umständen bezwecken, nicht gelegentlich dadurch illusorisch werden, daß nach Hoffmann Betriebskrankenkassen keinen Kassenbezirk haben und daher jede beliebige Apotheke im Inland wählen können.

Aus der Besprechung ist schon hervorgegangen, daß die freigegebenen Arzneimittel auch von Nichtapothekern (die weder Besitzer noch Verwalter einer Apotheke sind) bezogen werden können, wenn mit ihnen diesbezügliche Vereinbarungen getroffen sind. (§ 375.) Sind solche Vereinbarungen nicht getroffen, so können die Arzneimittelhändler nicht hinterher wie etwa die Apotheker den mit anderen Arzneimittelhändlern getroffenen Vereinbarungen ohne weiteres beitreten. Die Bezahlung der von ihnen gelieferten Mittel kann, abgesehen von dringenden Fällen, von der Kasse abgelehnt werden. (§ 375, Abs. 2.) Es fragt sich, wieweit dieser Schutz der Apotheken berechtigt ist. Er leitet sich aus der Sicherheit und der Garantie her, die mit dem Bezug von Arzneimitteln aus Apotheken verbunden ist. Auf Grund besonderer Betriebsbestimmungen ist der Apotheker gehalten, die Waren zu prüfen. Er ist für die Güte und Reinheit der Waren verantwortlich, er ist darüber hinaus noch dafür verantwortlich, daß in den Rezepten der Ärzte die Maximaldosen bei stark wirkenden Mitteln nicht überschritten werden. Es ist bekannt, daß minderwertige Drogen und fertige chemische Präparate in den Handel kommen, deren Prüfung dem Drogisten entweder nicht möglich ist oder ihn doch nur wenig angeht. Er verkauft die Waren als Detailhändler so, wie er sie von dem Großhändler bezogen hat. Der Apotheker ist dagegen verpflichtet, bei jeder Ware selbst in eine Prüfung einzutreten, ob sie den Anforderungen, die das Arzneibuch in dieser Hinsicht stellt, genügt. Ich habe vorher darauf hingewiesen, daß die Zustände auf eine Apothekenreform hindrängen. Solange eine solche Reform aber nicht durchgeführt ist, hat der Staat die Aufgabe, die Apotheken in ihrer jetzigen Form zu erhalten und auch im Gebiete der Krankenversicherung nicht der Gefahr eines Boykotts auszusetzen. Der Drogistenstand enthält viele ehemalige Apotheker und Männer mit guter

Ausbildung, denen die Beschränkung ihrer Berufstätigkeit durch die Apotheken eine ungerechte Last erscheint, andererseits aber enthält er auch Elemente, die von dem Arzneimittelverkehr nicht viel oder gar nichts verstehen. Geradezu gefährlich sind die besonders auf dem platten Lande ansässigen „Schrankdrogisten," da die Besitzer solcher Schränke meist weder mit der Art noch Wirkungsweise sowie der möglichen Schädlichkeit des Inhalts der Schränke, noch mit den bestehenden Vorschriften über den Arzneimittelverkehr vertraut sind. So sehr die Bestrebungen der Kassen, mit Hilfe der Drogisten bzw. durch die Aussicht auf Vereinbarungen mit ihnen preismildernd auf den Arzneimittelverkehr zu wirken, zu verstehen sind, so wenig liegt es andererseits im Interesse der erkrankten Personen, sie gesundheitlichen Gefahren auszusetzen, die beim Bezuge der Arzneimittel aus den Apotheken nicht möglich sind. Für die Apotheken sind natürlich die Drogenhandlungen eine scharfe Konkurrenz. Das geht allein schon aus den Zahlen hervor, mit denen beide Gruppen vertreten sind. Den 3700 Apotheken in Preußen stehen etwa 25 000 Drogen- und ähnliche Handlungen gegenüber.

Genügt die Arzneiversorgung, die eine Kasse gewährt, den berechtigten Anforderungen der Erkrankten nicht, z. B. in einer Großstadt, weil zu wenig Apotheken bezeichnet sind, so kann das Oberversicherungsamt nach Anhören der Kasse jederzeit anordnen, daß diese Leistung noch durch andere Arzneimittelhändler zu gewähren ist. (§ 375, Abs. 2.)

Das Interesse der Kassen kollidiert nicht nur mit dem der Apotheken bei der Arzneimittelversorgung, sondern auch in gewisser Weise mit der Geschäftshandhabung seitens der Ärzte. Der Arzt hat an sich kein Interesse an dem Preise der verordneten Arznei, die Kasse hat gerade daran das größte Interesse. Dem Arzt kommt es darauf an, daß sein Patient möglichst bald wiederhergestellt wird; mit welchen Mitteln und welchen Kosten das verbunden ist, steht für ihn in zweiter Linie. Natürlich ist das auch in der Praxis anders. Denn gerade bei seinen Privatpatienten muß der Arzt sehr wohl mit den Mitteln rechnen, und eine besonders teure Arznei würde ihm wohl verübelt werden. Immerhin war der Arzt in der Privatpraxis nicht genötigt, mit dem Pfennig zu rechnen. Das wurde in der Kassenpraxis anders. Hier kam es gerade auf den Pfennig an, da dieselbe Verordnungsart in gehäufter Weise den Kassenfinanzen in fühlbarer Weise bald angenehm, bald empfindlich sich bemerkbar macht. Die Kassen wandten daher frühzeitig ihr Augenmerk dieser Frage zu und suchten auf möglichste Sparsamkeit beim Verschreiben von Arznei hinzuwirken. Es ist auch die Aufgabe der Ärzte, diesem Bestreben der Kassen entgegenzukommen. „Kein Arzt ist gezwungen, für eine Kasse tätig zu werden. Tut er es, so tut er es freiwillig. Er übernimmt damit aber nicht nur das Recht, über das Kassenvermögen vermittels seiner Ordination zu verfügen, sondern auch wie jeder Verwalter fremden Vermögens die Pflicht, dem Eigentümer auf Erfordern Rechnung über seine Geschäftsführung zu legen. So ist es überall, es sei nur an den Vormund, Testamentsvollstrecker, Konkursverwalter usw. erinnert. Daß die Kasse aber auf eine Kontrolle Wert legt, kann ihr angesichts der ihr bekannten Tatsache der durchschnittlichen Überverordnung nicht verdacht werden." (Kuhn.)

Ich kann hier natürlich keine Anleitung zur sparsamen Arzneiverordnung geben, möchte aber doch auf einige Gesichtspunkte aufmerksam machen, um den etwaigen Verdacht, daß die Sparsamkeit auf Kosten des Patienten geht, zu zerstreuen. Es ist vielmehr durchaus im Interesse der

Kassen, daß hinsichtlich der Mittel, die zur Wiederherstellung unbedingt nötig sind, nicht gespart wird. Eine solche Sparsamkeit wäre falsch angebracht, da sie die Heilung verzögern und durch die Verlängerung der Krankheitszeit die Kassenfinanzen empfindlicher schädigen würde als durch die Verordnung eines verhältnismäßig teuren, aber schnell wirkenden Arzneimittels. Bei der sparsamen Verordnungsweise kommt es vielmehr darauf an, statt der teureren Verordnungsform die billigere zu wählen. Wenn ein Rezept geschrieben wird, während das Heilmittel im freien Handverkauf zu haben ist, so wird der Kasse eine unnötige und nicht im Interesse der Krankenversicherung liegende Mehrleistung aufgebürdet. Wir haben ferner eine Reihe neuer Arzneimittel, die unter geschützten Namen gehen. Diese Mittel haben außerdem gewöhnlich noch ihren wissenschaftlichen Namen, unter dem sie auch von anderen Fabriken und nicht nur von dem Erfinder hergestellt werden. Werden die Präparate unter dem geschützten Namen verschrieben, so muß der Apotheker auch das Präparat der Erfinderfirma abgeben. Dieses unterscheidet sich aber im Preise oft außerordentlich von dem Präparat, das unter dem wissenschaftlichen Namen verkauft wird. So kosten 10 g Aspirin 1 M., 10 g der gleichwertigen Azetylsalizylsäure dagegen nur 20 Pf. Auch hier lassen sich also mit Leichtigkeit wesentliche Ersparnisse erzielen. Allerdings darf nicht verschwiegen werden, daß die chemischen Fabriken nicht gleich zuverlässig in der Herstellung der Arzneimittel sind, und daß der geschützte Name auch oft eine sichere Reinheit des Präparats verbürgt. Immerhin werden nur besondere Erwägungen im Einzellfall dazu veranlassen dürfen, ein Medikament unter dem Namen des Wortschutzes zu verschreiben. Der Preis der Arznei hängt ferner von der Quantität ab: 100 g einer Flüssigkeit kosten selbstverständlich weit weniger als ein Liter. Wenn eine unnötig große Quantität aufgeschrieben wird, so wird ein Teil der Medizin gar nicht benutzt und verteuert in unzulässiger Weise die Kosten der Behandlung. Wird andererseits eine zu kleine Menge aufgeschrieben, so muß dieselbe Arznei mehrere Male verabfolgt werden und wird dadurch wieder teurer, weil die ganzen Rezepturkosten sich wiederholen und außerdem der Vorteil, daß bei den einzelnen chemischen Präparaten der Preis mit zunehmender Menge verhältnismäßig billiger wird, nicht zur Ausnutzung kommt. So kostet von der vorher genannten Azetylsalizylsäure 1 g 5 Pf., 10 g nun aber nicht etwa 50 Pf., sondern nur 20 Pf. Es wird also wesentlich zur Preisersparnis beitragen, wenn die erforderliche Menge eines Arzneimittels sogleich in der nötigen Menge aufgeschrieben wird. Darunter darf natürlich nicht die Vorsicht und die Rücksicht auf die Zersetzlichkeit mancher Substanzen leiden. Man wird einem Kranken nicht etwa $^3/_4$ Liter Morphiumlösung auf einmal in die Hand drücken. Auf die Kosten der Arzneibereitung und die Ersparnisse, die sich hierbei erzielen lassen, gehe ich nicht weiter ein, da sonst der Rahmen dieses Buches überschritten werden würde. Ich will nur darauf hinweisen, daß die Art der Verordnung auf den Preis außerordentlich einwirkt, so daß Formeln zusammengestellt worden sind, in denen die gebräuchlichsten Mittel in der üblichen, aber billigsten Verordnungsweise enthalten sind. Als bekanntestes Beispiel führe ich die Berliner Magistralformeln an.

Schließlich haben die Kassen selbst den Versuch gemacht, den Heilmittelbezug zu verbilligen, indem sie eigene Lager errichteten und die dem freien Verkehr überlassenen Heilmittel engros einkauften und den Patienten unentgeltlich abgaben. Die Errichtung solcher Lager ist aber nicht unbedenklich. Denn kleine Kassen haben nicht einen solchen Massenverbrauch,

daß sich die Errichtung eines eigenen Lagers lohnte, bei großen Kassen wird aber durch die Zentralisierung der Übelstand herbeigeführt, daß die Kranken im Bedarfsfalle sich an das weitentfernte Kassenlager zu wenden haben. Nach der RVO. wird auch der Nutzen solch eines Lagers illusorisch werden, wenn die Kranken sich nicht darauf einlassen, sondern die Handverkaufsmittel aus der nächstgelegenen Apotheke beziehen. Schließlich ist es immer bedenklich, für Heilmittel einen Warenhausbetrieb einzuführen, bei dem unentgeltliche Abgabe stattfindet. Dadurch verringert sich der Wert der Ware in den Augen des Publikums, es findet nun gerade eine Verschleuderung statt, und so verkehrt sich der erwartete Nutzen in das Gegenteil.

Ich möchte nun auf die Ursachen der Vermehrung der Arzneikosten eingehen. Zunächst ist da zu bemerken, daß in der offiziellen Statistik die Kosten für Arznei und sonstige Heilmittel zusammengefaßt sind. Zu den Heilmitteln der Statistik gehören aber nicht nur die als Regelleistung vorgeschriebenen kleineren Heilmittel, sondern auch die zu den Mehrleistungen gehörenden größeren Heilmittel und die Hilfsmittel. Schon hieraus ergibt sich, daß die Erweiterung der Leistungen immer dann, wenn sie sich auf größere Heilmittel und Hilfsmittel bezieht, ein Steigen der Arzneikosten zur Folge haben wird. Infolgedessen werden auch die merkwürdigsten Dinge unter „Arznei usw." rubriziert. Hierher fallen z. B. auch die Zuschüsse für Zahnersatz, die Verpflegung in Walderholungsstätten, die Kosten einer Badekur oder eines Landaufenthalts. Andererseits hat jede Vermehrung der Leistungen auch sonst eine Verlängerung der Krankheitsdauer und damit eine Erhöhung der Arzneikosten zur Folge. Zum Teil beruht die Vermehrung der Arzneikosten überhaupt darauf, daß mit der Zeit die Krankheitshäufigkeit und die Krankheitsdauer gestiegen sind. Zudem gewährt die offizielle Statistik überhaupt keinen richtigen Einblick in die Krankheitsziffer. Ich habe in dem Kapitel „Krankheit" gezeigt, daß im allgemeinen die Zahl der Krankheitsfälle, die nicht mit Arbeitsunfähigkeit einhergehen, größer ist als die Zahl der mit Arbeitsunfähigkeit verbundenen Krankheitsfälle. Alle diese Krankheitsfälle werden überhaupt nicht rubriziert. Gerade sie sind aber bei dem Arzneiverbrauch ebenso beteiligt wie die rubrizierten Fälle. Schließlich werden auch alle Krankheitsfälle, die auf die Familienbehandlung kommen, nicht weiter in der Statistik erwähnt. Auch sie zeitigen einen großen Arzneiverbrauch, dessen Konsumenten statistisch nicht sichtbar sind. Man darf sich also nicht wundern, wenn infolge aller dieser Umstände eine Zunahme der Arzneikosten herausgerechnet werden muß, gleichgültig, ob man sich auf die Zahl der Versicherten oder der Kranken oder auf die Zahl der Krankheitstage bezieht. Diese Beziehung ist eben eigentlich sinnlos und geradezu eine statistische Fälschung, wenn man nicht eben von vornherein darauf aufmerksam macht, daß diese Zahl doch wertlos ist. Es läßt sich in Wirklichkeit überhaupt nicht nachweisen, ob eine relative Steigerung der Arzneikosten eingetreten ist. Alle Anschuldigungen und Beschwerden, die auf Grund von Zahlenmaterial erhoben werden, sind daher auch wertlos und wissenschaftlich nicht zu gebrauchen. Von Bedeutung können nur Einzeluntersuchungen sein, die dann allerdings recht interessante Resultate zeitigen können. So gehen die Berichte einzelner Kassen allein von den Rechnungen der Apotheker aus. Finden sich hier bedeutende Steigerungen, die nicht etwa einer Vermehrung der Leistungen entsprechen, so ist es möglich, hier den Ursachen im einzelnen nachzugehen. So möchte ich aus dem Bericht der Ortskrankenkasse in Bremen hervorheben, daß in den Apothekerrechnungen 65 % der

Kosten auf Handverkaufsartikel und nur 35 % auf die eigentliche Rezeptur kamen. Hieraus läßt sich allerdings schließen, daß die Ärzte dem Begehren der Patienten nach der Verordnung von Markenartikeln, Nährpräparaten usw. allzu bereitwillig nachgeben. Die sonst aber allgemein verbreitete Redensart von dem „Arzneihunger der Kassenpatienten" gründet sich auf gar keine materiellen Unterlagen und verdankt ihre Entstehung nur dem Entsetzen über das Anwachsen der Position „Arznei und sonstige Heilmittel." Während z. B. die offizielle Statistik im Jahre 1910 die Kosten für Arznei und sonstige Heilmittel auf 3,69 M. pro Mitglied errechnet, betrugen diese Kosten in der Ortskrankenkasse zu Dresden sogar 3,76 M. pro Mitglied, aber nur 2,36 M. bei männlichen Patienten und 2,55 M. bei weiblichen Patienten. Von den 68 749 männlichen und 50 670 weiblichen Kassenmitgliedern erkrankten überhaupt

77 166 männliche Mitglieder,
61 981 weibliche Mitglieder,
15 066 Ehefrauen von Mitgliedern,
13 869 Söhne von Mitgliedern,
13 715 Töchter von Mitgliedern.

Nach der offiziellen Statistik würde nur die obengenannte durchschnittliche Mitgliederzahl oder die Ziffer der mit Arbeitsunfähigkeit erkrankten 21 920 Männer und 16 174 Frauen berücksichtigt werden. Die reinen Apothekenkosten wurden durch 63 826 männliche Patienten mit 136 729 Verordnungen und 59 560 weibliche Patienten mit 127 296 Verordnungen verursacht. Von den 181 000 Personen, die also in ärztliche Behandlung kamen, wurde nur bei 123 000 die Verordnung eines Rezeptes nötig. 58 000 kranke Personen hatten keinen „Arzneihunger".

Bei der Erhöhung des Postens für Arznei im Laufe der letzten Jahre ist aber auch nicht zu vergessen, daß die Änderung der deutschen Arzneitaxe nicht unwesentlich zu einer Verteuerung einer Anzahl von Arzneimitteln und der Rezeptur beigetragen hat. Ich kann hier auf nähere Einzelheiten nicht eingehen und verweise auf die Ausführungen Kriegers in der Zeitschrift für Bahnärzte über die Wirkung der Arzneitaxe von 1905 auf die Arzneikosten und die Ausgaben der Krankenkassen. Um nur einige Beispiele anzuführen, möchte ich hervorheben, daß von den 97 Formulae magistrales Berolinenses, die für billige Verschreibungsweise doch berühmt sind, im Jahre 1904 die ganzen Dosen zusammen 73,60 M. nach der preußischen Taxe kosteten, während durch die Reichsarzneitaxe der Preis sich auf 82,29 M. erhöht hat. Ein einfaches Senegadekokt mit Anistropfen und Sirup hat sich von 1,05 M. auf 1,10 M. erhöht. Neben einer Verbilligung einzelner Arzneimittel (Antipyrin, Aspirin, Urotropin usw.) hat die Reichsarzneitaxe eine Verbilligung nur der kompliziert zusammengesetzten Arzneien mit sich gebracht, während gerade die einfacher zusammengesetzten Arzneien teurer geworden sind. Die Verordnungsweise, die also nach der alten Taxe die sparsamere war, ist nach der neuen teurer geworden, während die teurere Verordnungsweise, die eine Mixtur aus unzähligen Stoffen zusammenmischte, in der Herstellung sich gegen früher verbilligt hat. Krieger schließt daraus, daß die neue Taxe gerade für die Krankenkassen, für die einfach und ökonomisch verordnet werden soll, eine Verteuerung gebracht hat, da vor allem durch Erhöhung der Dispensationsgebühr, der Salbenbereitung, durch den neuen Preisansatz in der Mischung von Flüssigkeiten — alles Dinge, die auch

bei der einfachsten Verordnung nicht umgangen werden können — die Preise der Medikamente höher geworden sind. Er kommt zu dem Schlusse, daß der Arzt wenig dazu tun kann, um die ungünstigen Folgen der neuen Taxe abzuschwächen, daß er nur auch weiterhin möglichst sparsam verordnen kann, indem er möglichst Auflösungen, Mixturen, Dekokte vermeidet, keine vom Apotheker anzufertigenden Pastillen, Tabletten und Suppositorien verordnet, eine möglichst geringe Anzahl von Pulvern auf einmal verschreibt und Doppel- oder noch besser Schachtelpulver bevorzugt, und indem er nach Möglichkeit unter Ausschaltung von Rezepten durch ausgiebige Benutzung der Handverkaufsliste eine weitgehende Verbilligung herbeizuführen sucht.

Die Arzneitaxe von 1910 hat eine weitere Verteuerung gebracht, indem nach derselben der niedrigste Preisansatz auch der Mittel C des Arzneibuches sich auf 10 statt früher 5 Pf. stellt (Remmer.) Zu diesen Mitteln gehört unter anderm: Bittermandelwasser, Salzsäure, Codein, Morphin, Opium und seine Derivate, Jodtinktur, Jodkali usw.

Zum Schluß möchte ich noch eine kurze Übersicht geben, wie sich bei verschiedenen Krankenkassen die statistische Position „Arznei und sonstige Heilmittel" zusammensetzt. Dabei sieht man, daß sehr verschieden vorgegangen wird, so daß z. B. die Aufstellung der drei zu erwähnenden Krankenkassen sich nicht in eine gemeinsame Tabelle bringen läßt. Bei der Ortskrankenkasse zu Dresden betrug (1910) der Aufwand hierfür im ganzen 523 000 M. und verteilte sich mit:

302 711 M. auf Apotheken,
111 338 „ „ Bäder und Massagen,
36 018 „ „ Kosten für Bandagisten und Heilmittel, die von Heilanstalten geliefert waren,
13 965 „ „ Optiker,
59 118 „ „ Milch.

Bei der Ortskrankenkasse Wiesbaden möchte ich besonders auf die Mittel für Walderholungsstättenpflege hinweisen. Im ganzen betrugen die Arzneikosten 76 000 M. und setzten sich zusammen:

48 000 M. für eigentliche Arznei,
1 500 „ „ Milch,
2 600 „ „ Verbandstoffe,
2 900 „ „ Bandagen und sonstige Vorrichtungen,
900 „ „ Plattfußeinlagen,
4 500 „ „ Thermalbäder,
600 „ „ sonstige Bäder,
1 700 „ „ Brillen,
700 „ „ Zahnersatz,
12 000 „ „ Walderholungsstättenpflege.

Bei der Ortskrankenkasse Straßburg i. E. werden gar zahnärztliche Operationen als Arznei und sonstige Heilmittel nachgewiesen, dafür findet sich der Anteil der Landesversicherungsanstalt (mit 2300 M.) unter Einnahmen. Im ganzen betrugen die Ausgaben für die Position 90 000 M. Sie setzten sich folgendermaßen zusammen:

46 800 M. für Medikamente,
6 500 „ „ Milch,
100 „ „ Wein,

8 800	M.	für	Bruchbänder usw.,
2 000	,,	,,	Brillen,
4 200	,,	,,	Bäder,
100	,,	,,	Lichtbäder, elektr. Massagen,
20 954	,,	,,	zahnärztliche Operationen,
600	,,	,,	Heilgehilfen.

Gegenüber diesen Tatsachen wird der Wert der Kontrolle des Arzneimittelverkehrs nur wenig dazu beitragen können, die Ausgaben für diese Position zu vermindern. Es liegt in der Natur der Sache, daß man durch die Kontrolle nur gegen äußere Symptome vorgehen kann, ohne die Sache selbst zu treffen. In der Hauptsache selbst beschränkt sich die Kontrolle seitens der Krankenkassen auf die Nachprüfung der Rezepte durch Apotheker oder Vertrauensärzte oder durch die Kontrollkommissionen der Ärzteorganisationen. Man wird sich aber immer nur gegen Äußerlichkeiten wenden können, man wird die teure Verschreibweise eines Arztes monieren können, ohne daß man doch in der Lage ist, ihm das Verschreiben unnötiger Medizin an sich zu verbieten. Denn in der Wahl der ärztlichen Therapie muß man dem Arzte freie Hand lassen, wenn man nicht seine ganze Wirksamkeit untergraben will. Es ist eine Kontrolle allerdings unvermeidbar, denn auch der, wenn ich so sagen darf, Luxus in der Arzneiverordnung ist weit verbreitet, und es kommt täglich vor, daß lediglich durch die äußere Form den Krankenkassen seitens einzelner Ärzte Mehrkosten bereitet werden, die nicht unbeträchtlich sind. Die Ärzteorganisationen sind bemüht, selber die Krankenkassen darin zu unterstützen, daß die Grundsätze der rationellen Verordnungsweise bei ihren Mitgliedern bekannt sind und auch beachtet werden. Indessen ist die Stellung des Rezeptrevisors nicht leicht. „Der Rezeptrevisor muß in erster Linie sich streng auf den Boden der Krankenversicherung stellen und muß sich davor hüten, daß seine Rezeptprüfung eine rein schematische wird. Er muß stets vor Augen haben, daß die Unterlage für seine Rezepte der leidende Mensch ist, wie er auch nicht der Individualisierung des einzelnen Arztes entgegentreten darf, sofern nur von dessen Seite die Grundregeln der ökonomischen Verschreibweise beobachtet werden. Vor allen Dingen muß der Rezeptrevisor belehrend wirken und an der Hand des vorliegenden Materials darauf Bedacht nehmen, den ordinierenden Arzt von den Verstößen gegen die ökonomische Verschreibweise zu überzeugen. Es wird dies ja seine Schwierigkeiten haben. Dies darf den Rezeptrevisor aber nicht verdrießen oder irre machen. Er muß immer wieder auf dieselben Verstöße aufmerksam machen. Mit der Zeit wird dann sein Wirken schon von Erfolg gekrönt sein, indem das Gros der ordinierenden Ärzte, wenn auch anfangs mit Widerstreben und Zögern, so doch schließlich im Sinne der ökonomischen Verschreibweise ihre Ordination einzurichten wissen werden“ (Remmer).

Die ganze Revision kann sich nur gegen Fehler der ökonomischen Verschreibweise richten. Wenn ein Arzt die Verschreibweise beherrscht, so wird ihm nie ein Vorwurf seitens der revidierenden Instanzen gemacht werden können, und trotzdem ist es möglich, daß er infolge der Wahl der Medikamente und der Kostbarkeit der Heilmethoden größere Summen verbraucht, als ein anderer Arzt bei gleichen Erfolgen es tun würde. Die ärztliche Behandlung ist eben kein Handwerk, das sich in Handwerksregeln zusammenfassen ließe, sondern eine Kunst, in der der Künstler keine Beschränkung durch die Wahl des Stoffes ertragen kann. Eine solche Beschränkung kann nur durch den

Wunsch des Kranken selbst hineingebracht werden. Bis jetzt fehlt dieser Wunsch, da die kostenlose Gewährung der Heilmittel den Kranken selbst nicht zur Sparsamkeit erzieht. Wie könnte ein Arzt aber bei ernsten Leiden ein Mittel unversucht lassen, wenn auch nur die leiseste Aussicht auf Erfolg da ist? Überall da, wo das übliche Heilmittel versagt, wird darum der Arzt geneigt sein, weiteren Heilmethoden nachzugehen, unbekümmert um die Kosten, die dadurch entstehen. In der Privatpraxis wird ihm oft eine Grenze gerade durch die Kosten gesetzt. In der Krankenversicherung ist dies nicht der Fall. Es hieße Unmögliches verlangen, wenn man dem Arzte zumutete, er solle mit verschränkten Armen dem Übel gegenüberstehen, weil er die Kassenfinanzen berücksichtigen müsse. Wenn eine solche Beschränkung erwünscht ist, so muß das Interesse des Kranken durch die Gesetzgebung an der Kostendeckung in einer andern Weise als bisher erregt werden. Ehrenpflicht des Arztes dagegen ist es, daß er sich unbegründeten Wünschen der Kranken hinsichtlich der Verordnung von Arzneimitteln widersetzt und hier wie ein guter Sachwalter der Kasse vorgeht. Niemals darf den Arzt aber allein das Kasseninteresse dazu verleiten, eine Sparsamkeit zu entfalten, die auf Kosten des Gesundheitszustandes seiner Kassenpatienten geht.

Im Anschluß an die Arzneiverordnung sei noch mit einigen Worten auf die Krankenhausbehandlung als Ersatz der Krankenpflege eingegangen. Im allgemeinen ist an dem bisherigen Zustande nichts geändert worden. Die Begründung führt aus: „Krankenhauspflege an Stelle von Arzt, Arznei, Heilmitteln und Krankengeld zu setzen, ist nach wie vor zwar nicht dem Belieben, wohl aber dem pflichtmäßigen Ermessen der Träger der Krankenversicherung überlassen geblieben. Diese haben bisher im allgemeinen von der Befugnis einen zweckentsprechenden Gebrauch gemacht. Allerdings lassen sich Fälle denken, in denen es erwünscht sein könnte, ein Recht, die Krankenhauspflege zu verlangen, sei es dem Erkrankten selbst, sei es der Aufsichtsbehörde, einzuräumen. Indessen würde es große Schwierigkeiten bereiten, hier die sachgemäßen Grenzen zu finden, und das Vorkommen zahlreicher Zweifel- und Streitfälle sich doch kaum verhindern lassen."

Trotzdem ist bei der Beratung der Reichstagskommission in die Wahlfreiheit der Krankenkasse hinsichtlich der Krankenhauspflege ein Eingriff vorgenommen; die Kasse soll nämlich dann, wenn die Art der Krankheit eine Behandlung oder Pflege verlangt, die in der Familie des Erkrankten nicht möglich ist, wenn die Krankheit ansteckend ist, oder wenn der Zustand oder das Verhalten des Erkrankten seine fortgesetzte Beobachtung erfordert, möglichst Krankenpflege gewähren (§ 184). Hoffmann glaubt, daß diese Bestimmung, deren Durchführung an sich nicht ganz klar ist, nur so ausgelegt werden kann, daß die Krankenkassen im Spruchverfahren zur Gewährung der Krankenhauspflege verurteilt werden können. Hahn nimmt an, daß hiermit der Kasse eine gesetzliche Anweisung gegeben ist, die sie nicht grundlos außer acht lassen darf, und auf deren Beobachtung das Versicherungsamt im Aufsichtswege hinzuwirken hat, und zwar nicht nur auf Anrufung des Versicherten, sondern auch von Amts wegen und auch gegen den Wunsch des Versicherten, da es sich ja um Fälle handelt, in denen es seiner Zustimmung zur Krankenhauspflege nicht bedarf.

Im allgemeinen hat aber die Krankenkasse auch jetzt Wahlfreiheit, ob sie Krankenhausbehandlung eintreten lassen will, zu welchem Zeitpunkt, usw. Wo mehrere geeignete Krankenhäuser zur Verfügung stehen, die bereit

sind, die Krankenhauspflege zu gleichen Bedingungen zu übernehmen, soll die Krankenkasse dem Berechtigten die Wahl überlassen, wenn sie mit keinem Krankenhause einen Vertrag abgeschlossen hat (§ 185, Abs. 4). Wenn sie mit mehreren Krankenhäusern Verträge abgeschlossen hat, soll sie dem Berechtigten die Auswahl unter diesen überlassen (§ 371). Ein Zwang hierzu besteht für die Kasse nicht, immerhin wird sie sich der gesetzlichen Vorschrift zu fügen haben, wenn nicht besondere Gründe dagegen sprechen, z. B. der Pflegesatz teurer ist, oder nicht genügende spezialärztliche Hilfe zur Verfügung steht.

In gewissen Fällen ist die Krankenkasse an die Zustimmung des Versicherten gebunden, und zwar dann, wenn er einen eigenen Haushalt hat oder Mitglied des Haushalts seiner Familie ist. Seiner Zustimmung bedarf es nicht, wenn die oben genannten Fälle vorliegen, in denen Krankenhausbehandlung eintreten soll, oder wenn der Erkrankte wiederholt den Anordnungen des behandelnden Arztes oder der Krankenordnung zuwidergehandelt hat. Wenn der Versicherte sich der Einweisung in das Krankenhaus widersetzt oder das Krankenhaus ohne Urlaub verläßt oder die Krankenhausbehandlung ohne Erlaubnis abbricht, so geht er des Anspruchs auf die Krankenhilfe verlustig, solange der Verzug währt, jedoch kann er nicht etwa in eine Strafe genommen werden (Hahn 3c zu § 184).

Die Einweisung in das Krankenhaus erfolgt durch einen Einweisungsschein, der von dem Vorstand der Krankenkasse oder dessen Beauftragten unterzeichnet ist. Als Beauftragter kann auch der Kassenarzt gelten. Manche Kassen lassen die Einweisung direkt durch den Kassenarzt vornehmen.

Die Satzung kann den Vorstand ermächtigen, die Krankenhausbehandlung nur durch bestimmte Krankenhäuser zu gewähren, und, wo die Kasse Krankenhausbehandlung zu gewähren hat, die Bezahlung anderer Krankenhäuser, von dringenden Fällen abgesehen, abzulehnen. Dabei dürfen Krankenhäuser, die lediglich zu wohltätigen oder gemeinnützigen Zwecken bestimmt oder von öffentlichen Verbänden oder Körperschaften errichtet und die bereit sind, die Krankenhauspflege zu den gleichen Bedingungen wie die eben genannten Krankenhäuser zu leisten, nur aus einem wichtigen Grunde mit Zustimmung des Oberversicherungsamts ausgeschlossen werden. (§ 371.) Genügt die Krankenhauspflege den berechtigten Anforderungen der Versicherten nicht, so kann das Oberversicherungsamt nach Anhören der Kasse jederzeit anordnen, daß die Krankenhauspflege auch noch durch andere Krankenhäuser zu gewähren ist (§ 372). Verträge, die die Krankenkasse mit Krankenhäusern abgeschlossen hat, bleiben dadurch unberührt (§ 373).

Der deutsche Ärztevereinsbund hat auch Vorschläge gemacht, die privaten Krankenhäuser allgemein zur Krankenhausbehandlung zuzulassen. In der Begründung zu den Musterverträgen, die die Krankenkassenkommission des Ärztevereinsbundes ausgearbeitet hat, heißt es: „Es ist selbstverständlich, daß Ärzte, die als Mitglieder des ärztlichen Vereins an der vertraglichen Behandlung der Kassenmitglieder beteiligt sind, ihre Privatkliniken resp. die Privatheilanstalten, in die sie gewohnheitsmäßig ihre Kranken zur klinischen Behandlung bzw. Operation legen, aus der Behandlung nicht ausschalten lassen wollen, wenn sie dieselbe zu denselben Bedingungen leisten wie die öffentlichen Anstalten bzw. das Vertragskrankenhaus. Die Frage hat ihre besondere Bedeutung für die Spezialärzte, die ohne die Möglichkeit klinischer Behandlung an der Mitarbeit in der Kassenpraxis kaum ein Interesse haben. Ganz besonders aber ist die Frage von Bedeutung für die Kassenmitglieder,

die bereits längere Zeit in Behandlung eines Spezialarztes sind und nun, wenn sie operiert werden sollen oder anderer klinischer Behandlung bedürfen, dem Arzte, der sie solange beobachtet hat, entzogen werden sollen. Wo die öffentlichen Anstalten die Krankenhausbehandlung für einen Verpflegungssatz leisten, der lange noch nicht oder kaum die Kosten für die Krankenpflege deckt, d. h. unter den Selbstkosten bleibt und für die ärztliche Behandlung gar kein Entgelt enthält, da wird, wenn nicht vertragsmäßig von der Kasse höhere Sätze in den Privatkliniken anerkannt sind, den Kranken zum mindesten das Recht gegeben werden müssen, die Privatkliniken in Anspruch zu nehmen, wenn sie sich verpflichten, die Mehrkosten zu übernehmen, so daß also die Kasse nur diejenigen Kosten zahlt, die sie in einer öffentlichen Anstalt oder im Vertragskrankenhause hätte zahlen müssen. Hier werden also örtlich verschiedene Bestimmungen vertraglich festgelegt werden müssen."

Für die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung lassen sich allgemeine Grundsätze nur schwer aufstellen. Die Krankenhäuser selbst sind nach ihrer Qualität sehr verschieden und dementsprechend bei der Bevölkerung auch in verschiedenem Maße beliebt. Die Möglichkeit der Untersuchung ist in den Krankenhäusern vielfach ausgezeichnet, da sie mit Röntgenapparaten und chemischem Instrumentarium ausgestattet sind, das dem praktischen Arzt zurzeit fehlt. Daher macht sich in der Ärzteschaft auch der Wunsch geltend, daß in den Krankenhäusern die freie Ärztewahl zur Einführung gelangt. Über dieses Zukunftsproblem brauche ich mich nicht weiter zu verbreiten, der Hinweis darauf genügt aber, um zu zeigen, daß der Arzt im allgemeinen nur ungern den Kranken aus seiner Behandlung entläßt und dem Krankenhausarzt übergibt. Die Krankenhauseinweisung durch die Ärzte erfolgt daher wohl kaum jemals ohne triftigen Grund. Im Gegenteil ist festzustellen, daß sie oft nicht häufig genug erfolgt, wenn es sich nämlich um ansteckende Krankheiten handelt. Gerade hier ist die Isolierung in den überfüllten Wohnungen oft nur unzureichend, und die Anordnungen des Arztes werden nicht befolgt. Eine absolute Indikation für die Krankenhauseinweisung besteht überhaupt höchstens bei Krankheiten, die einer besonderen chirurgischen oder spezialärztlichen Behandlung bedürfen, welche in der Wohnung oder im Sprechzimmer nicht erfolgen kann, bei Krankheiten, die ansteckend und sehr infektiös sind, und bei Geisteskrankheit, wenn der Kranke sich oder anderen gefährlich wird oder besonderer Behandlung bedarf. Aber auch diese absolute Indikation läßt Abweichungen zu, die allerdings in der Kassenpraxis kaum in Frage kommen werden. Man kann nämlich auch eine akute Blinddarmentzündung im Hause operieren, wenn die Wohnungsverhältnisse das unbedenklich zulassen, und man kann auch einen Pockenkranken in der Wohnung unter Umständen genügend isolieren, wenn die Örtlichkeit geeignet ist. Im allgemeinen werden solche Fälle aber auch in der praxis elegans Ausnahmen sein. Je schlechter nun die Wohnungsverhältnisse und überhaupt die ganze Lebenslage des Kranken sind, um so eher wird sich die Krankenhausbehandlung auch bei andern Krankheiten als notwendig erweisen. So kann es kommen, daß bei Wundlaufen der Füße Krankenhausbehandlung notwendig wird, wenn der Kranke kein Obdach und womöglich unzureichendes Schuhzeug hat. Die Indikationen für die Krankenhauseinweisung sind also recht verschieden und nur im Einzelfall zu beurteilen. Je schwerer die Krankheit, je schwerer die Ansteckungsgefahr, je schwieriger die Operation, je schwieriger die Ernährungsform ist, umso

eher kommt Krankenhausbehandlung in Frage. Andererseits werden auch leichte Krankheitsfälle durch die Ungunst der äußern wirtschaftlichen Verhältnisse krankenhausbedürftig. Schließlich ist in manchen Fällen nicht eigentliche Krankenhausbehandlung, sondern Krankenhausbeobachtung angezeigt, so, wenn der Verdacht der Simulation vorliegt, wenn nur dauernde Beobachtung die Diagnosenstellung ermöglicht, wenn durch die Beobachtung die zweckmäßigste Behandlung festgestellt werden soll, z. B. die Diät bei Zuckerkrankheit.

Man hat nicht den Eindruck, als ob in der Krankenversicherung von der Krankenhausbehandlung in übertriebener Weise Gebrauch gemacht wird. Die geringe Höhe des Hausgeldes hält Verheiratete, der Fortfall des Krankengeldes hält die Ledigen von der übermäßigen Benutzung des Krankenhauses ab. Der Aufenthalt im Krankenhause ist auch wegen der damit verbundenen Freiheitsbeschränkung und der Einordnung in einen besonders gearteten Betrieb den meisten Versicherten nicht allzu erwünscht. Trotzdem haben sich die Kosten für Krankenhausverpflegung bei allen Kassen beträchtlich erhöht. Seit 1892 haben sich die Kosten, auf das einzelne Mitglied berechnet, von 1,50 M. auf 3,47 M., d. h. um 131 % vermehrt. Seit 1906 beträgt die Steigerung 24 %. Die Zunahme ist einmal dadurch bedingt, daß tatsächlich von der Krankenhauseinweisung häufiger Gebrauch gemacht wird als früher. Die Krankenhäuser sind beliebter geworden, das gefürchtete Spital, das nur Todeskandidaten aufnahm, ist verschwunden. Durch das Gesetz von 1892 wurde auch die zwangsweise Unterbringung in Krankenhäusern erleichtert. Die Zahl der Verletzungen hat ferner zugenommen, und gerade bei ihnen hat sich mehr und mehr der Gebrauch eingebürgert, die Verletzten sogleich in Krankenhausbehandlung zu bringen. Diese Erscheinung ist durchaus zu begrüßen und liegt im Interesse der besseren Wundbehandlung. Nicht zum wenigsten ist an der Erhöhung der Pflegekosten der Umstand schuld, daß überall die Kosten der Verpflegung erheblich gestiegen sind. Als die Gemeinden noch nicht so große Krankenhäuser zu unterhalten hatten, war die Unterhaltung billiger, da der ganze Verwaltungsbetrieb einfacher war und die Patienten der ersten und zweiten Klasse den Verlust wettmachten, der bei der Verpflegung der Patienten der dritten Verpflegungsklasse entstand. Nun wuchsen mit der Größe der Krankenhäuser die Verwaltungskosten, die Differenz aus der Verpflegung der verschiedenen Klassen wurde auch immer größer, da wohl die Menge der Patienten dritter Klasse zunahm, aber nicht die der teuer zahlenden Kranken, die vielmehr in die neu entstehenden Privatkrankenhäuser abwanderten. Auch die zunehmende Teuerung der Lebensmittel führte zu einer Erhöhung der Verpflegungskosten. So kam es, daß eine unerträgliche Belastung der Gemeinden aus der Unterhaltung der Krankenhäuser entstand und sie 2 und 3 M. auf den Verpflegungstag des Kranken, der natürlich meistens ein Versicherter der Krankenkasse war, wenn es sich nicht gerade um einen Klienten der Armenverwaltung handelte, zuzahlen mußten. Diese Last versuchten sie dadurch zum Teil abzuwälzen, daß sie die Verpflegungssätze erhöhten und dadurch indirekt die Kosten der Krankenhauspflege bei den Krankenkassen steigerten. Diese Bewegung ist noch nicht abgeschlossen und wird vielleicht vielfach die Krankenkassen nötigen, eigene Krankenhäuser zu schaffen, die billiger zu arbeitenvermögen.

Literatur

Pach, Zur Ökonomie der Krankenkassen-Rezeptur. Zentralbl. der Reichsversicherung 1909, S. 128.
Springfeld, Die Reichsversicherung und ihre Einwirkung auf das Apothekerwesen. Zeitschr f. Med. Beamte 1912, S. 505.
Eisenstadt, Die Bedeutung der Arzneibehandlung für das Heilverfahren der Krankenversicherung. Sozial. Med. u. Hygiene 1907.
Rapmund und Dietrich, Ärztliche Rechts- und Gesetzeskunde. Leipzig 1913.
Bornträger, Das Apothekenwesen in Preußen in der Festschrift: Das preußische Medizinal- und Gesundheitswesen in den Jahren 1883—1908. Berlin 1908.
Meder, Der Verkehr mit Arzneimitteln und Giften außerhalb der Apotheken. Ebenda.
Das Deutsche Reich in gesundheitlicher und demographischer Beziehung. Festschrift. Berlin 1907.
Kuhn, Apotheken und Krankenkassen. Essen 1907.
Krieger, Die deutsche Arzneitaxe 1905 in ihrer Wirkung auf die Arzneikosten und die Krankenkassen. Zeitschr. für Bahn- u. Bahnkassenärzte 1906, S. 73.
Anleitung zur sparsamen Arzneiverordnungsweise. Veröffentlichung Nr. 22 des Verbandes der Ärzte Deutschlands. Leipzig 1910.
Streffer, Rechte und Pflichten des Kassenarztes. Veröffentlichung Nr. 14 des Verbandes der Ärzte Deutschlands.
Hahn, Handbuch der Krankenversicherung. Lichterfelde 1912.
Hoffmann, Krankenversicherung. Kommentar zur Reichsversicherungsordnung. Berlin 1912.
Berendes, Das Apothekerwesen. Stuttgart 1907.
Busch, Die freie Arznei der Krankenkassen. Ärztl. Vereinsblatt 1903.
Pistor. Das Apothekenwesen in Preußen. Berlin 1894.
Skaller-Sydow. Der Arzneibezug der Krankenkassen. Berlin 1905.
Springfeld, Zur Entwicklungsgeschichte der Apothekenreform. Leipzig 1896.
Remmer, Die Arzneiversorgung in den Krankenkassen und deren Kontrolle. Jahresbericht des Zentralverbandes von Ortskrankenkassen im Deutschen Reiche. Dresden 1911, S. 177.

Achtzehntes Kapitel.

Die Leistungen auf dem Gebiete der Unfallverhütung und der ersten Hilfe.

Die Unfallversicherung ist bestimmt, dem durch einen Betriebsunfall Verletzten den Schaden zu ersetzen, der ihm durch die Schädigung seines Gesundheitszustandes verursacht wird. Die Unfallversicherung nimmt also die Tatsache, daß Betriebsunfälle überhaupt vorkommen, als selbstverständlich hin und schützt den Arbeiter in erster Linie gegen die Folgen. Noch höher als der Schutz gegen die aus dem Unfall stammenden wirtschaftlichen Nachteile ist aber der Schutz vor Unfällen selbst zu bewerten und diejenigen Maßnahmen, die dem Verletzten die erste Hilfe sichern, ohne die meistens die Unfallfolgen noch viel härtere sein würden. Auf der Grenze zwischen beiden liegen andere Maßnahmen, die dazu beitragen die Gefahren des Unfalls selbst zu mindern, indem z. B. Prämien für Lebensrettung oder für Abwendung von Unfällen und Rettung Verunglückter gewährt werden. Es liegt zweifelsohne im Interesse der Arbeitgeber, der Arbeiter und der ganzen Nation, wenn Unfälle möglichst vermieden werden. Denn dadurch erübrigen sich alle weiteren Schutzmaßnahmen, die die wirtschaftlichen Unfallfolgen mildern sollen. Es ist — um ein bekanntes Wort zu variieren — besser, Unfälle zu verhüten als Unfallrenten zu bezahlen. Denn im letzten Falle handelt es sich doch immer nur um einen Ersatz, der keinen völligen Ausgleich für die ungestörte Arbeitskraft und Gesundheit bringen kann, oder der andererseits auch zuweilen dort eintritt, wo eine wirtschaftliche Schädigung nicht besteht. Ein Arbeiter, der 50 % Unfallrente bezieht, ist auf jeden Fall schlimmer daran, als er es vor dem Unfall war. Denn zum mindesten ist er in der Auswahl der Arbeit beschränkt, vielleicht muß er froh sein, wenn man ihn überhaupt beschäftigt. Je höher die Einbuße an Erwerbsfähigkeir ist, um so schwieriger wird auch die Möglichkeit zur Arbeitsgelegenheit. Bei geringen Graden von Störung der Erwerbsfähigkeit kann man allerdings nicht von wirtschaftlicher Einbuße sprechen. Der Arbeiter, der nach einem Knöchelbruch z. B. noch 25 % Rente erhält' wird in seiner Fabrik meist wieder voll beschäftigt oder hat doch keinen Lohnausfall. Hier handelt es sich nur um eine Übergangsrente, und der Schaden, der durch Auszahlung einer Rente ohne entsprechenden wirtschaftlichen Ausfall bedingt wird, ist nicht schlimm. Anders ist es aber, wenn dauernd Renten bezahlt werden müssen, ohne daß ein wirtschaftlicher Ausfall besteht. So sind Arbeiter, die durch einen Betriebsunfall ein Auge verloren haben, nach der jetzigen Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts lebenslänglich Pensionäre der Berufsgenossenschaften, ohne daß ihnen der Verlust des Auges nach genügender Anpassung an den Zustand auch nur die geringste Einbuße verursacht. Wenn man von den wirtschaftlichen Unfallfolgen absieht, so ist immerhin zu be-

denken, daß jede Verletzung Veränderungen im Körper zurückläßt, daß sie die Widerstandskraft des Organismus zeitweise herabsetzt, daß aber auch Dauerwirkungen im Gesundheitszustande zurückbleiben, bei denen der ursächliche Zusammenhang nicht ohne weiteres ersichtlich ist. Wenn ein bis dahin rüstiger und hoch über dem Durchschnitt stehender Greis nach einem Oberschenkelbruch geistig verfällt, so ist der Zusammenhang zwischen dem Unfall und der Krankheit klar. In vielen Fällen werden aber Wirkungen zurückbleiben, die nicht deutlich werden, die erst auf Summation von Schädlichkeiten hervortreten, die vielleicht nach Jahren und in uns unbekannten Formen auftreten. Die Medizin ist durch die Unfallversicherung in der Kenntnis der Unfallkrankheiten wesentlich bereichert worden, aber wir sind trotzdem weit davon entfernt, sie so gründlich zu kennen, daß Irrtümer ausgeschlossen sind. So segensreich also auch die Unfallversicherung gewirkt hat, so ist doch nicht zu verkennen, daß sie sich nur gegen äußere Momente wenden kann, und daß ihre Durchführung zu Folgeerscheinungen führt, die nicht durchaus erwünscht sind. Höher als die Leistungen der Unfallversicherung müssen die Leistungen geschätzt werden, die sich auf die Verhütung der Unfälle beziehen, oder die sich darauf erstrecken, die Unfallfolgen möglichst schnell zu beseitigen. Die Maßnahmen, die hier in Betracht kommen, werden als Unfallverhütung, erste Hilfe bei Unfällen und Übernahme der Heilbehandlung bezeichnet. Auf die Heilbehandlung in der Unfallversicherung gehe ich in dem nächsten Kapitel näher ein und möchte mich hier mit der Unfallverhütung und der ersten Hilfe bei Unfällen beschäftigen, die in gewisser Weise in Zusammenhang stehen.

Unfallverhütung.

Die Berufsgenossenschaften sind verpflichtet, die erforderlichen Vorschriften zu erlassen über

1. die Einrichtungen und Anordnungen, welche die Mitglieder zur Verhütung von Unfällen in ihren Betrieben zu treffen haben;
2. das Verhalten, das die Versicherten zur Verhütung von Unfällen in den Betrieben zu beobachten haben (§§ 848, 1030).

Unfallverhütungsvorschriften können auch für einzelne Bezirke, Gewerbszweige und Betriebsarten erlassen werden. In den Vorschriften ist zu bestimmen, wie sie den Versicherten bekannt zu machen sind. Wenn in einem Betriebe Arbeiter beschäftigt sind, welche des Deutschen nicht mächtig sind, so sind ihnen, wenn 25 gemeinsam eine andere Muttersprache sprechen, die Unfallverhütungsvorschriften und die diese ersetzenden bergpolizeilichen Verordnungen in dieser bekannt zu machen. (§§ 848, 1030.) Unterbleibt der Erlaß von Unfallverhütungsvorschriften, so kann das Reichsversicherungsamt sie an Stelle der Berufsgenossenschaft erlassen (§ 689).

Zur Beratung und zum Beschluß über die Vorschriften hat der Genossenschaftsvorstand Vertreter der Versicherten mit vollem Stimmrecht und in gleicher Zahl wie die beteiligten Vorstandsmitglieder zuzuziehen (§ 853). Zur Beratung ist das Reichsversicherungsamt einzuladen (§ 854), der Entwurf ist dem Reichsversicherungsamt oder dem betreffenden Landesversicherungsamt einzureichen (§ 852, 724).

Den Mitgliedern ist eine angemessene Frist zu setzen, um die zur Verhütung von Unfällen vorgeschriebenen Einrichtungen zu treffen (§ 850). Zu-

widerhandlungen der Mitglieder gegen die Vorschriften können mit Geldstrafen bis zu 1000 M., solche der Versicherten bis zu 6 M. bedroht werden (§ 851).

„Die berufsgenossenschaftliche Unfallverhütung tritt der staatlichen (vgl. insbesondere §§ 120 a—e, 139 b Gewerbe-Ordnung) zur Seite. Hieraus ergibt sich die Möglichkeit des Nebeneinanderbestehens verschieden lautender Vorschriften für die gleichen Betriebe und Betriebseinrichtungen. Im Zweifel sind die weitergehenden Vorschriften zu befolgen. Die BG. sind berechtigt, in ihren Unfallverhütungsvorschriften über die polizeilichen Vorschriften hinauszugehen. Auch bei konzessionspflichtigen Betrieben können durch die Unfallverhütungsvorschriften höhere Anforderungen an die Betriebssicherheit gestellt werden als durch die Konzessionsurkunde. Durch die gewerbepolizeiliche Genehmigung einer Urkunde ist die BG. nicht gehindert, auf Grund ihrer Unfallverhütungsvorschriften die Beseitigung einer bestimmten Einrichtung (z. B. Verbot des Trocknens und Wärmens von Gegenständen auf oder über Dampfkesseln) zu verlangen. Da die berufsgenossenschaftlichen Unfallverhütungsvorschriften sonach unabhängig von den Maßnahmen der staatlichen Aufsichtsbehörde zu befolgen sind, so kann im Falle einer Zuwiderhandlung der Umstand, daß seitens der staatlichen Aufsichtsbehörde eine Schutzvorrichtung nicht gefordert worden ist, als Strafbefreiungsgrund nicht angesehen werden“ (Handb. d. Unfallv.).

Die Unfallverhütungsvorschriften suchen den Ursachen der Unfälle entgegenzuarbeiten. Als Ursachen der Unfälle unterscheidet die Unfallstatistik hinsichtlich der Schuldfrage Schuld des Arbeitgebers, Schuld des Verletzten oder anderer Personen und unvermeidbare Betriebsgefahr. Hinsichtlich der Betriebseinrichtungen und -arbeiten, bei denen sich die Unfälle ereignen, haben wir Unfälle durch Maschinen, beim Bau und beim Transport von Gegenständen, durch Tiere und durch elementare Ereignisse kennen gelernt. Wir haben ebenfalls früher gesehen, daß die Ursachen der Unfälle in den einzelnen Gewerbezweigen durchaus verschiedenartig sind.

Soweit Maschinenunfälle in Betracht kommen, hat sich eine Unfallverhütungstechnik herausgebildet, deren Resultate vorzüglich sind. Die Erfahrung lehrte sehr bald, daß ein großer Teil der Unfälle an Maschinen zustande kam, derart daß die Arbeiter in Treibriemen, in vierkantige Wellen, in Zahngewinde usw. gerieten und sich so viele Verletzungen zuzogen. Man machte infolgedessen die Arbeiter auf die besonderen Gefahren aufmerksam, die ihnen in dem industriellen Betriebe drohten. Bald mußte man sich aber davon überzeugen, daß man hiermit keinen Erfolg erzielte, und so ging man dazu über, durch mechanische Vorrichtungen die Arbeiter vor gefährlichen Maschinenteilen zu schützen. Zum Teil stehen wir noch in dieser zweiten Phase der technischen Unfallverhütung. Die Treibriemen werden z. B., soweit sie mit den Arbeitern in Berührung kommen können, durch kastenartige Umbauten verdeckt, die Zahngewinde erhalten Schutzteile, die Kreissäge wird so weit verhüllt, daß nur die zum Sägen verwendete Stelle des Sägeblatts frei heraussteht und auch nur soweit als für den Arbeitseffekt notwendig ist. In der dritten Phase der technischen Unfallverhütung geht man noch weiter. Bisher baute man Maschinen, deren Konstruktion lediglich die Funktion allein beachtete. Jetzt denkt der Konstrukteur von vornherein sogleich an den Unfallschutz und baut unfallsichere Maschinen. Die gefährlichen Teile werden nach innen verlegt oder mit Hemmungsvorrichtungen versehen, so daß die schneidende Fläche erst dann in Bewegung gesetzt werden kann, wenn sie gedeckt ist, und die mechanische Kraftzufuhr unterbrochen

wird, wenn das schützende Gitter fehlt. Im täglichen Leben sehen wir diesen Vorgang bei Fahrstühlen, deren Zugangstüren solange nicht geöffnet werden können, als der Fahrstuhl nicht auf derselben Höhe mit ihnen ist und stillsteht. Abgesehen von Bearbeitungsmaschinen, die bei der Herstellung von Waren gebraucht werden, sehen wir auch bei Transportmaschinen entsp echende Vorrichtungen. Um bei dem Beispiel des Fahrstuhls zu bleiben, so sehen wir, daß auch ein Reißen des Seils als möglich angenommen und darum ein mechanischer Schutz gegen Absturz des Fahrstuhls in die Tiefe durch Anbringung von hemmenden Spreizen erzielt wird. Bei Leitern werden Haken angebracht, mit denen die Leiter oben eingehakt werden kann, und unten Platten, die eine Verbreiterung der Tragfläche bedingen, oder Schuhe, so daß ein Ausglei en der Leiter fast unmöglich ist. Der mechanische Unfallschutz ist in rühmenswerter Weise ausgebildet. Wenn wir trotzdem sehen, daß die Unfälle an Maschinen nicht zurückgegangen sind, so liegt es einmal daran, daß die unfallsicheren oder wenigstens die geschützten Maschinen wohl erfunden und zu kaufen, aber noch nicht überall in Gebrauch sind. Je größer das Werk ist, umso eher entsprechen im allgemeinen die Schutzvorrichtungen den berechtigten Ansprüchen. Aber in kleineren Werkstätten fehlt es gar oft an modernen Maschinen, deren Einführung auch mit erheblichen Geldopfern verbunden ist. Schließlich werden aber auch noch Maschinen nach der alten Methode fabriziert und verkauft und sind so die Ursache neuer Maschinenunfälle. Die Berufsgenossenschaften wehren sich energisch dagegen. Die Papierverarbeitungs-BG. z. B. läßt für kleinere Gewerbetreibende, die mit den Schutzvorrichtungen nicht so recht Bescheid wissen, Bestellformulare anfertigen, die die gewünschten Bedingungen enthalten. Sie hat ferner den Lieferanten von Maschinen zur Aufgabe gemacht, bestimmte Schutzvorrichtungen an den Maschinen anzubringen und die Maschinen nicht ohne diese zu verkaufen. Schließlich gibt sie diejenigen Firmen bekannt, die sich hierzu verpflichtet haben, so daß jedes Mitglied der BG. weiß, bei wem es Maschinen bekommt, die den Unfallverhütungsvorschriften entsprechen. Andere Berufsgenossenschaften machen die Maschinenfabriken regreßpflichtig, wenn sie Maschinen ohne Schutzvorrichtungen liefern, und wenn durch diese Maschinen Unfälle entstehen. Das hat zur Folge gehabt, daß die Versicherungsgesellschaften, bei denen diese Firmen versichert sind, erklärt haben, sie würden in einem solchen Falle die Haftpflicht nicht übernehmen. Trotzdem werden gerade bei Maschinen die meisten Verfehlungen gegen die Unfallverhütungsvorschriften gefunden. So nehmen bei der Bekleidungsindustrie-BG. unter den Beanstandungen die erste Stelle ein: die fehlenden Schutzvorrichtungen an Riemenscheiben, Riemen, Zahnrädern und Wellen, die fehlenden Einfriedigungen an Schwungrädern, die fehlenden Überdeckungen von vorstehenden Keilen, Schrauben und Wellenenden, die fehlenden Riemenausrücker an Arbeitsmaschinen und der fehlende Aushang der Unfallverhütungsvorschriften. Anderswo ist das ähnlich. Es liegt daher im Interesse der Berufsgenossenschaften, zu kontrollieren, ob die Vorschriften auch befolgt werden.

Die Berufsgenossenschaften haben pflichtgemäß für die Durchführung der Unfallverhütungsvorschriften zu sorgen (§ 874). Die Genossenschaften sind berechtigt und auf Verlangen des Reichsversicherungsamtes verpflichtet, technische Aufsichtsbeamte in der erforderlichen Zahl anzustellen, um die Befolgung der Unfallverhütungsvorschriften zu überwachen und von den Einrichtungen der Betriebe Kenntnis zu nehmen, soweit dies

für die Zugehörigkeit zur Genossenschaft oder für die Einschätzung in die Gefahrklasse von Bedeutung ist (§ 875). Im Jahre 1909 waren im Dienste der 66 gewerblichen und 48 landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften 363 technische Aufsichtsbeamte tätig. Hiervon kamen allein 327 auf die gewerblichen Berufsgenossenschaften. Die Berichte der technischen Aufsichtsbeamten werden seit 1907 vom Reichsversicherungsamt unter dem Titel „Jahresberichte der gewerblichen Berufsgenossenschaften über Unfallverhütung" gesammelt als Beiheft zu den Amtlichen Nachrichten herausgegeben. Diese Berichte enthalten eine Fülle wichtigen Materials und geben der technischen Unfallverhütung reiche Anregung, zumal neue Einrichtungen zur Verhütung von Unfällen bildlich dargestellt sind, und die Aufsichtsbeamten an der Konstruktion neuer Sicherheitsvorrichtungen sich lebhaft beteiligen. Aus mehreren Berichten läßt sich erkennen, daß die planmäßige Verhütung der Unfälle tatsächlich eine Verminderung der Unfälle, besonders der schweren, bewirkt hat. So gibt z. B. das abgebildete Schaubild (Fig. 45) einen Eindruck von dem Erfolge der Unfallverhütung bei Augenverletzungen. Es handelt sich dabei um die Rheinisch-Westfälische Hütten- und Walzwerks-BG. Die ausgezogene Linie macht die Zahl der Unfälle auf 1000 Arbeiter ersichtlich, die punktierte Linie läßt den prozentualen Anteil der Augenverletzungen an den Gesamtverletzungen erkennen. Die Zahl der Augenverletzungen ist prozentual im ständigen Sinken. Dieser Erfolg wird auf die strenge Aufsicht zurückgeführt, die bei der Verwendung von Schutzbrillen ausgeübt wird.

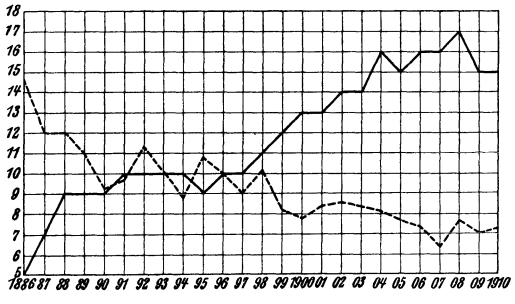


Fig. 45. Erfolg der Unfallverhütung bei Augenverletzungen in der Rhein.-Westf.-Hütten- und Walzwerks-BG. (nach dem Jahresbericht.)

Soweit die technische Unfallverhütung in Betracht kommt, kann man mit den Erfolgen zufrieden sein und hoffen, daß hier noch günstigere Resultate erzielt werden. Es ist dies aber nur eine Seite der Unfallverhütung, und zwar diejenige, der man am leichtesten beikommen kann. Die Technik ist imstande, unfallsichere Maschinen herzustellen. Aber bei den meisten Betriebsarbeiten ist die Maschinenarbeit nicht ausreichend, es bedarf der menschlichen Hand arbeit oder anderer Hilfskräfte. Die Unfälle, die beim Transport, beim Heben und Tragen von Gegenständen, beim Umgang mit Tieren, bei der Bedienung der Schiffe vorkommen, sind viel schwerer zu vermeiden. Zwar ereignen sich eine Menge Unfälle bei Bauarbeiten, Erdarbeiten und andern Verrichtungen, die durch die fehlerhafte Anlage bedingt sind und leicht hätten vermieden werden können. Hier müssen die Unfallverhütungsvorschriften die nötigen Anweisungen geben, um Unfälle aus solcher Ursache zu vermeiden. Das ist im Baugewerbe, beim Transportwesen, bei der Schiffahrt usw. in ausgedehntem Maße geschehen. Eine große Anzahl von Unfällen sind aber mehr oder minder unvermeidlich. Bei allen Unfällen, die durch elementare Ereignisse hervorgerufen werden, und die eine so große Bedeutung haben, wie aus dem zehnten Kapitel hervorgeht, ist die Unfallverhütung überaus schwierig, wenn nicht unmöglich.

Viele dieser Unfälle könnten vermieden werden, wenn die Arbeiter die nötige Vorsicht und Aufmerksamkeit bei der Arbeit an den Tag legten. Aber darüber hinaus wird auch noch eine Unzahl durch direkte Unvorsichtigkeit und durch Leichtsinn hervorgerufen. Gerade über diese Unfälle wird seitens der Aufsichtsbeamten sehr geklagt, da man ihrer Vorbeugung gegenüber machtlos ist. Es ist ein alltägliches Vorkommnis, daß die Arbeiter die Schutzvorrichtungen entfernen, da sie ihnen bei der Arbeit unbequem sind. Die Schutzbrillen, die bei augengefährdender Arbeit vorgeschrieben sind, werden nicht getragen. Hemmungseinrichtungen, die das Stillstehen der Maschine bewirken, werden unbrauchbar gemacht. Die deutsche Buchdrucker-BG. äußert sich in ihrem Jahresbericht von 1911 über die Unfallverhütung folgendermaßen: „Wenn in den Organen der Versicherten die Dinge so angesehen werden, als seien im wesentlichen fehlende Schutzvorrichtungen an den Maschinen und ungenügende Beschaffenheit der Sicherheitseinrichtungen in unseren Betrieben schuld an den Unfallvorkommnissen, so ist das zwar eine begreifliche Auffassung, die psychologisch durchaus verständlich ist, denn in der Regel erkennt man eher die fremden als die eigenen Fehler, richtig ist sie aber nicht. Aus unserer Statistik spricht es mit elementarer Wucht, daß die wenigsten Unfälle sich aus Mangel an Sicherheitsvorrichtungen oder aus Mangel an Aufsicht über diese ereignen, daß vielmehr die meisten Unfälle leichtfertig von den Arbeitern selbst verschuldet sind. Es sind auch leider nicht bloß vereinzelte Fälle, in denen Schutzvorrichtungen, namentlich an Tiegeldruckpressen, von den Versicherten selbst entfernt worden waren, ehe der Unfall sich ereignete. Man darf der Überzeugung sein, daß auch bei strengster Durchführung aller Unfallverhütungsvorschriften, soweit sie den Unternehmer angehen, die Zahl der Unfälle nicht mehr wesentlich zurückgehen wird, wenn nicht aus den Reihen der Versicherten die Wohlfahrtsbestrebung einer sorgsamen Unfallverhütung ebenfalls aufgenommen und kräftig betrieben wird."

Fast der Bericht einer jeden einzelnen Berufsgenossenschaft bringt dieselbe Klage, daß die Unfallverhütung an der Gleichgültigkeit oder Unvorsichtigkeit der Arbeiter scheitere. Die vielen Fahrstuhlunfälle, die in der Berliner Tagespresse berichtet werden, sind z. B. nach dem Bericht eines Aufsichtsbeamten darauf zurückzuführen, daß nirgends so oft absichtlich unbrauchbar gemachte Fahrstuhlverschlüsse angetroffen oder veraltete, vorschriftswidrige Anlagen betrieben werden wie in Groß-Berlin. Anderswo, wie in dem Ziegeleibetriebe, ist die Akkordarbeit üblich und veranlaßt die Leute die Schutzvorrichtungen zu entfernen. Die von den Arbeitern verschuldeten Unfälle sind von 27 % im Jahre 1887 auf 41 % im Jahre 1907 gestiegen.

Nun besteht zwar nach dem Gesetz die Möglichkeit, die Arbeiter bei solchen Verfehlungen gegen die Unfallverhütungsvorschriften in Strafe zu nehmen, aber diese Vorschrift ist ein Schlag ins Wasser. Denn die Strafe wird mit der Arbeitsniederlegung beantwortet und dadurch illusorisch gemacht. Der Leichtsinn der Arbeiter wird auch durch die Rechtsprechung unterstützt. Wer einen Unfall erleidet, der durch das Entfernen einer Schutzvorrichtung verursacht ist, hat sich selber diesen Unfall zugezogen. Trotzdem wird hier durch die Rechtsprechung Betriebsunfall anerkannt. Ebenso gelten Unfälle, die durch Leichtsinn, bei Neckereien in gewissen Fällen, durch andere Mitarbeiter hervorgerufen werden, als Betriebsunfälle. Durch die Rechtsprechung wird der Begriff des Betriebsunfalls so erweitert, daß dagegen eine

Unfallverhütung nicht möglich ist. Es ist bekannt, daß Unfälle auf dem Wege zu und von der Arbeit als Betriebsunfälle im allgemeinen nicht gelten, wohl aber dann wenn gewisse Nebenumstände dazu kommen. So hatte die Thüringische Baugewerbs-BG. im Jahre 1911 einen Massenunfall, bei dem vier Arbeiter ertranken, als sie über einen Fluß setzten, um zum Wohnort des Unternehmers zu gelangen. Die Überfahrt war verboten, vielmehr ein etwas weiterer Landweg als Verbindungsstrecke bezeichnet. Zudem war an dem bezeichneten Tage die Überfahrt wegen Hochwassers besonders gefährlich. Trotzdem wurde seitens der höheren Instanzen Betriebsunfall angenommen, weil das Verbot nicht allgemein beachtet war, weil die Verunglückten ihr Handwerkszeug bei sich hatten und weil sie nach der Rückkehr auch noch den Wochenlohn bei dem Unternehmer erheben wollten. Gegen derartige Betriebsunfälle ist die Berufsgenossenschaft machtlos. Sie werden auch im öffentlichen Empfinden nicht als Betriebsunfälle angesehen, sondern nur durch die juristische Konstruktion dazu gemacht. Wenn die Zahl der Unfälle dauernd zunimmt und die Unfallverhütung also gänzlich zu versagen scheint, so rührt dieser Umstand daher, daß durch die Rechtsprechung dauernd der Begriff des Betriebsunfalls erweitert wird und dadurch nicht nur die Betriebsunfälle vermehrt werden, sondern auch solche Unfälle anerkannt werden, bei denen jede Unfallverhütung unmöglich ist. Es sei z. B. nur kurz daran erinnert, daß seit wenigen Jahren alle Gefahren des täglichen Lebens als Betriebsunfälle gelten. Dadurch steigt die Zahl der Betriebsunfälle nicht nur, sondern es steigt vor allem auch die Zahl der unvermeidbaren Betriebsunfälle.

Es läßt sich nicht verkennen, daß der Ausbau des automatischen Unfallschutzes die persönliche Vorsicht des Arbeiters abschwächt. Je mehr durch selbsttätige Einrichtungen Betriebsunfälle unmöglich gemacht werden, um so mehr gewöhnen sich die Arbeiter an diesen Zustand und gehen mit um so größerer Keckheit und Unvorsichtigkeit an die Arbeit. Ich habe schon in dem Kapitel über den Betriebsunfall darauf hingewiesen, wie wenig Unfälle bei dem Bau des Panamakanals vorkommen, trotzdem der automatische Unfallschutz dort so gut wie gar nicht angewandt wird. Man macht nun Versuche, um die Arbeiter an der Unfallverhütung zu beteiligen. In erster Linie geschieht dies durch Aufklärung. Zunächst sollen die Unfallverhütungsvorschriften in den Arbeitsräumen angebracht sein, so daß jeder Arbeiter sie lesen kann. Ich weiß nicht, ob schon jemand einen Arbeiter beim Lesen der Unfallverhütungsvorschriften in einer Fabrik angetroffen hat. Das Lesen wird aber auch dadurch erschwert, daß alle Unfallverhütungsvorschriften angebracht sind, sogar diejenigen für die Arbeitgeber. Die Wände sind daher mit Unfallverhütungsvorschriften förmlich tapeziert. Die Vorschrift schießt also weit über das Ziel hinaus und hat zur Folge, daß die Unfallverhütungsvorschriften überhaupt nicht gelesen werden. Manche Berufsgenossenschaften sind dazu übergegangen, dem Arbeiter kurze Belehrungen über die Gefahren seines besonderen Betriebes in die Hand zu drücken oder bei den gefährlichen Maschinen in der Nähe kurze Hinweise auf die besondere Unfallgefahr anzubringen. Dieses Vorgehen ist viel zweckentsprechender. Aber jeder, der da weiß, wie gering der Erfolg gedruckter Belehrungen bei der Seuchenbekämpfung, bei der Säuglingspflege, bei der Bekämpfung der Tuberkulose ist, wird sich auch in bezug auf diese Maßregeln keinen Illusionen hingeben. Vorzüglich ist der Vorschlag, in den Fortbildungsschulen Unterricht über Unfallverhütung zu geben. Wer die Jugend

für sich hat, hat auch in dieser Beziehung die Zukunft für sich. In manchen Handwerksbetrieben wird auch bei der Gesellenprüfung in Unfallverhütung und den besonderen Gefahren des betreffenden Handwerks geprüft. Schließlich pflegt man in manchen Betrieben, z. B. bei der Eisenbahn, besonders charakteristische Unfälle, die auf Leichtsinn oder Übertretung der Unfallverhütungsvorschriften zurückzuführen sind, an einem schwarzen Brett bekanntzumachen. Ereignisse, die besonders ergreifend wirken, pflegen ja einige Zeit in der Erinnerung nachzuwirken, so daß auch diese Maßregel sicher nicht zwecklos ist. Schließlich gewähren viele Berufsgenossenschaften Prämien für Abwendung von Unfällen und Rettung Verunglückter. Meist handelt es sich dabei um Handlungen von ungewöhnlicher Besonnenheit.

Alle diese Maßnahmen können nur dann von Nutzen sein, wenn sie sich an eine aufgeklärte Arbeiterschaft wenden, und wenn diese bereit ist, sich an der Unfallverhütung zu beteiligen. Beide Voraussetzungen finden sich aber in der Praxis nur selten. Unsere aufgeklärte Arbeiterschaft sieht in den Unfallverhütungsvorschriften in der Regel nur Maßnahmen, die den Unternehmer, den Kapitalisten, vor Ausgaben durch Unfallrenten schützen sollen. Erst in neuerer Zeit machen gewerkschaftliche und politische Vereinigungen der Arbeiterschaft den Versuch, hier aufklärend zu wirken und den Arbeiter davon zu überzeugen, daß die Unfallverhütung hauptsächlich seinem eigenen Interesse dient, und daß die Erhaltung des unversehrten Körpers mehr Wert hat als die höchste Unfallrente, die doch immer den entsprechenden Grad von Siechtum voraussetzt. Eine Reihe von Berufsgenossenschaften senden auch jährlich eine Anzahl ihrer Arbeiter zum Besuche der Ständigen Ausstellung für Arbeiterwohlfahrt in Charlottenburg oder des Königlich Bayrischen Arbeitermuseums in München, die besondere Abteilungen für Unfallverhütung haben. Die Ständige Ausstellung für Arbeiterwohlfahrt, auf die hier nach der Beschreibung der Monatsblätter für Arbeiterversicherung näher eingegangen werden soll, ist als Reichsanstalt gebaut und untersteht der Verwaltung des Reichsamts des Innern. „Die große Ausstellungshalle .... enthält zur ebenen Erde vorwiegend die Maschinen, an denen die Einrichtungen zur Unfallverhütung angebracht sind. Um diese Maschinen möglichst unter den Bedingungen zu zeigen, wie sie der praktische Betrieb ergibt, sind sie in betriebsmäßiger Form vorgeführt und, soweit sie nicht für Handbetrieb eingerichtet sind, mit Kraftantrieb versehen. Hierzu sind mehrere Elektromotoren aufgestellt, von welchen die Maschinen unmittelbar oder durch Vermittlung von Transmissionswellen und Riementrieben bewegt werden. Auf der Gallerie der Halle sind hunderte von Gegenständen der Unfallverhütung aufgestellt, die keines Antriebs bedürfen, oder bei denen ein solcher nicht eingerichtet werden kann. Auch im Freien neben der Ausstellungshalle sind mehrere für die Unfallverhütung beachtenswerte Betriebseinrichtungen, namentlich Baugerüste in natürlicher Größe vorgeführt. In der Abteilung für Unfallverhütung befinden sich viele Gegenstände, welche von gewerblichen BGen. der Ausstellung überwiesen worden sind. Sehr instruktive Sammelausstellungen haben der Verband der deutschen Baugewerbs-BGen., die Rheinisch-Westfälische Hütten- und Walzwerks-BG., die Steinbruchs-BG. und die Textil-BG. von Elsaß-Lothringen veranstaltet. Andere BGen. haben der Ausstellung dadurch viele Gegenstände zugeführt, daß sie die Fabrikanten derselben zur Hergabe veranlaßten. Bei dieser Förderung des Ausstellungsunternehmens haben sich besonders mehrere technische Aufsichtsbeamte von BGen. erfolgreich beteiligt.“ In der Ausstellung

sind außerdem noch das Gebiet der Gewerbehygiene und soziale Fürsorge- und Wohlfahrtseinrichtungen dargestellt. Auch das Reichsversicherungsamt hat eine besondere Abteilung eingerichtet: „Die Arbeiterversicherung des Deutschen Reichs". Hier werden Einrichtung und Wirkungen der Reichsversicherung durch statistisch-graphische Tafeln und ausgestellte Druckschriften gezeigt.

Zum andern Teil aber handelt es sich gar nicht um eine aufgeklärte Arbeiterschaft. Es sind hierhin alle Fälle zu rechnen, wo jugendliche Arbeiter oder gar Kinder beschäftigt werden. Ich habe schon früher auf die besondere Unfallhäufigkeit gerade dieser Personen hingewiesen. Um ein Beispiel anzuführen, möchte ich einige Zahlen geben, die dem Bericht der Bekleidungsindustrie-BG. entnommen sind. Dort wurden (1910) die Unfallanzeigen des Südbezirks näher nachgeprüft. Es ergab sich, daß von 385 Unfallanzeigen

auf Kinder (unter 14 Jahren)	6	Unfälle
„ jugendliche Arbeiter (14—16 Jahre)	58	„
„ junge Arbeiter von 16—17 Jahren	26	„
„ „ „ „ 17—25 „	144	„
„ erwachsene Arbeiter über 25 Jahren	151	„

entfielen. Es kamen also nur 39 % der Unfälle auf Arbeiter von mehr als 25 Jahren, 37 % auf Arbeiter im Alter von 17—25 Jahren und der Rest auf Kinder und jugendliche Arbeiter. Diese Ziffern, die einer Industrie mit vielen jugendlichen Arbeitern entstammen, zeigen die große Unfallhäufigkeit dieser Personen. Die Ziffern würden allerdings noch einen ganz andern Wert haben, wenn die Altersbesetzung der betreffenden Arbeiterbevölkerung bekannt wäre; ich weiß nur, daß 2,4 % aller beschäftigten männlichen Personen und 3,5 % aller beschäftigten weiblichen Arbeiter unter 16 Jahren waren, während auf diese Altersgruppen 24 % der Unfälle kommen.

Ebenso liegen die Verhältnisse, wenn die Arbeiterschaft sich besonders aus Ausländern zusammensetzt. Das ist bei den verschiedenen Gewerbezweigen in ganz verschiedener Weise der Fall. Bei manchen Berufsgenossenschaften ist das ausländische Element sehr stark vertreten und zieht sich dann besonders leicht Unfälle aller Art zu. So klagt die Ziegelei-BG., daß es hauptsächlich die ausländischen Arbeiter sind, die kein Interesse an den Schutzvorrichtungen haben und mit unglaublichem Leichtsinn zu Werke gehen. Z. B. wurde ein polnischer Arbeiter am Walzwerkeinwurf dabei betroffen, als er mit bloßen Füßen den Ton in die im Gange befindlichen Walzen drückte. Schließlich bringt die Arbeiterschaft auch dann der Unfallverhütung kein Interesse entgegen, wenn sie keine Gelegenheit hat bodenständig zu werden. Überall, wo der Arbeiterwechsel groß ist, werden auch zahlreiche Unfälle beobachtet. Ein typisches Beispiel dafür bringt die Müllerei-BG. in der Unfallhäufigkeit einer größeren Ölmühle, die ebenso vollkommene Einrichtungen hat wie andere Ölmühlen derselben Größe. Als Arbeiter treten bei ihr, die in der Nähe eines schiffbaren Wassers und in kohlenreicher Gegend liegt, vorzugsweise Schiffer und Kohlenarbeiter ein, die sofort wieder austreten, sobald sie in ihrem eigenen Berufe lohnendere Arbeit finden. Diese Mühle zeigt seit Jahren viel größere Unfallzahlen, als dem sonstigen Gefahrenrisiko entspricht, Zahlen, die nur mit dem Arbeiterwechsel in Beziehung zu bringen sind. Auch auf diese Erscheinung bin ich schon ausführlich bei dem Kapitel Betriebsunfall eingegangen.

In allen diesen Fällen wendet sich die Unfallverhütung dagegen, daß Personen der genannten Art mit Arbeiten beschäftigt werden, die sich durch eine besondere Gefährlichkeit auszeichnen. Gerade diesem Teil der Unfallverhütung sind aber Schranken gesetzt, wenn die geschäftlichen Rücksichten und die Ausnutzung der Konjunktur zu erhöhter Produktion oder der Arbeitermangel zur Einstellung weniger geeigneter Arbeiter zwingen.

Schließlich ist noch der Teil der Unfallverhütung zu nennen, der sich aus der Steigerung der Unfallhäufigkeit infolge Übermüdung, Überanstrengung und der Einwirkung von Schädlichkeiten ergibt. Im Interesse der Unfallverhütung liegt es, wenn Akkordarbeit möglichst vermieden wird, wenn die Arbeitszeit nicht zu lange ausgedehnt wird, wenn die Arbeitsschichten auf ein gewisses Maß herabgesetzt werden, wenn die Arbeiter der Einwirkung von Alkohol und Nikotin vor, während und nach der Arbeit entzogen werden. Gerade auf diesem Gebiete haben die Eisenbahnverwaltungen Mustergültiges geleistet, aber auch bei großen Unternehmungen der Privatindustrie liegen so günstige Verhältnisse vor, daß die geringe Unfallhäufigkeit wohl nicht zum mindesten auf derartige Einrichtungen zurückzuführen ist. Den Berufsgenossenschaften ist es natürlich nicht möglich hier generelle Änderungen zu veranlassen, sie können höchstens für besonders gefährliche Arbeiten eine Maximalarbeitszeit festsetzen. Die Einwirkungen des Alkohols auf die Unfallhäufigkeit zeigen sich besonders am Sonnabend und am Montag. Man hat vorgeschlagen, die Lohnzahlungen auf den Freitag zu verlegen, um den doppelten Anreiz, der in der Auszahlung des Lohnes und in der Aussicht auf den arbeitsfreien Sonntag liegt, herabzumindern. Besonders hervorgetan auf dem Gebiete der Unfallverhütung, soweit der Alkoholgenuß in Frage kommt, hat sich die Brauerei- und Mälzerei-BG. dadurch, daß sie den früher üblichen freien Haustrunk in den Brauereien abgeschafft hat. Statt dessen erhalten die Leute eine Geldentschädigung, Der Verminderung der Unfälle dienen auch die Volksküchen, die Kaffeehallen, die Milchausschankstellen. Die Arbeiter sind nicht genötigt, ihre leiblichen Bedürfnisse in Wirtschaften zu befriedigen, wo dies nur unter Alkoholzwang geschehen kann. Auch diese Maßnahmen bleiben aber den Privatunternehmern und der privaten Liebestätigkeit überlassen und entziehen sich dem direkten Einfluß der Berufsgenossenschaften, die höchstens derartige Bestrebungen moralisch oder finanziell unterstützen können. Auch hier sind die Einrichtungen bei der Eisenbahn mustergültig.

Erste Hilfe bei Unfällen.

Der Unfallverhütung schließen sich die Maßnahmen an, die unter dem Namen der Ersten Hilfe zusammengefaßt werden. Wie wichtig diese ist, besagt das natürlich cum grano salis aufzufassende Schlagwort: der erste Verband ist maßgebend für das Schicksal einer Verletzung. Es ist aber zuzugeben, daß eine Verletzung, welcher Art sie auch sein mag, erheblich durch die Art beeinflußt wird, wie die Behandlung vorgenommen wird. Wird überhaupt kein Verband angelegt, so ist bei offenen Wunden die Gefahr der Verschmutzung, der Infektion, des Brandigwerdens vorhanden. Diese Komplikationen verlängern im günstigsten Falle die Heilungsdauer, sie können aber außerdem dazu beitragen, daß in ihrem Gefolge Zerstörung von weiterem Muskel- oder Sehnengewebe eintritt oder Knochenmasse abstirbt, daß infolgedessen die Heilungsaussichten verschlechtert werden und der funktionelle

Heilerfolg bei weitem nicht derselbe ist, als wenn sogleich die Komplikation durch einen sachgemäßen Notverband verhindert worden wäre. Bei Knochenbrüchen und schweren Verletzungen aller Art ist sowohl die Anlegung von Notverbänden als auch der Transport von ausschlaggebender Wichtigkeit. Wenn jemand einen Bruch der Unterschenkelknochen davongetragen hat, so ist die Gefahr nicht erheblich, wenn von vorgebildeten Leuten der Unterschenkel geschient wird und der Transport in sachgemäßer Weise von statten geht. Ist der Verletzte aber gezwungen, sich selber, gestützt auf einen Begleiter, längere Strecken fortzubewegon, oder ist der Schienenverband schlecht angelegt, oder wird der Kranke bei dem Transport hin und her gerüttelt, so besteht die Gefahr, daß die Bruchstücke gegeneinander und gegen die Weichteile gerieben werden. Hierdurch werden dem Verletzten unsägliche Schmerzen bereitet. Außerdem können aber die Bruchenden die Weichteile und die Haut durchbohren, aus dem einfachen Knochenbruch wird sodann ein komplizierter Bruch. Bei andern Verletzungen besteht die Gefahr der Blutung, die durch einen ungeschickten Krankentransport erheblich gesteigert wird. In allen solchen Fällen ist also die Aussicht des funktionellen Heilerfolges abhängig von der Güte des ersten Verbandes und des Krankentransports. Wenn auch bei Schaffung der Organisationen für erste Hilfe nach Verletzungen hauptsächlich rein menschliche Beweggründe maßgebend waren, so sind doch die Berufsgenossenschaften durch ihren eigenen Vorteil so sehr an dem Friedenswerk interessiert, das hier geschaffen wird, daß ihre Beteiligung nicht weiter wunderbar ist. Ich will nun in großen Zügen auf die Entstehung des Rettungswesens eingehen und den Zusammenhang mit der Unfallversicherung beleuchten.

Fast gleichzeitig mit der Einführung der sozialen Gesetzgebung brach sich der Gedanke durch, daß es zu ihrer Ausführung notwendig sei, Einrichtungen zu schaffen, die jedem von einem plötzlichen Unfall oder Krankheit Betroffenen sachgemäße Hilfe zu bringen imstande seien.

Das gewaltige Wachstum der Großstädte, die Zunahme des Verkehrs, die Zunahme der Gefahren in industriellen und gewerblichen Betrieben ließen die Zahl der Unglücksfälle gegen früher rapid in die Höhe gehen, die neue Beurteilung des Wesens ansteckender Krankheiten und der Schutzmaßregeln zu ihrer Bekämpfung, das größere Zutrauen des Publikums in die Krankenhäuser forderten Vorkehrungen, die in Anpassung an das auftretende Bedürfnis die Erste Hilfe und den Krankentransport in die Wege leiteten. Es ist das große Verdienst Friedrichs v. Eßmarch, daß er, angeregt durch die großartigen Einrichtungen der über das ganze britische Weltreich sich erstreckenden St. Johns Ambulance Association, auch in Deutschland ähnliche Einrichtungen zu schaffen sich bestrebte und im Jahre 1882 den Deutschen Samariterverein zu Kiel ins Leben rief. Auch in Leipzig konstituierte sich noch in demselben Jahre unter Leitung des hervorragenden Dr. Aßmus ein Samariterverein, dem an andern Stätten bald mehr folgten. Nach Vorverhandlungen in Cassel 1895 trat am 19. September 1896 in Berlin der erste deutsche Samaritertag zusammen, auf dem 127 Teilnehmer und 25 amtliche Vertreter von Staats- und Provinzialbehörden zugegen waren, und einigte die bestehenden Vereine zu dem Deutschen Samariterbunde, der damals schon mehr als 1½ Millionen Einzelpersonen als Mitglieder zählte. Der Samariterbund bezeichnet sich in seinen damals gegebenen Satzungen als einegemeinnützige vaterländische Vereinigung, die ihre Tätigkeit hauptsächlich auf den Unterricht in der erstenHilfe und den Grundzügen der

Krankenpflege (Nothelfer), auf die Bildung freiwilliger Abteilungen von Hilfsmannschaften (Samaritern), auf die Einrichtung von Sanitätswachen und zweckentsprechenden Transport von Verletzten und Kranken ausdehnte. Die rühmlichen Bestrebungen, die darin ausgesprochen sind, stießen zunächst allerdings auf ein unerwartetes Hindernis durch die Passivität oder gar Feindseligkeit der Ärzteschaft, die besonders in der Ausbildung von Laien in der Krankenpflege eine neue Pflanzstätte des Kurpfuschertums zu erblicken glaubte. Tatsächlich war eine solche Gefahr ja vorhanden, und einzelne trübe Erfahrungen sind auch gemacht worden. Aber mit ganz besonderem Takt wußten die führenden Geister in dem Rettungswesen dieser Gefahr nicht nur zu begegnen, sondern sogar durch die Samariterkurse die Notwendigkeit der ärztlichen Behandlung der allgemeinen Erkenntnis des Publikums näherzubringen. Denn als Grundfaden zieht sich durch alle Belehrungen, durch alle Kurse der Samariterschulen der Gedanke durch, daß es unbedingte Pflicht eines jeden Nothelfers sei, den Verletzten oder Kranken dem Arzte zuzuführen, daß seine Tätigkeit hauptsächlich darin bestehe, jede Schädigung so lange fernzuhalten, bis der Arzt die eigentliche Behandlung übernehme, und daß die von ihm geleistete erste Hilfe mit der Ankunft des Arztes aufzuhören habe. Der Erfolg hat schließlich dem Samaritergedanken recht gegeben, und nicht zum wenigsten lag dies an der geschickten Art seiner Durchführung. Auch die Ärzteschaft hat sich mit dem Laienelement im Rettungswesen abgefunden und auf dem Deutschen Ärztetage in Freiburg 1900 die Zustimmung zu der Samariterbewegung ausgesprochen. Durch die Ausbildung der Samariter seitens der Ärzte ist die Bewegung in das richtige Fahrwasser gekommen. Heute gehören dem Samariterbunde zahlreiche Behörden, ärztliche Vereine und vor allem, was hier besonders interessiert, viele Berufsgenossenschaften als Mitglieder an. Seit 1908 führt der Bund den Namen „Deutsche Gesellschaft für Samariter- und Rettungswesen".

In eine zweite Phase trat das Rettungswesen in Deutschland, als Ernst v. Bergmann hervortrat, um die Ärzteschaft zur Beteiligung an dieser großen sozialen Aufgabe zu veranlassen. In beredten Worten und hinreißendem Vortrage wußte er Ärzte und Publikum zu gewinnen, und durch seinen Einfluß kam es in Berlin im Oktober 1897 zur Gründung der Berliner Rettungsgesellschaft. Sie stellte die Krankenhäuser in den Vordergrund des Rettungswesens, von dem Gedanken ausgehend, daß die meisten Verletzten oder plötzlich Erkrankten größtenteils doch in Krankenanstalten gebracht werden müssen, dies aber bis dahin nur auf dem Umwege über Sanitätswachen, Unfallstationen usw. geschah. So konnte es vorkommen, daß jemand, der in der Nähe eines Krankenhauses verunglückte, aus Mangel an entsprechender Organisation erst zu einer entlegenen Unfallstation gebracht, dort verbunden, dann in ein Krankenhaus transportiert wurde, wo ihm auch wieder natürlich zunächst der Verband entfernt werden mußte, um die Natur der Verletzung kennen zu lernen. Oder es konnte vorkommen, daß jemand erst von einem Krankenhaus zum andern gefahren werden mußte, ohne wegen Überfüllung der Anstalten Aufnahme finden zu können, bis er zuletzt irgendwo Unterkunft erhielt. Die Krankenhäuser mit ihren ständig bereiten Ärzten und ihrem geschulten Hilfspersonal als Ausgangspunkt für die Organisation zu wählen, war ein glücklicher und befruchtender Gedanke. Die Krankenhäuser wurden demgemäß zu Hauptwachen der Rettungsgesellschaft ernannt, in den Stadtteilen, wo es an ihnen fehlte, wurden Nebenstationen unter der Bezeichnung „Rettungswachen" eingerichtet, in denen erste und nur ein-

malige Hilfe den plötzlich infolge Krankheit oder Verletzung hilfsbedürftig gewordenen Personen gewährt wird. Demgemäß geschieht auch die Versorgung dieser nur insoweit, daß sie transportfähig gemacht werden, um in eine Klinik oder in ihre Wohnung gebracht zu werden. Der Dienst auf den Rettungswachen wird von Ärzten nach einer bestimmten Ordnung versehen, die sich zu dem Ärzteverein der Berliner Rettungsgesellschaft zusammengeschlossen haben und mehr als 1000 Mitglieder zählen. Zur Hilfeleistung steht ausgebildetes Personal zur Verfügung. Den Mittelpunkt des Rettungswesens bildete die Zentrale der Berliner Rettungsgesellschaft, die wie jede einzelne Rettungswache an das allgemeine städtische Fernsprechnetz angeschlossen war, außerdem direkt verbunden mit den Organen der Polizeibehörde, mit jedem Krankenhaus, mit jeder Rettungswache und mit den Unternehmern der Krankentransportgeschäfte. Durch diese Verbindung war die Schnelligkeit der Hilfsbereitschaft garantiert, bei Massenunglücksfällen konnten sämtliche Rettungswachen in schnellster Zeit alarmiert und an die Unglücksstätte beordert werden; schließlich konnte die Zentrale die Belegung der einzelnen Krankenhäuser kontrollieren und die Verletzten von vornherein an die richtige Stelle dirigieren, ohne daß mit vergeblichen Anfragen Zeit verloren wurde. Ähnliche Gründungen folgten nach dem Muster der Berliner Rettungsgesellschaft bald in vielen Städten und haben die Förderung des Rettungswesens in umfangreicher Weise zur Folge gehabt.

In dritter Linie hat sich das Rote Kreuz um das Rettungswesen verdient gemacht. Am 22. August 1864 wurde die Genfer Konvention unter tätiger Mitwirkung des 1910 verstorbenen Philanthropen Henry Dunant, den das Elend der Verwundeten nach der Schlacht bei Solferino erschüttert hatte, zur möglichsten Milderung der vom Kriege unzertrennlichen Übel abgeschlossen. Im Fall eines Krieges wird von den Vertragstaaten das Personal der Lazarette, der Verbandplätze und der Depots solange als neutral angesehen, als es seinen Funktionen obliegt und Verwundete zu transportieren und zu verpflegen hat. Das äußere Zeichen der Neutralität ist ein rotes Kreuz in weißem Feld, das als Armbinde getragen wird oder auf der Fahne sich befindet. Zur Pflege verwundeter und erkrankter Krieger haben sich Vereine vom Roten Kreuz oder vaterländische Frauenvereine gebildet, die in Friedenszeiten Vorsorge treffen und geeignetes Personal für die Krankenpflege ausbilden. Die Mitwirkung im Kriegsfalle ist durch die Kriegssanitätsordnung geregelt. Diese Vereine haben sich nun in Friedenszeiten auch anderen Aufgaben zugewandt, um ihre Organisation zu üben und ihre reichen Mittel der Allgemeinheit zur Verfügung zu stellen. So hat das Rote Kreuz sich an dem Rettungswesen beteiligt und einen Volksheilstättenverein zur Bekämpfung der Tuberkulose gebildet. Zum Teil haben sich auf Grund einer Vereinbarung vom Jahre 1899 die Samaritervereine dem Roten Kreuz angeschlossen, zum Teil wird der Rettungsdienst durch besondere Organisationen des Roten Kreuzes, die deutschen Sanitätskolonnen vom Roten Kreuz und die Genossenschaft freiwilliger Krankenpfleger vom Roten Kreuz, ausgeübt. Auf die Verbindung des Roten Kreuzes mit den Berufsgenossenschaften komme ich später zu sprechen.

Das Rettungs- und Krankentransportwesen gewann allmählich eine solche Bedeutung und seine systematische Regelung erwies sich als so notwendig, daß sich auch die Kommunen mit der Frage beschäftigen mußten. Das ist örtlich in sehr verschiedener Weise geschehen. Bald sah sich die Gemeindeverwaltung genötigt, das Rettungs- und Krankentransportwesen

ganz allein von sich aus zu regeln, da keine privaten Organisationen vorhanden waren, bald übernahm sie die Einrichtungen solcher Organisationen in eigene Regie, bald subventionierte sie die privaten Vereine. In vielen Städten ist die Feuerwehr oder die Schutzmannschaft in den Dienst des Rettungswesens gestellt. Die Mannschaften sind als Nothelfer ausgebildet, die Polizei- oder Feuerwachen sind zugleich Verbandstätten, der Krankentransport liegt in den Händen der Feuerwehr. Anderswo haben die Städte das Rettungswesen als eine selbständige städtische Einrichtung ausgebildet, das von Berufspersonal mit besonderem Fuhrpark wahrgenommen wird.

Schließlich hat sich auch der Staat mit dem Rettungswesen beschäftigt. Die Gesundheitsbeamten und die Gewerbeaufsichtsräte haben nach ihrer Dienstanweisung das Rettungswesen zu fördern und darauf hinzuwirken, daß in den Ortschaften und in den einzelnen Betrieben die nötigen Vorkehrungen für die erste Hilfe der Verwundeten und Verletzten getroffen sind. Wenn man nun hinzunimmt, daß auch die Berufsgenossenschaften, wenigstens in Berlin, eine besondere Organisation für das Rettungs- und Krankentransportwesen geschaffen haben, so muß man zu der Überzeugung kommen, daß diese verschiedenartigen Einrichtungen sich oft gegenseitig schaden können, wenn nicht der nötige Zusammenhang und die nötige Eintracht hergestellt wird. Tatsächlich hat es vielerorts Reibereien gegeben, die der Entwicklung des Rettungswesens nicht genützt haben. Es war infolgedessen wünschenswert, alle diese Bestrebungen zusammenzufassen. In diesem Sinne sind dann auch die Staatsbehörden vorgegangen. So bildete sich in Preußen auf Veranlassung des Kultusministeriums ein Zentralkomitee für das Rettungswesen in Preußen, dem die Vertreter der 15 größten Städte Preußens, je ein Vertreter des Kaiserlichen Gesundheitsamts, des Königlichen Polizeipräsidiums in Berlin, des Zentralkomitees der Vereine vom Roten Kreuz, des Deutschen Samariterbundes, des Ausschusses der preußischen Ärztekammern, des Kuratoriums der Berliner Unfallstationen, des Vorstandes der Berliner Rettungsgesellschaft, der Vereinigung der Berliner Sanitätswachen sowie mehrere um das Rettungswesen verdiente Einzelpersonen angehören. Ferner hat sich der Deutsche Zentralverband für Rettungswesen in Berlin-Zehlendorf gebildet. Der Deutsche Zentralverband für Rettungswesen hat in Gemeinschaft mit dem Zentralkomitee für das Rettungswesen in Preußen eine Auskunftsstelle errichtet. Aufgabe dieser Auskunftsstelle ist es, den Verwaltungsbehörden und sonst in Betracht kommenden Stellen unentgeltlich Rat und Auskunft über Einrichtungen auf dem Gebiete des Rettungswesens oder der ersten Hilfe in Fällen von Not und Unglück zu erteilen. Schließlich sind von dem Reichsgesundheitsrat in Gemeinschaft mit weiteren Sachverständigen im Mai 1912 Grundsätze für die Ordnung des Rettungs- und Krankentransportwesens beschlossen worden. Diese Grundsätze sind von dem Reichskanzler den Bundesregierungen zur Kenntnis gebracht und sollen den Behörden und Stellen, denen die Fürsorge für das Rettungswesen anvertraut ist, als praktisch bewährte Anleitung bei ihrem Wirken dienen.

Die Deutsche Reichspostverwaltung hat sämtliche Telegraphenanstalten und Fernsprechämter als Unfallmeldestellen eingerichtet und damit erheblich zur Förderung des Meldewesens beigetragen.

Wir kommen nun zu den Beziehungen der Unfallversicherung zu dem Rettungs- und Krankentransportwesen.

Die Normalunfallverhütungsvorschriften, denen die meisten

Berufsgenossenschaften hierin gefolgt sind, verpflichten die Arbeitgeber zu folgenden Maßnahmen:

1. In jedem Betriebe ist mindestens eine Tafel auszuhängen, auf der die erste Hilfeleistung bei Unglücksfällen allgemein verständlich beschrieben und durch entsprechende Abbildungen, soweit erforderlich, erläutert ist.
2. In jedem Betriebe ist das notwendige Verbandmaterial vorrätig zu halten und zum Schutze gegen Verunreinigung durch Staub, unreine Hände usw. zweckentsprechend aufzubewahren.
3. Es ist darauf zu halten, daß, solange eine offene Wunde nicht wenigstens durch einen Notverband geschützt ist, der Verletzte seine Arbeit unterbricht.
4. Verletzte, welche infolge eines Unfalles, der eine 3 Tage übersteigende Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat, ärztlich behandelt worden sind, dürfen erst dann zur Arbeit wiederzugelassen werden, wenn durch den Arzt die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit bescheinigt ist.

Damit ist die Grundlage für die erste Hilfe geschaffen. Tatsächlich gehen die Einrichtungen vieler Betriebe über dieses Mindestmaß hinaus. Schon bei mittleren Anlagen finden sich, wie aus den Berichten der Gewerbebeamten 1910 hervorgeht, mustergültige Einrichtungen. In den Großbetrieben ist fast stets ein besonderes Zimmer als Verbandstube eingerichtet und mit Instrumentarium und Tragbahren versehen. Gelegentlich ist sogar ein Sanitätsdienst vorhanden, der wohl gar durch einen Arzt geleitet wird. Nur bei Ziegeleien und Steinbrüchen haben die Gewerbebeamten keine befriedigenden Maßnahmen, sogar in Großbetrieben nicht, gesehen. Dagegen ist die Fürsorge, insbesondere die Ausstattung mit Verbandkästen, überall in den Kleinbetrieben ungenügend. Das Verbandmaterial ist überhaupt nicht vorhanden oder findet sich in irgend einem Winkel, womöglich in einer alten Zigarrenkiste. Oft ist es bestaubt und vernachlässigt und wird nur ungenügend ergänzt, wenn einmal ein Verbrauch stattgefunden hat. Die technischen Aufsichtsbeamten revidieren auch die Maßnahmen zur ersten Hilfe und tragen so dazu bei, daß hier gesundere Verhältnisse geschaffen werden. Bei der Ziegelei-BG. wurden 1910 10 % der vorhandenen Betriebe revidiert, in 17 % von ihnen mußte das Fehlen von Verbandzeug gerügt werden. Die Ausbildung des Personals im Samariterdienst läst viel zu wünschen übrig. In größeren und mittleren Betrieben finden sich allerdings immer zahlreiche Personen, die als Mitglieder von Sanitätskolonnen in der ersten Hilfe bewandert sind. Aber die Berufsgenossenschaften waren bisher ohne Einfluß auf die Ausbildung des Personals in der ersten Hilfe. Zum Teil haben die Arbeiter selber diesen Mangel empfunden und auf Selbsthilfe gedacht. So haben die Arbeiterorganisationen in Köln Arbeitersamaritervereine gebildet.

Ich habe schon eingangs darauf hingewiesen, daß die Versicherungsträger der Unfallversicherung ein lebhaftes pekuniäres Interesse an der prompten Bereithaltung der ersten Hilfe haben. Denn diese Hilfsbereitschaft trägt dazu bei, die wirtschaftlichen Unfallfolgen zu erleichtern und so eine Rentenersparnis zu erzielen. Es ist selbstverständlich, daß schon frühzeitig Bestrebungen einsetzten, um die erste Hilfe den Betrieben der Berufsgenossenschaften sicherzustellen. Anfangs und Mitte der neunziger Jahre beschäftigte man sich in berufsgenossenschaftlichen Kreisen lebhaft mit diesen Fragen, die auch ein dauernder

Gegenstand der Tagesordnung auf den Berufsgenossenschaftstagen werden sollten. Es bildeten sich Beziehungen zwischen den Organisationen des Samariterbundes und des Roten Kreuzes einerseits und mehreren Berufsgenossenschaften andererseits heraus, aber diese Verbindung stieß auf mancherlei Schwierigkeiten, die hauptsächlich wohl in der territorialen Begrenzung der Organisationen des Rettungswesens und der großen räumlichen Ausdehnung der einzelnen Berufsgenossenschaften lagen. Hier war eine grundlegende Reform nur möglich, wenn eine Verbindung von Gesamtorganisation mit Gesamtorganisation erzielt wurde. Dazu kam es seinerzeit nicht, und so verlief die Bewegung im Sande oder hatte nur da Erfolg, wo lokale berufsgenossenschaftliche Organisationen bestanden. Das war der Fall in Berlin und neuerdings in Westfalen, und beiderorts entstanden besondere berufsgenossenschaftliche Einrichtungen des Rettungswesens. Sonst aber kam es nur zu Ansätzen oder zu einer mehr lokalen und begrenzten Verbindung, deren Wirkung sehr beschränkt war.

Durch die Bemühungen des Präsidenten des Reichsversicherungsamtes ist aber nunmehr ein Vertrag zwischen dem Zentralkomitee der Vereine vom Roten Kreuz und dem Verband der deutschen Berufsgenossenschaften zustande gekommen, in dem ein Zusammenwirken beider Vereinigungen auf diesem Gebiete erreicht ist. Die Hauptgesichtspunkte, die beachtet werden, sind folgende. Das Rote Kreuz stellt Einrichtungen und Personal für die erste Hilfe und für Unterrichtszwecke zur Verfügung. Die Berufsgenossenschaften stellen finanzielle und materielle Mittel (z. B. Verbandkästen für die Betriebe) bereit. Ferner führen sie den Einrichtungen vom Roten Kreuz (Krankenhäusern, Sanitätswachen, Unfallstationen usw.) Unfallverletzte zu. Endlich überweisen sie dem Roten Kreuz Angestellte versicherter Betriebe zur Ausbildung als Helfer. Die Berufsgenossenschaften sorgen dafür, daß die Betriebsunternehmer ihren Angestellten Zeit zu ihrer Ausbildung als Helfer geben und erforderlichenfalls Räume für Verbandstätten auf der Betriebsstätte bereit halten. Die Berufsgenossenschaften streben an, daß jeder größere Betrieb mit 50 oder mehr Arbeitern mindestens 2 Helfer zur Verfügung hat, die sich gegenseitig vertreten und ablösen können.

Der Betriebsunternehmer wählt diejenigen Arbeiter und Arbeiterinnen, die sich freiwillig gemeldet haben, aus, wobei beurteilt werden soll, ob die Personen geistig und körperlich für die Ausbildung geeignet sind. Die ausgewählten Angestellten werden dem örtlichen Berufsgenossenschaftsorgan gemeldet, das die Anmeldungen an den Ortsausschuß weitergibt. Dieser verteilt die angemeldeten Personen auf die örtlichen Organisationen vom Roten Kreuz. Die Ausbildung erfolgt durch Ärzte des Roten Kreuzes und soll hauptsächlich an Verletzten und Kranken erfolgen. Die Ausbildung soll sich auch auf die besonderen Gefahren derjenigen Betriebe erstrecken, aus denen die gerade auszubildenden Angestellten stammen. Die Ausbildung schließt mit einer Prüfung.

Der Hauptausschuß, der aus Mitgliedern des Reichsversicherungsamts und der beiden Organisationen besteht, vermittelt den Verkehr, verfolgt die Ergebnisse und erteilt in Fragen von allgemeiner Bedeutung Auskunft. Unter ihm arbeiten Ortsausschüsse, die sich aus Vertretern der örtlichen Organe der Berufsgenossenschaften, des Roten Kreuzes und womöglich der beteiligten Stadtverwaltung zusammensetzen, sie verteilen die ihnen von den Betriebsunternehmern durch die Berufsgenossenschaften zur Ausbildung

in Vorschlag gebrachten Arbeiter auf die örtlichen Organisationen vom Roten Kreuz und übernehmen die sonstigen örtlichen Geschäfte. Bei diesem Versuch, der sich ohne Zweifel bewähren wird, will man nur schrittweise vorgehen und hat in erster Reihe die Ausbildung von Betriebsangestellten zu Helfern in Angriff genommen. Diese Einrichtung soll zunächst für einige Stadt- und Landkreise, nämlich für Berlin, Siegen, Liegnitz, Euskirchen, Nürnberg, Chemnitz, Reutlingen, Mannheim durchgeführt werden. Die hier gesammelten Erfahrungen sollen dann anderweitig verwertet werden. Die Kosten der Ausbildungskurse werden von den beteiligten Berufsgenossenschaften nach dem Verhältnis der von ihnen angemeldeten Personen getragen. Personen, die für den Kriegsfall nach Maßgabe der bestehenden Vorschriften zur Verwendung bei der freiwilligen Krankenpflege geeignet und bereit sind, werden unentgeltlich ausgebildet. Die bisher gemachten Erfahrungen sind gut.

Wie ich schon erwähnte, haben zwei örtliche berufsgenossenschaftliche Organisationen in Berlin und in Westfalen sich bereits auf dem Gebiet des Rettungs- und Krankentransportwesens betätigt. In Berlin vereinigten sich, wie ich das in dem Kapitel über das Heilverfahren in der Unfallversicherung näher ausführe, eine Anzahl von Berufsgenossenschaften resp. von Sektionen, um gemeinsam die Errichtung von Unfallstationen zu betreiben. Die Verwaltung übernahm das Kuratorium der Berliner Unfallstationen, das seit dem Jahre 1894 tätig ist. Gerade die Berufsgenossenschaften, deren Vorgehen die Ärzte brüskierte, haben andererseits durch die vorzüglichen Einrichtungen der Stationen und durch die Anschaffung eigener Transportwagen seinerzeit den Anstoß zu einer Verbesserung des Rettungs- und des Krankentransportwesens gegeben. Den Unfallstationen ist gestattet worden, das Rote Kreuz zu führen und sich Unfallstationen vom Roten Kreuz zu nennen.

Die Westfälische Vereinigung berufsgenossenschaftlicher Verwaltungen beschloß anfangs 1911 das Rettungswesen dadurch zu beleben, daß den Sanitätskolonnen usw. für jede erstmalige Hilfeleistung bei Betriebsunfällen eine Entschädigung gewährt wird. Sie hat mit 108 Sanitätskolonnen vom Roten Kreuz, 100 Gemeindepflegestationen, 164 Helferinnen der Westfälischen Frauenhilfe und 17 Helferinnen der Caritasvereinigung derartige Übereinkommen getroffen. Dadurch wird den Berufsgenossenschaften nicht nur eine vermehrte Gewähr für ausreichende Hilfeleistung bis zum Eintritt der ärztlichen Behandlung geboten, sondern es wird dadurch auch die Unfallanzeige ergänzt und mancher Unfall bekannt, der rechtzeitig in berufsgenossenschaftliche Heilbehandlung genommen werden kann. Die westfälische landwirtschaftliche BG. hat daraus Nutzen gezogen und mit den drei zuletzt genannten Organisationen Sonderabkommen getroffen, nach denen für weitergehende Anzeige- und Überwachungstätigkeit gewisse Pauschalen gewährt werden.

Ich möchte nun noch auf einige Einrichtungen des Rettungswesens eingehen, die durch die Besonderheiten des Betriebs etwas aus dem allgemeinen Rahmen fallen. Es handelt sich hierbei um die Landwirtschaft, den Bergbau, das Eisenbahnwesen und den Schiffahrtsverkehr. Auf dem platten Lande begegnet das Rettungs- und Krankentransportwesen vielen Schwierigkeiten. Häufig ist ärztliche Hilfe nicht leicht zu erreichen, es fehlen die nötigen Transporteinrichtungen, die Entfernung des nächsten Krankenhauses verbietet oft überhaupt jeden Transport. Gerade hier muß auf eine stärkere Beteiligung des Laienelements am Rettungswesen Bedacht

genommen werden. Hier wird besonders der gebildete Teil der Bevölkerung durch Samariterkurse auszubilden sein. Andererseits ist von den Gemeinden für geeignete Transportmittel, zum mindesten für das Vorhandensein einer Räderbahre, Sorge zu tragen.

Der Bergbau hat besondere ihm eigentümliche Gefahren. Nur durch wenige Röhren mit der Außenwelt verbunden, spielt sich der ganze Betrieb unterirdisch ab, auf einem Netz von Schächten, dessen Ausdehnung oft ungeheuer groß ist, das nur durch wenige Grubenlampen mühsam erhellt ist, und das auch nicht eine einzige Betriebsstätte darstellt, sondern auf der ganzen Strecke zerstreut zahlreiche Betriebspunkte besitzt. Dazu kommt die Gefahr der Schlagwetter und Kohlenstaubexplosionen, deren giftige Gase nicht nur den Betroffenen, sondern auch den Retter bedrohen. Schließlich besteht die erste Hilfe unten in der Grube häufig in nichst anderm, als den Verletzten so schnell als möglich an die Oberfläche zu transportieren. Über das Samariterwesen im Bergbau berichte ich zum Teil nach dem Vortrage von Meyer auf dem Deutschen Samaritertag in München. Das Rettungswesen im Bergbau ist zunächst durch bergpolizeiliche Bestimmungen organisiert. Im ersten Bande (S. 311) ist eine Bergpolizeiverordnung abgedruckt, aus der die entsprechenden Vorschriften zu entnehmen sind. Für jede selbständige Schachtanlage müssen mindestens zwei in der ersten Behandlung von Unfallverletzten gründlich vorgebildete Personen vorhanden sein, von denen stets eine auf der Schachtanlage anwesend oder doch leicht erreichbar sein muß. Über Tage muß ein Verbandzimmer zur Aufnahme und ersten Behandlung von Verletzten vorhanden sein, das zu anderen Zwecken nicht benutzt werden darf. Der Unterricht in der ersten Hilfe ist ausgezeichnet organisiert. Von der Knappschafts-BG. ist ein Lehrbuch von Vogel über die erste Hilfe bei Unfällen herausgegeben. Der Unterricht erfolgt z. B. in Bochum im berufsgenossenschaftlichen Krankenhause Bergmannsheil an Beamte und Arbeiter, die die Bergwerke des Bezirks entsenden. Ferner werden die Schüler der Bergschule in Bochum im Samariterdienst unterrichtet. Besondere Ausbildung verlangen die Leute, die die Gastauchapparate bedienen sollen. Mit Hilfe der Atmungsapparate ist es möglich zu Stellen vorzudringen, die mit giftigen Gasen dicht erfüllt sind. Besonders bemerkenswert sind die Einrichtungen im Oberbergamtsbezirk Dortmund, wo in Essen-Ruhr eine „Hauptstelle für das Grubenrettungswesen im rheinisch-westfälischen Steinkohlenbezirk" geschaffen ist. Als Zweck des Unternehmens wird in den Satzungen folgendes hingestellt: „Zunächst Aufstellung eines einheitlichen Rettungsplanes, auf Grund dessen im Falle eines Grubenunglücks die Hilfeleistung der benachbarten Zechen von der Hauptstelle einzuleiten ist; ferner Vermittlung der Ausbildung von Mannschaften und Überwachung der Geräte und Einrichtungen für das Grubenrettungswesen, die auf den der Hauptstelle angeschlossenen Zechen vorhanden sind bzw. beschafft werden, und der hiermit ausgebildeten Mannschaften; schließlich Abnahme von neu gelieferten Geräten auf Antrag der Mitglieder und Untersuchung und Begutachtung neuer Konstruktionen von Geräten und anderer Zweige des Gruben-Rettungswesens.

Die Mitglieder sind verpflichtet, im Falle eines größeren Grubenunglücks auf einer andern Mitgliedszeche nach Maßgabe des von der Hauptstelle ausgearbeiteten einheitlichen Rettungsplanes Hilfe zu leisten, nach dem Eintreten eines solchen Grubenunglücks im eigenen Betriebe aber die Hauptstelle sofort zu benachrichtigen und nachher die Kosten der von ihnen angeforderten oder doch von der Hauptstelle zugewiesenen Hilfeleistung zu

erstatten. Außerdem haben die Mitglieder die Verpflichtung, die von der Hauptstelle ausgearbeitete Anweisung für die Einrichtung und Unterhaltung von Rettungstruppen auf ihren Gruben einzuführen, der Hauptstelle die von ihr erbetenen Mitteilungen zu machen, und schließlich den Beamten der Hauptstelle jederzeit die Prüfung der Gruben-Rettungseinrichtungen sowie die Teilnahme an den Übungen zu gestatten." Eine ähnliche Zentrale besteht in Beuthen.

In umfassender Weise ist für den Rettungsdienst im Eisenbahnverkehr seitens der Verwaltung Vorsorge getroffen, nachdem schon früher, speziell in Frankfurt a. M., durch die ergänzende Tätigkeit der Sanitätskolonnen, der Samariter- und der Rettungsgesellschaft im Einvernehmen mit der Eisenbahnverwaltung mustergültige Einrichtungen geschaffen waren. Das Altenbekener Eisenbahnunglück im Jahre 1902 veranlaßte unsern Kaiser die Anordnung zu treffen, daß Hilfszüge in ausreichender Anzahl und zweckmäßiger Verteilung in Bereitschaft zu stellen seien. Diese Allerhöchste Anordnung hat zur Folge gehabt, daß nunmehr auf 78 größeren Stationen der Preußisch-Hessischen Eisenbahngemeinschaft Hilfszüge, mit allem Notwendigen ausgerüstet, zur sofortigen Alarmierung bereit stehen. Ein Gerätewagen für notwendige Bergungsarbeiten und ein Ärztewagen mit weißem Kreuz auf rotem Grunde bilden den Ausgangspunkt für die an dem Unglücksorte zu treffenden Maßnahmen. Der Ärztewagen, ein Durchgangspersonenwagen 4. Klasse mit einem Lüftungsaufbau, ist in 2 Abteilungen gesondert, von denen die größere für die Lagerung von 8 Schwer- und 4 Leichtverwundeten, die andere als Operations- und Verbandraum dient und mit Operationstisch, Waschvorrichtung, Instrumentarium und Schnellwasserheizer versehen ist. Die Trennung beider Geschlechter erfolgt durch Ausspannen einer Friesdecke. Die Leitung der Rettungsarbeiten erfolgt durch den Bahnarzt, dem durch Vereinbarungen mit den örtlichen Gesellschaften für Rettungswesen Ärzte und geschultes Krankenpflegepersonal zur Verfügung stehen. Durch zweckentsprechende Organisation ist die Alarmierung der Hilfszüge auf eine solche Höhe gebracht, daß bei Tage innerhalb 30 Minuten, nachts innerhalb 45 Minuten der Zug von dem Stationsort abgelassen werden kann, unter Vorzug vor allen Sonder- und Extrazügen. Diese Schnelligkeit der Bereitschaft wird durch mindestens zweimal im Jahre erfolgende unerwartete Alarmierungen erhalten. Die bis ins Kleinste gehenden Vorschriften ordnen alles in zweckmäßiger Weise an und bauen diesen Hilfsdienst ständig weiter aus. Das Personal wird im Samariterdienst durch den Bahnarzt ausgebildet, der alljährlich einen Kursus abzuhalten hat. Im Jahre 1910 hat auch Baden 5 neue Hilfszüge in Betrieb gesetzt. Die Züge werden aus dem Arztwagen, dem Mannschaftswagen und dem Gerätwagen gebildet. Der Arztwagen ist etwas größer als in Preußen, auch sind in der innern Einrichtung einige Veränderungen behufs besserer Raumausnutzung angebracht. Bei der ersten Hilfe wird großes Gewicht auf die Übung im Anlegen von Schnellverbänden gelegt. Der Unterricht in der ersten Hilfe soll in 5 Doppelstunden erfolgen. Nach 5 Jahren findet ein Wiederholungskursus statt. Auch in Württemberg ist das Rettungswesen neu geordnet.

Während das Rettungswesen auf dem Lande, beim Bergbau und im Eisenbahnverkehr fast ausschließlich von Körperschaften organisiert ist, die der Unfallversicherung nahe stehen, ist das Rettungswesen bei der Schifffahrt, soweit nicht Unfälle auf den Schiffen selber in Frage kommen, von privater Seite in Angriff genommen. Die Vorkehrungen, die bei Unglücks-

fällen von Schiffen in der Nähe von Küsten, bei Strandungen usw. erforderlich sind, werden durch die großartige Tätigkeit der Deutschen Gesellschaft zur Rettung Schiffbrüchiger in ausreichendem Maße getroffen. Die Gesellschaft wurde im Jahre 1865 zu Kiel ins Leben gerufen. Aus dem Jahresbericht für 1911/12 ist folgendes zu entnehmen. Die Zahl der Rettungsstationen beträgt 129, davon befinden sich 81 an der Ostsee und 48 an der Nordsee. 60 sind Doppelstationen, ausgerüstet mit Boot und Raketenapparat, 51 Bootsstationen und 18 Raketenstationen. Die Verbindung zwischen Land und dem notleidenden Schiff wird entweder durch Boote hergestellt oder durch Raketenapparate, bei denen von der Küste aus eine an einer dünnen Leine befestigte Rakete über das Schiff hinweggeschossen wird. An dieser Leine werden dann ein Flaschenzug und die übrigen Taue befestigt, und hierauf eine Hosenboje aufs Schiff gezogen, mittels der dann die einzelnen Personen hintereinander an Land befördert werden. Seit der Begründung der Gesellschaft sind 3760 Personen aus Seenot gerettet worden. Von diesen wurden 3219 in 595 Strandungsfällen durch Boote und 541 in 105 Strandungsfällen durch Raketenapparate gerettet. Die Jahresgesamtausgabe der Gesellschaft beläuft sich auf mehr als 300 000 M., seit ihrer Begründung hat sie eine Totaleinnahme von 11 Millionen Mark gehabt. Das Rettungswesen in den Seebädern liegt in den Händen des „Ständigen Ausschusses für die gesundheitlichen Einrichtungen in den deutschen Kur- und Badeorten". Seit dem Jahre 1906 besteht eine „Zentralstelle für das Rettungswesen an Binnen- und Küstengewässern in Berlin".

Literatur.

Jahresberichte der deutschen Gewerbeaufsichtsbeamten und Bergbehörden für das Jahr 1909. Berlin 1910.

25 Jahre Unfallverhütung. Eine Studie ..... bearbeitet von Bauer und Gary. Berlin 1910.

Unfallverhütung und Betriebssicherheit. Denkschrift des Verbandes der deutschen Berufsgenossenschaften. Berlin 1910.

Jahresberichte der gewerblichen Berufsgenossenschaften über Unfallverhütung für 1909 (jährlich erscheinend). Berlin.

Hartmann, Überblick über die Erfolge der Unfallverhütung. Bericht für den 14. internationalen Kongreß für Hygiene und Demographie. Bd. 2, Berlin 1908. (Literatur.)

Barten, Notwendigkeit, Erfolge und Ziele der technischen Unfallverhütung. Groß-Lichterfelde 1909.

Teleky, Berufskrankheit und Unfall. II. Congrès international des maladies professionelles. Bruxelles.

Unfallverhütung, Die .... im Jahre 1910. Referat von Bender in der Concordia, 1911, S. 62. (Literatur.)

Schlesinger, Die Richtlinien der modernen Unfallverhütung. Vortrag im Berliner Bezirksverein deutscher Ingenieure, ref. Kompaß, 1911, S. 4.

Über den neuesten Stand der Unfallverhütung bei den landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften. Monatsblätter für Arbeiterversicherung 1910, S. 5; bei den gewerblichen Berufsgenossenschaften, ebenda, 1909, Nr. 12.

Die Landwirtsehaftliche Unfallversicherung im Deutschen Reiche 1888—1908. Festschrift. Berlin 1910.

Hartmann, Unfallverhütung für Industrie und Landwirtschaft. 1903.

Bender, Leitfaden für die Mitwirkung der Arbeiter bei der Unfall- und Krankheitsverhütung. Berlin 1912.

Liebe, Jacobsohn, George Meyer, Handbuch der Krankenversorgung und Krankenpflege. Berlin 1902. II. Bd. Meyer, George, Fürsorge auf dem Gebiete des Krankentransportwesens und Fürsorge auf dem Gebiete des Rettungswesens.

Meyer, George, Zur Organisation des Rettungswesens. Klin. Jahrbuch 1901.

Alexander und Meyer, George, Die soziale Bedeutung des Rettungswesens. Berlin 1906.
Henius, Samariter- und Rettungswesen. Handbuch der sozialen Medizin. Jena 1905.
Vogel, Die erste Hilfe bei Unfällen, mit besonderer Berücksichtigung des Unfälle im Bergbau und in den verwandten Betrieben. Herausgegeben von der Knappschafts-Berufsgenossenschaft. Berlin 1905.
Das Samariterwesen im Bergbau. Übersicht Kompaß, 1912, S. 180; 1913, S. 21.
Schultze, Die erste Hilfeleistung bei Unglücksfällen in gewerblichen Betrieben. Med. Reform 1912, S. 207.
Jahresberichte der Deutschen Gesellschaft zur Rettung Schiffbrüchiger. Bremen.
Herzfeld. Die Eisenbahnhygiene im Jahre ...., jährlich wiedererscheinende Referate in der Deutschen Medizin. Wochenschrift.
Kaiser, Rettungswesen und Krankentransport. In Prausnitz' Atlas und Lehrbuch der Hygiene. München 1909.
Zeitschrift für Samariter- und Rettungswesen.
Das Rote Kreuz. Offizielle Zeitschr. der Vereine vom Roten Kreuz.
Die Krankenpflege. Monatsschrift für die gesamten Zweige der Krankenpflege und Krankenbehandlung.
Zeitschrift für Eisenbahnhygiene. Organ für das gesamte Eisenbahnsanitätswesen.
Kimmle, Das Deutsche Rote Kreuz. Berlin 1911.
Dunant, Un souvenir de Solferino. Deutsch, Stuttgart 1864.
Koenen, Rückblick auf die Geschichte des Deutschen Samariterwesens. Arb.-Versorg. 1911, S. 703.
Prölß, Das Rettungswesen im Regierungsbezirk Stade. Zeitschr. f. Medizinalbeamte 1913. Beilage I, Berichte über Versammlungen, S. 30.

Neunzehntes Kapitel.

Das Heilverfahren in der Unfallversicherung.

Das Heilverfahren in der Unfallversicherung zerfällt in die Fürsorge während der Wartezeit und die Heilbehandlung nach Ablauf der ersten 13 Unfallwochen. Das erste Mal handelt es sich um eine freiwillige Leistung der Versicherungsträger, das andere Mal um eine obligatorische Leistung, sofern wenigstens die Behandlung sich als notwendig erweist. Das Heilverfahren in der Unfallversicherung kann naturgemäß die Unfallfolge nicht beseitigen, das Unglück ist nun einmal geschehen, das Bein ist gebrochen oder der Finger zerschmettert; es kommt nun nicht darauf an, daß für den Verletzten gesorgt wird — das ist Sache der Krankenkasse —, sondern die Aufgabe der Heilbehandlung in der Unfallversicherung ist es, daß die Unfallfolgen möglichst gemildert werden. Das ideale Ziel der Heilbehandlung ist es, den Verletzten wieder völlig erwerbsfähig zu machen. Es ergibt sich daraus, daß die Heilbehandlung überall da einzusetzen hat, wo die höchstmögliche Erwerbsfähigkeit durch die sonst üblichen Heilfaktoren nicht erreicht wird. Tatsächlich ist bisher ein Versagen der gewöhnlichen Einrichtungen festzustellen. Die Berufsgenossenschaften werden durch die Verletzungsfolgen viel zu lange dauernd geschädigt. Bei fast allen Berufsgenossenschaften verringert sich die Entschädigungslast, die durch die Unfälle eines Jahres bedingt wird, in der Folgezeit so langsam, daß sie erst nach Ablauf von 10 Jahren etwa auf die Hälfte gesunken ist. Soweit die Entschädigungslast durch Witwen- und Waisenrenten bedingt wird, ist dieser Zustand nicht ungewöhnlich, aber auch die Zahl der Verletztenrenten selbst nimmt nur langsam ab. Um dafür ein Beispiel zu bringen, habe ich die Südwestdeutsche Eisen-Berufsgenossenschaft gewählt, die hierüber Nachweisungen bringt. Aus der folgenden Tabelle ist ersichtlich, daß die Verletzten eines Jahres einen festen Stamm von Rentenempfängern bilden, deren Zahl anfangs etwas schneller, später aber sehr langsam abnimmt. Aus der Tabelle ist auch das Verhältnis der Witwen, Kinder und Aszendenten zu ersehen. Wenn auch bei den einzelnen Berufsgenossenschaften der Abgang an Rentnern verschieden groß sein wird, so sind die Unterschiede sicherlich doch nicht beträchtlich, da die Abnahme der Entschädigungslast im allgemeinen überall dieselbe ist. Aus der Tatsache, daß die Zahl der Rentenempfänger nur sehr langsam abnimmt, muß man schließen, daß bei der Behandlung der Verletzungen nicht mit der nötigen Sorgfalt und Umsicht vorgegangen wird. Zum Teil liegt die Schuld an den Ärzten, die noch nicht an die moderne Unfallbehandlung gewöhnt sind. Denn früher hatte man nur die anatomische Heilung im Auge, der funktionelle Heilerfolg ist eine neue Forderung, der sich die weiten Ärztekreise, denen es an der Möglichkeit einer späteren Fortbildung mangelt, bisher nicht genügend haben anpassen

können. Man darf nicht vergessen, daß die soziale Versicherung den Ärzten eine Reihe von Aufgaben gestellt, daß sie aber nichts getan hat, um den Ärzten die Erfüllung dieser Aufgaben zu erleichtern oder überhaupt möglich zu machen. In zweiter Linie trifft die Schuld die Krankenkassen, deren Interesse mit Ablauf der ersten 13 Krankenwochen endigt. Niemand kann ihnen zumuten, daß sie etwa besondere Aufwendungen machen, um einen funktionellen Erfolg zu erzielen, wenn sie nicht den Gewinn davon haben, sondern andere Versicherungsträger, eben die Berufsgenossenschaften. Man darf der Krankenversicherung nicht etwa einen Vorwurf machen, als ob sie die Sorge für die Verletzten vernachlässigte und sie schlechter behandelte als andere Kranke, aber sie kann die Verletzten auch nicht besser behandeln als andere Kranke, die auch nicht in Heilanstalten, Bäder, Sanatorien usw. von den Krankenkassen geschickt werden. Nun hat es bisher außerdem noch eine Menge von Personen gegeben, die nicht einmal gegen Krankheit versichert waren und im Falle einer Verletzung nur ungenügend für sich sorgten. Die ganzen Verhältnisse sind also danach angetan — und waren es vor der Einführung der RVO. noch viel mehr —, daß die Behandlung der Verletzten in der althergebrachten Weise erfolgt, wie sie vor 20 und 30 Jahren unter ganz anderen Verhältnissen üblich war. Die großzügigste Art, hier bessernd einzugreifen, wäre die gewesen, in systematischer Weise die Fortbildung der deutschen Ärzteschaft, besonders auf dem Lande, zu unterstützen. Hieran hat aber weder irgend ein Träger der Unfallversicherung, noch eine Staatsverwaltung, außer der eines kleinen Bundesstaats, gedacht. Und doch wären die Summen, die man hätte ausgeben müssen, verschwindend klein gewesen gegenüber den ungezählten Millionen, die jetzt für Renten nutzlos geopfert werden müssen. Denn man darf niemals den Gesichtspunkt außer Auge lassen, daß die deutsche Unfallversicherung nicht dazu geschaffen ist, um ein Heer von Rentenempfängern zu züchten, sondern um alles zu tun, damit die Folgen der Unfälle und der Schaden, der durch solche Unfälle entsteht, beseitigt werden. Die vornehmste Aufgabe der Unfallversicherung muß es bleiben, Unfälle zu verhüten, und da, wo sie eintreten, die Unfallfolgen möglichst schnell und vollständig wieder zu beseitigen. Auch die Versicherungsträger kommen dabei auf ihre Kosten, wie späterhin gezeigt werden wird. Heute liegt über der Heilbehandlung durch die Berufsgenossenschaften das Odium der „Rentenquetsche". Der Arbeiter, der in eine Anstalt oder ein Krankenhaus eingewiesen wird, hat das Gefühl, daß er nicht dahin geschickt wird, um gesund zu werden, sondern seine Rente gekürzt zu erhalten. Würden die Berufsgenossenschaften von vornherein in ausgedehntem Maße die Behandlung in die Hand nehmen, so würde diese Meinung überhaupt nicht aufkommen können, da der Versicherte dann sehen würde, daß die Berufsgenossenschaft ebenso wie sonst die Versicherungsanstalt bei dem Heilverfahren in der Invalidenversicherung Aufwendungen für ihn macht, die er von seiner Krankenkasse nicht erhalten kann. Es ist das Verdienst des Reichsversicherungsamts, fast seit Bestehen der Unfallversicherung auf den Wert und die Bedeutung der Heilbehandlung in der Unfallversicherung hingewiesen zu haben. Diese fortwährenden Hinweise haben den Erfolg gehabt, daß die Berufsgenossenschaften mit mehr oder minder großer Freude, in größerer oder geringerer Anzahl an das freiwillige Heilverfahren herangegangen sind. Besonders erfolgreich ist aber die Propaganda des Reichsversicherungsamts doch nicht gewesen. Im Jahre 1909 haben von den 66 gewerblichen Berufsgenossenschaften nur 16 innerhalb der Wartezeit Aufwendungen für das

Übersicht über die Abnahme der aus den Vorjahren übernommenen

Rechnungsjahr	Gesamtzahl der im Rechnungsjahr entschädigten Rentenempfänger				Neu hinzu ge-																			
					1900				1901				1902				1903				1904			
	Verletzte	Witwen	Kinder	Aszendenten	Verletzte	Witwen	Kinder	Aszendenten	Verletzte	Witwen	Kinder	Aszendenten	Verletzte	Witwen	Kinder	Aszendenten	Verletzte	Witwen	Kinder	Aszendenten	Verletzte	Witwen	Kinder	Aszendenten
1900	2080	207	447	49	349	35	76	13	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1901	2296	229	481	53	350	37	84	17	350	29	47	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1902	2591	256	555	63	308	32	81	19	347	29	53	5	406	39	102	8	—	—	—	—	—	—	—	—
1903	2933	283	575	64	275	27	74	17	297	27	47	5	406	41	104	13	476	37	66	3	—	—	—	—
1904	3246	319	627	79	256	26	72	16	263	26	44	7	331	38	99	12	458	41	73	7	515	43	86	11
1905	3607	359	698	90	245	25	69	16	247	24	40	7	294	34	93	12	392	40	72	7	495	45	98	19
1906	4007	400	793	92	233	25	65	15	230	23	37	7	261	33	92	11	343	38	68	7	426	38	86	15
1907	4380	433	866	103	227	24	62	15	223	22	35	6	243	32	90	11	316	33	65	7	359	37	86	15
1908	3745	322	582	60	178	19	38	11	171	15	27	2	193	17	41	7	221	13	27	3	236	19	46	7
1909	4090	331	597	69	177	18	33	10	166	15	23	2	180	14	38	5	217	15	25	3	225	17	41	9
1910	4209	342	603	61	166	18	30	8	161	15	21	2	164	14	35	5	204	15	24	3	208	17	38	4

Heilverfahren gemacht, welche jährlich den Betrag von 5000 M. überschreiten. Bei diesen 16 Berufsgenossenschaften betrugen die Aufwendungen für gesetzliche Unfallentschädigungen fast 60 Millionen, die Aufwendungen für die Fürsorge in der Wartezeit 600 000 M. Von allen 66 Berufsgenossenschaften wurden nur 668 000 M. für die Fürsorge für Verletzte in der Wartezeit aufgebracht, während die Kur- und Verpflegungskosten, für die die Berufsgenossenschaften nach Ablauf der Wartezeit aufzukommen gezwungen sind, 3¾ Millionen Mark betrugen. Ähnlich liegen auch die Verhältnisse bei den landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften. Von den 48 landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften haben im Jahre 1909 nur die 12 preußischen und 2 andere mehr als 5000 M. für die Fürsorge während der Wartezeit ausgegeben. Bei diesen 14 landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften wurden nur 140 000 M. für die Fürsorge während der Wartezeit aufgebracht, während sich die Aufwendungen für gesetzliche Unfallentschädigungen auf 18½ Millionen Mark beliefen. Von allen 48 landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften wurden 253 000 M. für die Fürsorge während der Wartezeit aufgewendet, während die Kur- und Verpflegungskosten von Rentnern 1 Million Mark erforderten. Bei den staatlichen Ausführungsbehörden wurden 8000 M., bei den Provinzial- und Kommunal-Ausführungsbehörden noch nicht 800 M. für die Fürsorge während der Wartezeit verausgabt, denen Unfallentschädigungen von 12½ Millionen resp. ½ Million Mark gegenüberstehen. Auch diese Ziffern beweisen wieder, wie wenig die Ausführungsbehörden in der Lage sind, Träger der Unfallversicherung zu sein. Man muß also zugeben, daß die Fürsorge während der Wartezeit trotz aller Bemühungen des Reichsversicherungsamts bisher nicht in der wünschenswerten Weise seitens der Träger der Unfallversicherung ausgebaut ist. Zum Teil erklärt sich das vielleicht daher, daß bisher die Übernahme des Heilverfahrens durch die Berufsgenossenschaft als eine außerordentliche Maßnahme galt und auch das Gesetz die Durch-

Rentenempfänger bei der Südwestdeutschen Eisen-Berufsgenossenschaft.

kommene Rentner

1905				1906				1907				1908				1909				1910			
Verletzte	Witwen	Kinder	Aszendenten	Verletzte	Witwen	Kinder	Aszendenten	Verletzte	Witwen	Kinder	Aszendenten	Verletzte	Witwen	Kinder	Aszendenten	Verletzte	Witwen	Kinder	Aszendenten	Verletzte	Witwen	Kinder	Aszendenten
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
552	48	107	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
533	53	118	12	646	52	131	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
439	49	110	10	599	58	137	13	673	43	114	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
271	30	75	3	359	32	62	5	489	36	85	7	538	28	75	4	—	—	—	—	—	—	—	—
242	31	74	3	311	28	61	6	379	30	89	7	516	29	74	7	607	27	59	5	—	—	—	—
223	29	70	3	271	27	59	6	304	27	84	5	389	26	69	6	538	26	57	6	584	24	56	2

führung des Heilverfahrens den Krankenkassen anvertraute und sie gegenüber den Trägern der Unfallversicherung begünstigte. Übernahm nämlich der Träger der Unfallversicherung seinerseits die Heilbehandlung, so erhielt er von der Krankenkasse nicht etwa Ersatz der Kosten sondern lediglich der Anspruch auf das Krankengeld, das seitens der Kasse gewährt wurde, ging an den Träger der Unfallversicherung über. Durch die Reichsversicherungsordnung ist hierin eine Änderung eingetreten, die größere Ansprüche gestattet und vielleicht der Anlaß zu einer größeren Verbreitung des Heilverfahrens sein wird.

Die Fürsorge innerhalb der Wartezeit.

Die Fürsorge innerhalb der Wartezeit, d. h. innerhalb der ersten 13 Wochen nach dem Unfall, ist in das freie Belieben der Träger der Unfallversicherung gestellt. Es handelt sich um eine freiwillige Leistung. Wie ich später zeigen werde, liegt es für zahlreiche Fälle im Interesse sowohl der Versicherungsträger als auch der Verletzten, wenn das Heilverfahren von der Berufsgenossenschaft oder der Ausführungsbehörde übernommen und zwar frühzeitig und rechtzeitig übernommen wird. Für die Übernahme der Verletzten in eigene Behandlung kommen nun eine Zahl von rechtlichen und praktischen Gesichtspunkten in Frage. Ich wende mich zunächst der gesetzlichen Grundlage des Heilverfahrens zu. Innerhalb der ersten 13 Wochen nach dem Unfall müssen für den größten Teil der Verletzten Krankenkassen oder Unternehmer (§§ 577, 942, 1084) gesetzlich die Fürsorge übernehmen. Eine Ausnahme machen nur Unternehmer und Betriebsbeamte mit einem Jahresarbeitsverdienst von mehr als 2500 M. (§ 577, Abs. 1, 1084), in der Landwirtschaft überhaupt alle Nichtarbeiter, soweit sie nicht gegen Krankheit versichert sind (§ 942). Natürlich muß es im Interesse der Berufsgenossenschaften liegen, wenn solche Personen, für die niemand sonst einzutreten

hat, sich bei einer Verletzung einer geordneten Behandlung unterziehen. Tun sie das nicht oder in unzweckmäßiger Weise, so ist zu befürchten, daß sich Verletzungsfolgen herausstellen, die später die Berufsgenossenschaft dauernd belasten. Infolgedessen kann die Genossenschaft, wenn zu besorgen ist, daß eine Unfallentschädigung später zu leisten ist, bei solchen Personen schon vor Ablauf der 13. Woche nach dem Unfall ein Heilverfahren eintreten lassen, um die Folgen des Unfalls zu beseitigen oder zu mildern. (§§ 580 946, 1092.) Bedeutungsvoll ist das besonders in der Landwirtschaft, wo die Unternehmer fast sämtlich gegen Unfall, aber nicht gegen Krankheit versichert sind, und die kleinen selbständigen Landwirte im Erkrankungsfall nur ungenügend für sich sorgen können. Auch da, wo sonst die Unternehmer der Kleinbetriebe (Schmiede-BG., BG. der Schornsteinfegermeister usw.) in ähnlicher Lage sind, ist die Übernahme der Fürsorge oft erforderlich. Handelt es sich um Verletzte, die nicht gegen Krankheit versichert sind, so hat, wie ich vorhin erwähnte, der Unternehmer oder in der Landwirtschaft und bei den Kleinbetrieben der Seeschiffahrt die Gemeinde gesetzmäßig für den Verletzten zu sorgen. Im allgemeinen ist zu befürchten, daß der Unternehmer und die Gemeinde kein besonderes Interesse an der möglichst rationellen Wiederherstellung des Verletzten haben werden, die vielleicht mit besonderen Kosten verbunden ist. Die Krankenhilfe, die hier gewährt werden muß, wird wohl nur selten über die gesetzlichen Mindestleistungen hinausgehen. Infolgedessen liegt es im Interesse der Berufsgenossenschaft, selbst diese Fürsorge zu übernehmen oder andern geeigneten Organen zu übertragen. In der gewerblichen Unfallversicherung kann die Genossenschaft die Leistungen des Unternehmers ganz oder teilweise übernehmen. Er hat ihr insoweit Ersatz zu leisten, als der Verletzte von ihm Krankenhilfe beanspruchen könnte und die Genossenschaft dann nicht selbst ersatzpflichtig wäre. Dabei gelten als Ersatz für Krankenpflege drei Achtel des Grundlohns, nach welchem sich das Krankengeld des Berechtigten bestimmt. (§ 579.) Bei der landwirtschaftlichen Unfallversicherung kann die Genossenschaft ebenfalls das Heilverfahren selbst übernehmen, die Gemeinde oder sonst Verpflichtete sind soweit zum Ersatz verpflichtet, als der Verletzte von ihnen Leistungen beanspruchen konnte. (§§ 945, 942, 169, 418, 435.) Bei Seeleuten, die bei der Seeberufsgenossenschaft selbst versichert sind, gilt als Ersatz für die Kosten der Heilbehandlung, die die Genossenschaft übernimmt, die Hälfte des Betrags, der für Heilanstaltspflege am Sitze der zuständigen Sektion aufzuwenden wäre. (§ 1086.) Bei Verletzten, die zur Zweiganstalt der Seeberufsgenossenschaft gehören, kann die Zweiganstalt entweder das Heilverfahren selbst übernehmen oder der Gemeinde oder der Krankenkasse übertragen. (§ 1090.) Ist der Verletzte gegen Krankheit versichert, so kann die Berufsgenossenschaft ohne weiteres der Krankenkasse das Heilverfahren abnehmen und den Verletzten in eigene Fürsorge nehmen. (§ 1513.) Sie hat dann dem Kranken das zu gewähren, was diesem seine Krankenkasse nach Gesetz oder Satzung zu leisten hätte. (§ 1513.) Die Krankenkasse hat dem Träger der Unfallversicherung als Ersatz der entstehenden Unkosten drei Achtel des Grundlohns zu entrichten, nach welchem sich das Krankengeld des Berechtigten bestimmt. (§ 1513.)

Als Leistungen kommen hauptsächlich Anstaltsbehandlung und Hauspflege in Betracht. Die Gewährung der Krankenhilfe im Hause dürfte nur in den seltensten Fällen, und zwar bei Unternehmern und Betriebsbeamten, gewährt werden. Diese Personen können übrigens von der Genossenschaft ange-

messenen Ersatz für den Verdienst verlangen, der ihnen durch das Heilverfahren entgeht (§ 580), während sonst die Berechnung des Kranken- und Hausgeldes sich nach den Bestimmungen der Krankenversicherung richtet. (Regelleistungen der Krankenkasse §§ 182—194.) Im Falle der Unterbringung des Verletzten in einer Heilanstalt erhalten die Angehörigen während der Wartezeit also nicht die Angehörigenrente (§ 598), sondern das in der Krankenversicherung in solchem Falle übliche Hausgeld (§ 600). Ist der Verletzte durch seine Krankenkasse bereits in einer Anstalt mit genügenden Heileinrichtungen untergebracht, so kann die Berufsgenossenschaft bei Übernahme des Heilverfahrens ihn nur mit seiner Zustimmung in eine andere Anstalt bringen; das Versicherungsamt des Aufenthaltsorts kann die Zustimmug ersetzen. (§ 605.) Durch die RVO. ist die Gewährung der Hauspflege neu eingeführt, über deren Anwendung somit noch keine Erfahrungen bestehen. (§§ 185, 599.) In der Wahl der Heilanstalt ist die Berufsgenossenschaft im übrigen unbeschränkt. Der Verletzte muß sich der Einweisung fügen. Tut er dies ohne gesetzlichen oder triftigen Grund nicht, und wird dadurch seine Erwerbsfähigkeit ungünstig beeinflußt, so kann ihm der Schadenersatz auf Zeit ganz oder teilweise versagt werden, wenn er auf diese Folge hingewiesen ist. (§ 906.) Der Versicherungsträger muß dem Verletzten einen förmlichen Bescheid zustellen, in dem zum Ausdruck gebracht ist, daß der Kranke zur Durchführung eines Heilverfahrens in die Anstalt geschickt wird, und in dem er auf die Folgen seiner Weigerung aufmerksam gemacht wird. Wenn der Verletzte keinen eigenen Haushalt hat, oder wenn die Art der Verletzung eine Behandlung oder Pflege verlangt, die in der Familie des Verletzten nicht möglich ist, oder wenn der Verletzte wiederholt den Anordnungen des behandelnden Arztes zuwidergehandelt hat — andere Fälle sind selten —, liegt ein gesetzlicher Grund zur Weigerung nicht vor. (§ 597.)

Nachdem ich so die gesetzlichen Bestimmungen über das Heilverfahren in der Wartezeit geschildert habe, wende ich mich zu den praktischen Gesichtspunkten, die für die Anwendung der Heilbehandlung in Betracht kommen. Zunächst handelt es sich um die Auswahl des Materials. Wenn eine Verletzung vorliegt, die sich in sachgemäßer Behandlung des Kassenarztes befindet, so wird auch kein Anlaß für die Übernahme des Heilverfahrens vorliegen. In vielen Fällen sieht der Kassenarzt, daß die häusliche Behandlung nicht ausreichend ist, sondern daß die Verletzung einer stationären Behandlung im Krankenhause bedarf. Die Krankenkasse weigert sich aber vielleicht den Kranken in das Krankenhaus einzuweisen. Die Krankenkassen sind besonders der Krankenhausbehandlung abgeneigt, wenn es sich um Handwerksburschen und ähnliche Personen handelt, die nur kurze Zeit bei ihnen versichert waren, und die bald wieder ihren Wohnsitz zu ändern pflegen. Außerdem sind vielfach noch andere Umstände maßgebend. Bei vielen Verletzungen liegt die Entscheidung auf der Wage, ob Krankenhausbehandlung erforderlich ist oder nicht. Häufig nehmen dann die Kassenärzte auf die Krankenkasse Rücksicht und behalten die Verletzten in eigener Behandlung, hoffend, daß sie auch ohne die stationäre Pflege die Kranken wiederherstellen werden. Es kommt hinzu, daß die kleine Chirurgie mit zu den Lieblingsbeschäftigungen des allgemein praktizierenden Arztes gehört und er auf die kunstgerechte Einrenkung eines Gliedes oder die gerade Verheilung eines Knochenbruches nicht wenig stolz ist. Trotzdem werden in der Praxis oft nicht ausreichende Resultate erzielt, da man nach alter Methode die fixierenden Verbände zu lange liegen läßt und damit Gelenk-

versteifungen hervorruft, da man im Zutrauen auf die eigene chirurgische Heilkunst auch schwierigere und komplizierte Fälle in Behandlung nimmt, da man bei Brüchen die richtige Anlegung eines fixierenden Verbandes nicht durch das Röntgenbild kontrollieren kann, da die orthopädische Nachbehandlung Not leidet und durch Massagen von Heildienern nicht ersetzt werden kann.

Als die Heilbehandlung durch die Berufsgenossenschaften mehr und mehr aufkam, waren diese zunächst auf die Unfallanzeigen angewiesen, um zu erfahren, welche Fälle hierfür in Betracht kamen. Nun sind die Unfallanzeigen und die Ergebnisse der polizeilichen Ermittlung oft so mangelhaft, daß man damit so gut wie nichts anfangen kann. Die Berufsgenossenschaften mußten sich selbst daher weiter erkundigen. Sie fragten zum Teil bei dem behandelnden Arzte an, welcher Art das Leiden sei, wielange die Erwerbsunfähigkeit und in welchem Maße voraussichtlich bestehen werde, und ob eine besondere Heilbehandlung angezeigt sei. In den meisten Fällen erledigten sich diese Anfragen in befriedigender Weise. Vielfach blieben die Genossenschaften ohne Antwort, da der vielbeschäftigte Kassenarzt, der an sich der Schreibarbeit nicht hold ist, diese Fragerei für unnötig und gar für eine Kontrolle seiner Tätigkeit hielt. Da keine gesetzliche Verpflichtung zur Beantwortung besteht, so ist der Arzt formell im Recht. Natürlich wird durch ein derartiges Verfahren die Übernahme des Heilverfahrens auch in solchen Fällen, wo sie notwendig ist, unmöglich gemacht. Oft gab wieder die Honorarfrage Anlaß zu Ärgernis. Die Ärzte wußten nicht, ob sie für die Beantwortung der Fragen honoriert werden würden. Als diese Kenntnis sich durchrang, gab es Streitigkeiten über die Höhe der Honorare. Schließlich suchten sich einige Genossenschaften der Zahlungspflicht dadurch zu entziehen, daß sie die Fragen nicht an den behandelnden Arzt, sondern an den Arbeitgeber des Verletzten richteten, der sie „möglichst nach Angabe des behandelnden Arztes" beantworten solle. Dieses Vorgehen machte das berufsgenossenschaftliche Heilverfahren bei den durch die Krankenversicherung drangsalierten Ärzten höchst unbeliebt. Sie sahen nur die auch auf diesem Gebiete einsetzende Einengung der ärztlichen Allgemeinpraxis, da das ganze Verfahren doch nur bedeute, daß man mit den Ergebnissen der ärztlichen Behandlung unzufrieden sei und eine ganze Anzahl von Kranken der ärztlichen Praxis zu entziehen gedenke. Über diese Unbeliebtheit ist das berufsgenossenschaftliche Heilverfahren auch in weiten Ärztekreisen nicht hinweggekommen, jedoch werden sich auch hier die Gegensätze mildern, wenn sich die moderne Wundbehandlung mit Berücksichtigung des funktionellen Heilerfolges erst allgemein durchgesetzt hat und so ein stationäres Heilverfahren vielfach erübrigen wird, und wenn andererseits die Ärzte ihrerseits die Berufsgenossenschaften auf geeignete Fälle aufmerksam machen. Gerade hier ist vieles im Fluß. In ärztlichen Kreisen wird gewünscht, daß auch den praktischen Ärzten die Möglichkeit gegeben wird, ihre Kranken im Krankenhause weiter zu behandeln, daß allgemein zugängliche Ambulatorien errichtet würden, die jedem Arzt die Möglichkeit gäben, seinen Patienten mit Röntgenstrahlen zu untersuchen und ihn mit besonderen Heilmitteln, wie Finsenlicht, ultraviolettem Licht usw. zu behandeln. Wie weit und wie bald solche Forderungen sich durchsetzen werden, möge dahingestellt bleiben, es sollte nur darauf hingewiesen werden, um darzutun, daß die Stellung der Ärzteschaft zum Teil durch die jetzige bedrängte Lage bedingt ist. M an wird der Entwicklung dieser Dinge nicht vorgreifen dürfen, dadurch

daß man das Heil nur von den Unfallkliniken kommen sieht und diese in einseitiger Weise bevorzugt. Denn das Rückgrat der ärztlichen Tätigkeit bleibt die Allgemeinpraxis, der ganz allein schon aus nationalen Rücksichten nicht die Wundbehandlung entzogen werden darf. Schon jetzt ist die Zahl der Ärzte, die nicht mit dem Messer umzugehen wissen, so erschreckend groß, daß die ärztliche Hilfe im Kriegsfall vielleicht nicht mehr ausreichend ist. Der Hautarzt, der Nervenarzt, der Spezialist für Stoffwechsel- oder andere innere Krankheiten ist eben an eine ganz andere Art der Ausübung der ärztlichen Tätigkeit gewöhnt. Tritt nun noch der Arzt der allgemeinen Praxis hinzu, so wird der Zustand beängstigend. Im allgemeinen Interesse liegt es, nicht so sehr Unfallspezialisten zu züchten, als vielmehr die breiten Massen der Ärzteschaft mit den modernen Grundsätzen der Heilbehandlung in Fortbildungskursen bekannt zu machen und ihnen die Ausnutzung ihrer Kenntnisse in weitgehendster Weise zu ermöglichen. Die in der Anlage abgedruckten Grundsätze für das Heilverfahren während der Wartezeit in der gewerblichen Unfallversicherung, die von dem Reichsversicherungsamt empfohlen werden, gehen in der Empfehlung der spezialärztlichen Behandlung schon viel zu weit. Hier wird zwischen notwendigen und empfehlenswerten Maßnahmen unterschieden. Bei der ersten Gruppe wird verlangt, daß nur im Notfall der behandelnde Arzt (der Kassenarzt), der die erste Hilfe leistet, auch den ersten Eingriff vornehmen soll. Es ist nicht zu verstehen, warum der praktische Arzt nicht bei dem Bruch eines Oberarmknochens oder bei Unterschenkelbruch, die zu der ersten Gruppe gehören, die Behandlung selbst vornehmen darf. Nun wird aber außerdem auch sonst das Eingreifen des Spezialisten zwar nicht gefordert aber doch empfohlen, so daß eigentlich kein Knochenbruch und keine Verrenkung für die Behandlung durch den Arzt der allgemeinen Praxis übrig bleibt. Seitens des Reichsversicherungsamts ist immer hervorgehoben, wie sehr es die Mitarbeit der deutschen Ärzteschaft an der Durchführung der sozialen Versicherung anerkenne. Die Empfehlung solcher Leitsätze steht mit solcher Anerkennung nicht im Einklang, sie ist aber auch kurzsichtig, da sie über der Erreichung momentaner Vorteile höhere Ziele verkennt. Auf die Krankheiten, bei denen sich die Übernahme des Heilverfahrens durch die Berufsgenossenschaft empfiehlt, werde ich später noch zurückkommen.

Die Berufsgenossenschaften bekommen nun nicht nur durch die Unfallanzeige und die polizeilichen Feststellungen Kenntnis von der Tatsache eines Betriebsunfalls, sondern auch durch die Krankenkassen. Die Krankenkasse hat jede Krankheit, die ein entschädigungspflichtiger Unfall herbeigeführt hat, dem Träger der Unfallversicherung binnen drei Tagen anzuzeigen, sobald genügender Anhalt dafür vorliegt, daß die Erwerbsfähigkeit infolge des Unfalls über die 13. Woche hinaus beschränkt sein wird; ist der Erkrankte nach Ablauf von drei Wochen nach dem Unfall noch nicht wiederhergestellt, so ist die Anzeige längstens bis zum Ende der vierten Woche zu erstatten. (§ 1512.)

Die Unfallanzeigen geben der Berufsgenossenschaft ein ungefähres Bild, um was es sich bei der Verletzung handelt. Da sie oft nicht zuverlässig sind, ist man in verschiedener Weise daran gegangen, sie zu ergänzen. In Westfalen hat die Vereinigung berufsgenossenschaftlicher Verwaltungen eine Unfallanzeigenergänzung durch den behandelnden Arzt vorgesehen, die mit 1 M. honoriert wird. In Berlin übermitteln die Hilfswachen des Kuratoriums der Berliner Unfallstationen den angeschlossenen Berufsgenossenschaften

entsprechende Mitteilungen (Kosten 1 M.). Anderswo ersuchen die Berufsgenossenschaften den behandelnden Arzt um Auskunft und gutachtliche Äußerung. Auf Grund dieser Auskünfte hat sich die Berufsgenossenschaft zu entscheiden, ob sie ein Heilverfahren eintreten lassen will. Einzelne Berufsgenossenschaften bedienen sich dabei eines ärztlichen Beirates. Andere überlassen das ihrem Geschäftsführer, der natürlich nur ein Laienurteil hat und sich nach solchen Grundsätzen, wie sie das Reichsversicherungsamt empfiehlt, schematisch richtet.

Die freie Vereinigung der im Rheinlande tätigen berufsgenossenschaftlichen Verwaltungen nennt vier Forderungen, die eine erfolgreiche Übernahme des Heilverfahrens in der Wartezeit verbürgen: richtige Auswahl der Fälle, rechtzeitiges Eingreifen, zweckmäßige Durchführung, richtige Auswahl der Heilanstalten und Ärzte.

Was die Auswahl der Fälle betrifft, so ist hier jeder Schematismus vom Übel. In der Landwirtschaft liegen die Dinge anders als bei der Binnenschiffahrt oder in Großstädten. Es kommt nicht nur auf den Fall an, sondern auch auf die Umstände des einzelnen Falls. Wenn ein Kranker in einem unzulänglichen Krankenhause untergebracht ist, so ist er nicht besser daran, als wenn er sich in häuslicher Behandlung befindet. Denn der Wert des Krankenhauses wird nicht durch den stationären Aufenthalt, sondern durch die besonderen diagnostischen und Heilfaktoren: Möglichkeit der aseptischen Operation, Röntgendurchleuchtung, orthopädischen Apparate, Beschäftigungstherapie bewirkt. Ist das Krankenhaus nicht derartig ausgestattet, wie es häufig bei kleineren Krankenhäusern der Fall ist, oder steht die ärztliche Leitung nicht im Verhältnis zu der materiellen Grundlage, oder liegt die Behandlung mehr oder minder in den Händen junger Assistenten, so ist der Nutzen der Krankenhausbehandlung illusorisch und die Tätigkeit des erfahrenen praktischen Arztes vorzuziehen. In anderen Fällen wird sich das Heilverfahren darauf beschränken können einen Spezialarzt hinzuziehen oder auch nur durch ihn feststellen zu lassen, ob die bisherige Behandlung ausreichend ist. Ein derartiges Vorgehen ist z. B. bei Augenverletzungen angebracht. Die Augenverletzungen sind häufig und hinterlassen oft schwerere Folgen, als man zuerst anzunehmen geneigt ist. Der Verlust eines Auges wird aber bisher lebenslänglich mindestens mit einer Rente von 25 % bewertet, andere Verletzungsfolgen des Sehorgans entsprechend. Infolgedessen ist es angezeigt, wenn die Berufsgenossenschaft bei Augenverletzungen feststellen läßt, ob eine spezialärztliche Behandlung notwendig ist oder die bisherige Behandlung ausreicht. Es ist nicht erforderlich, wie die Leitsätze des RVA. fordern, daß regelmäßig die Behandlung durch den Facharzt, und auch durch diesen nur in einer besonders eingerichteten Heilanstalt erfolgen soll. Dagegen ist zuzustimmen, daß bei ausgedehnteren Verbrennungen und bei Verdacht der Übertragung von Milzbrand, bei Wirbel- und Beckenbrüchen, bei Ausrenkungen großer Gelenke, bei allen Verletzungen mit Beteiligung innerer Organe oder wichtiger Nervenstämme und Sehnen Heilbehandlung im Krankenhaus notwendig ist. Man wird ferner, worauf in den Leitsätzen nicht besonders hingewiesen ist, verlangen können, daß bei schweren Verletzungen mit Quetschung von Weichteilmassen oder Zertrümmerung von Knochen und bei komplizierten Knochenbrüchen Heilbehandlung im Krankenhaus gewährt wird. Auch für sämtliche Schädelverletzungen mit Bruch des Schädels muß Krankenhausbehandlung zugestanden werden. Dagegen können Fälle mit Kontusionen der Brust und des Rückens auch bei Vor-

handensein von Rippenbrüchen durchaus in der kassenärztlichen Behandlung bleiben. Hinsichtlich des Heilverfahrens bei Brüchen und Verrenkungen der obern Gliedmaßen führt Ledderhose, dem ich hierbei zustimme, aus: „Von den Verletzungen und Frakturen der Schultergegend, des Oberarms und des Ellenbogengelenks gebe ich zu, daß sich vollkommen befriedigende Resultate in der häuslichen oder ambulanten Behandlung durch die Kassenärzte erreichen lassen, vorausgesetzt, daß die äußeren Verhältnisse dem Arzt nicht zu sehr hemmend in den Weg treten. Nicht ganz so verhält es sich mit den Verletzungen am Vorderarm und in der Handgelenksgegend. Die Röntgenuntersuchungen haben uns gelehrt, daß hier die Verhältnisse viel komplizierter liegen, als wir früher glaubten, und daß man ohne Röntgenbild nicht imstande ist, sicher zu erkennen, welche Knochen und in welcher Form dieselben verletzt sind. Die richtige Diagnose ist aber gerade hier entscheidend für die Behandlung und damit für das Heilungsresultat. Ich halte es deshalb für unbedingt erforderlich, daß derartig Verletzte, wenn sie sich in Behandlung der Ärzte befinden, denen kein Röntgenapparat zur Verfügung steht, möglichst bald nach dem Unfall durch Vermittlung der Genossenschaft der Röntgenuntersuchung unterzogen werden.

Wie man es schon an einzelnen Stellen eingeführt hat, sollten alle in der Handgegend Verletzte, bei denen Bruch eines Knochens vermutet werden kann, auf Grund einer von der Genossenschaft ausgehenden Aufforderung an einer Zentralstelle mit Röntgenstrahlen untersucht werden. Stellt es sich heraus, daß eine nochmalige Einrichtung oder ein anders beschaffener Verband angezeigt ist, so wird das Nötige vorgenommen, und der Verletzte sofort oder nach wenigen Tagen dem behandelnden Arzte mit einem entsprechenden Bericht wieder zugeschickt.“ Hinsichtlich der untern Gliedmaßen stimme ich Ledderhose insofern zu, als Quetschungsbrüche der Fußknochen wegen der hier besonders schwierigen Lage des Falls in Krankenhausbehandlung gehören. Dagegen können meines Erachtens Knöchelbrüche und Unterschenkelbrüche durchaus der kassenärztlichen Behandlung überlassen bleiben. Nur in solchen Fällen, wo erhebliche Splitterbildung und Verdrehung der Bruchstücke gegeneinander vorliegt, erscheint die kassenärztliche Behandlung nicht ausreichend. Notwendig ist die Krankenhausbehandlung bei Kniescheibenbruch wegen der erforderlich werdenden Knochennaht, bei Brüchen innerhalb des Kniegelenks und bei Brüchen des Oberschenkelschafts. Bei den letztgenannten liegt es im Interesse der besonderen funktionellen Heilung. „Abgesehen davon, daß es sich hier meist um jugendliche oder im besten Alter stehende Verletzte handelt, denen ungünstige Heilungen großen materiellen Schaden bringen, erfordert die für diese Brüche übliche Behandlung mit Streckverbänden eine so sorgfältige, ununterbrochene Überwachung, daß nur ganz ausnahmsweise die häuslichen Bedingungen ausreichend erscheinen.“ (Ledderhose.)

Die weitere Durchführung des Heilverfahrens durch die Träger der Unfallversicherung bringt für den Arzt der allgemeinen Praxis eine große wirtschaftliche Umwälzung mit sich, die in einer weiteren Einengung der Praxis besteht. Die deutsche Ärzteschaft wird sich diese neue Einengung der Praxis im Interesse der Verletzten und Verwundeten gefallen lassen und gern neue Opfer bringen. Auf der andern Seite muß aber verlangt werden, daß gerade auf diesem Gebiete mit Vorsicht vorgegangen wird, um nicht die berechtigten Interessen der Ärzte zu schädigen, und aus reiner Sucht nach Rentenersparnis den Arzt der allgemeinen Praxis aus der Wundbehandlung

herauszudrängen. Wenn die Leitsätze des Reichsversicherungsamts allgemein in schroffer Form durchgeführt werden, so wird nicht allein die wirtschaftliche Lage weiter Ärztekreise bedroht, sondern auch das Allgemeinwohl dadurch geschädigt, daß die Quantität und Qualität der wundärztlichen Behandlung für den Kriegsfall bedenklich herabgesetzt wird.

Ich wende mich nun der zweiten Forderung zu, daß nämlich das Heilverfahren rechtzeitig zur Anwendung gelangt. Es liegt auf der Hand, daß Erfolge nur erzielt werden können, wenn die erforderliche Behandlung auch möglichst frühzeitig einsetzt. Eine Hornhautverletzung ist bei sachgemäßer Behandlung nicht allzu gefährlich. Aber wenn z. B. auf dem Lande, wo das Ulcus serpens häufig vorkommt, eine Behandlung überhaupt nicht stattfindet, oder die ärztlichen Vorschriften vernachlässigt werden, dann kommt es zur Regenbogenhautentzündung, zur Eiterbildung im Innern des Auges und wohl gar zum Verlust des einen oder gar beider Augen. Der Wert der Heilbehandlung ist in einem solchen Falle ganz verschieden, je nach dem Augenblick, in dem die Heilbehandlung einsetzt. Dementsprechend ist auch das Resultat verschieden. Es ist natürlich unmöglich, daß die Träger der Unfallversicherung eine jede Verletzung unter dem Gesichtspunkt der möglichen Unfallfolgen in eigene Behandlung nehmen. Man wird die Fälle auszuwählen haben, in denen die Schwere der Verletzung, die Tüchtigkeit des Arztes und das Verhalten des Verletzten nicht miteinander korrespondieren. In einem solchen Falle muß aber das Heilverfahren, wenn es überhaupt einen Zweck haben soll, so früh als möglich einsetzen. Ich werde nachher Beispiele bringen, wie man das an einzelnen Stellen erreicht. Ich habe schon auf die ärztliche Unfallanzeigenergänzung in Westfalen hingewiesen, die auch in diesem Sinne zu bewerten ist.

Es geht hieraus hervor, daß es für eine Berufsgenossenschaft, die sich etwa ohne Sektionsbildung über das ganze Reich erstreckt, außerordentlich schwer ist, sich schnell und rechtzeitig ein Bild über den Unfall und seine Folgen zu machen. Aber auch bei den Berufsgenossenschaften mit Sektionsbildung ist das nicht viel anders. Die Versicherungsanstalten der Invalidenversicherung sind bei ihrem Heilverfahren insofern im Vorteil, als sie bei ihrer kleineren lokalen Begrenzung leichter die örtlichen Verhältnisse übersehen können und außerdem dauernd in Konnex mit der Bevölkerung bleiben. Eine Berufsgenossenschaft, die alle Jahr einmal einen Unfall in einer Gegend hat, steht natürlich den örtlichen Verhältnissen vollkommen fern, sie kann auch ein Heilverfahren nur schwer übernehmen, da sie gar nicht weiß, an wen sie sich zu wenden hat, und ob die örtlichen Heilanstalten ihren Ansprüchen genügen würden. Bisher haben sich örtliche Organisationen der Berufsgenossenschaften, wie sie im Rheinland, in Westfalen und in Berlin bestehen, in diesem Sinne bewährt. Besser sind die landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften daran, die örtlich begrenzt sind, und deren Vorstandsmitglieder aus ihrer sonstigen amtlichen Tätigkeit auch die Verhältnisse der Bevölkerung und die Leistungsfähigkeit ihrer Ärzte und der zur Verfügung stehenden Heilanstalten kennen. Es bleibt abzuwarten, ob die Berufsgenossenschaften sich der lokalen Vertretungen, die jetzt in den Versicherungsämtern bestehen, für die Zwecke der Heilbehandlung bedienen werden.

Ich möchte nun einige praktische Beispiele dafür bringen, wie die Heilbehandlung gehandhabt wird, und welche Erfolge damit erzielt werden. Bei den landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften stehen hinsichtlich der Heilbehandlung die Posener und die Schlesische landwirtschaft-

liche Berufsgenossenschaft an der Spitze. In einem Schaubild (Fig. 46) ist dargestellt, wie sich die Kosten der Rentenlast und der Fürsorge für Verletzte innerhalb der Wartezeit bei allen landwirtschaftlichen

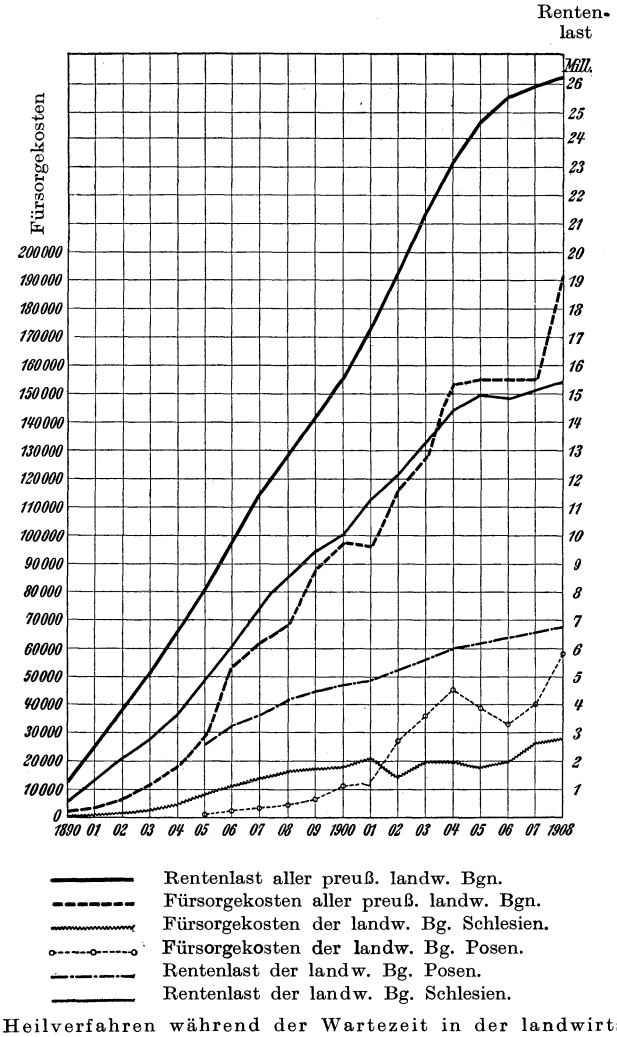


Fig. 46. Das Heilverfahren während der Wartezeit in der landwirtschaftlichen Unfallversicherung.

Um alle Kurven gleichmäßig zur Darstellung bringen zu können, mußte der Maßstab geändert werden. Die Rentenlast der landwirtschaftlichen Bgn. Posen und Schlesien ist in 100 000 M., die sämtlicher preußischer Bgn. in Millionen Mark angegeben, während bei den Fürsorgekosten ein Teilstrich 10 000 M. bedeutet. Die Fürsorgekosten sind also ohne weiteres unter sich vergleichbar. Bei der Rentenlast ist der Anstieg der Kurven von Posen und Schlesien zu steil im Verhältnis zu der aller Bgn. Es kommt aber zum Ausdruck, daß ein Zusammenhang zwischen Rentenlast und Fürsorgekosten besteht.

Berufsgenossenschaften Preußens und bei den genannten beiden zu einander verhalten. Bei der Gesamtheit der 12 landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften steigt die Kurve der Rentenlast außerordentlich steil an, aber auch die Kosten der Fürsorge verlaufen in ziemlich steilem Anstieg, der zum Teil allerdings durch den veränderten Maßstab vorgetäuscht wird.

Bei der schlesischen Berufsgenossenschaft, die das Heilverfahren an zweiter Stelle pflegt, verläuft die Kurve der Rentenlast viel weniger steil. Und am geringsten ist die Steigerung der Rentenlast bei der Posener landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaft, die hinsichtlich der Fürsorge während der Wartezeit an der Spitze steht. Man kann natürlich nicht ohne weiteres schließen, daß die Rentenlast um so weniger steigt, je intensiver die Fürsorge gehandhabt wird. Es ist vielmehr anzunehmen, daß solche Berufsgenossenschaften, die auf diesem Wege vorangehen, dies auch in anderer Beziehung tun und hinsichtlich der Unfallverhütung, der Beitrags-, der Rentnerkontrolle usw. besonders tätig sein werden. Alle diese Umstände wirken zusammen, um günstig auf das Ansteigen der Rentenlast einzuwirken. Immerhin gehört auch die Fürsorge für Verletzte während der Wartezeit zu diesen Umständen und wirkt mindernd auf die Rentenlast ein.

In beachtenswerter Weise hat die Hessen-Nassauische Landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft eine Ergänzung der Unfallanzeigen organisiert, worauf ich in dem Kapitel über die ärztliche Tätigkeit in der sozialen Versicherung näher eingegangen bin.

Bei den gewerblichen Berufsgenossenschaften wird die Fürsorge während der Wartezeit, wie ich schon erwähnte, dadurch erschwert, daß die Berufsgenossenschaft in den meisten Fällen weitab vom Schuß sitzt und die lokalen Verhältnisse am Wohnort des Verletzten nicht übersehen kann. Infolgedessen hat man, wo besondere Bestrebungen zur gemeinsamen Betätigung der verschiedenen Berufsgenossenschaften vorhanden waren, lokale Vereinigungen geschaffen, die ihre Tätigkeit auf einen bestimmten Bezirk erstrecken und hier an Stelle der Berufsgenossenschaften und in deren Auftrage handeln. Derartige lokale Vereinigungen, die für das Heilverfahren von Belang sind, bestehen in Westfalen, in der Rheinprovinz und in Berlin. Ich will zunächst die Verhältnisse in der Rheinprovinz näher behandeln, die sich von denen in der Provinz Westfalen sachlich nicht erheblich unterscheiden. Die freie Vereinigung im Rheinlande tätiger berufsgenossenschaftlicher Verwaltungen hat einmal Kurse an den Akademien in Köln und Düsseldorf in Unfallmedizin für praktische Ärzte eingerichtet, die sehr gut besucht sind, und die Grundsätze der modernen Unfallmedizin in weite ärztliche Kreise zu tragen vermögen. Sodann hat sie ein Verzeichnis der in der Provinz vorhandenen Heilanstalten herausgegeben, aus dem die Größe des Krankenhauses, der Verpflegungssatz, die Art der Einrichtung (Operationsraum, Röntgenapparat, orthopädische Apparate usw.) zu ersehen sind. Ungeeignete Krankenhäuser werden von vornherein nicht in die Liste aufgenommen. Dieses Vorgehen hat den Erfolg gehabt, daß eine Anzahl von Krankenanstalten sich mit modernen Einrichtungen und neuen Apparaten ausgerüstet haben. Sodann wurden mit den Krankenkassen der Provinz Verträge abgeschlossen, wonach Kassenpatienten, bei denen ein Betriebsunfall vorliegt, bei bestimmten Verletzungen, die in einem Verzeichnis aufgeführt sind, durch die Kasse ohne weiteres in die als geeignet ausgesuchten Krankenhäuser gelegt resp. bestimmten Augenärzten bei Augenverletzungen zugeführt werden. In diesen Fällen übernimmt dann die betreffende Berufsgenossenschaft oder Sektion — natürlich nur die der Vereinigung angeschlossenen — die Kosten des Heilverfahrens. Die Überweisung soll sofort, jedenfalls nicht später als eine Woche nach dem Bekanntwerden des Erkrankungsfalls bei der Krankenkasse, erfolgen. Bei Augenverletzungen soll die Überweisung so rechtzeitig geschehen, daß die erste Vorstellung beim

Augenarzte binnen 24 Stunden nach dem Bekanntwerden der Erkrankung bei der Krankenkasse erfolgt. Auch bezüglich des Krankentransports sind derartige Maßnahmen getroffen, daß alle zur Verfügung stehenden Hilfsmittel: Wagen, Tragbahren, Sonderabteile auf der Eisenbahn usw. in Anspruch genommen werden dürfen. Die Krankenkasse übernimmt die Auszahlung der Familienhilfe. Alle Verletzten, auch die verheirateten, sind verpflichtet, der Überweisung in Krankenhausbehandlung Folge zu leisten, da die in der Liste aufgeführten Verletzungen an die Behandlung oder die Verpflegung Anforderungen stellen, denen in der Familie des Verletzten nicht genügt werden kann. Weigert sich der Verletzte ohne gesetzlichen oder sonst triftigen Grund, so verliert er jeden Anspruch auf Krankenhilfe, sowohl auf Krankengeld wie auf ärztliche Behandlung und Heilmittel. Neben dieser generellen Ausbildung des Heilverfahrens wird auch der Übernahme im einzelnen Falle Aufmerksamkeit geschenkt, indem den angeschlossenen Genossenschaften für vereinfachte Krankheitsberichte der behandelnden Ärzte Formulare zur Verfügung gestellt werden und ihnen auch sonst Rat erteilt wird.

Etwas anders haben sich die Verhältnisse in Berlin entwickelt. Hier wurden seitens einiger Berufsgenossenschaften, besonders der Brauerei- und Mälzerei-BG., ferner der Papierverarbeitungs-BG., der Berufsgenossenschaft der chemischen Industrie und anderer, Ende des vorigen Jahrhunderts die Berliner Unfallstationen errichtet, über die in dem Kapitel: Erste Hilfe nach Unfällen näher berichtet wird. Das Kuratorium der Berliner Unfallstationen hat diese Einrichtung weiter ausgebaut und auch der Fürsorge für Verletzte während der Wartezeit nutzbar gemacht. Einem Rundschreiben der Sektion IV der Norddeutschen Holz-BG. (abgedruckt bei Frank) entnehme ich folgendes:

„Das genannte Kuratorium unterhält seit der Neuorganisation des gesamten Berliner Rettungswesens eine Reihe von „Hilfswachen", welche laut Abkommen mit der Stadt Berlin nur erste Hilfe leisten, und daneben hat es zum Zwecke der Weiterbehandlung besondere „Verbandstätten" an verschiedenen Stellen der Stadt errichtet. Die Sektion hat nun mit dem Kuratorium eine Vereinbarung dahin getroffen, daß die „Hilfswachen" dem Sektionsvorstande auf besonderem Formular von jedem die Sektion angehenden Fall Mitteilung machen, in welchem der Verletzte die erste Hilfe erhalten hat. Ferner werden die Unfallverletzten geeignetenfalls sogleich den „Verbandstätten" zur spezialärztlichen Weiterbehandlung überwiesen. .... Auf diese Weise hat sich die Sektion gesichert:

1. die genaue Feststellung der Verletzung gleich nach dem Unfalle, worauf es für die spätere Beurteilung der Unfallfolgen sehr ankommt,
2. eine sachgemäße Behandlung frischer Verletzungen, die zur möglichsten Verhütung bzw. Milderung von Unfallfolgen von so großem Werte ist,
3. eine ständige Kontrolle der Unfallverletzten, die es ermöglicht, einerseits übermäßig lange Tragung von Kosten innerhalb der Wartezeit zu verhüten, andererseits jederzeit Anstaltsbehandlung anzuordnen.

Die Gebührenfrage richtet sich nach folgenden Grundsätzen:

Es werden gezahlt:

für eine Mitteilung der Hilfswache	1 M.
für ein ausführliches Attest der Verbandstätte	4 „
für jede Konsultation einschließlich Verband in der Verbandstätte	2 „
für einen Verpflegungstag in einer mit stationärer Klinik verbundenen Verbandstätte	4 „

In derselben Weise gehen auch die andern Berufsgenossenschaften vor, die mit dem Kuratorium Verträge abgeschlossen haben. Die 12 Verbandstätten sind völlige chirurgische Kliniken mit Einrichtungen für mediko mechanische Behandlung. Aus der Schilderung geht hervor, daß das Kura-

Wartezeitkosten und Unfallentschädigungen bei

Jahr:	1903	1904
Zahl der Versicherten	24 451	25 711
Anrechnungsfähige Lohnsumme Mark	31 756 858	34 065 386
Gemeldete Unfälle	1 491	1 809
Neu entschädigte Unfälle	304	333

Tatsächliche

	M.	M.
1. Wartezeitkosten		
Heilanstalt Wilhelmshagen	*)	*)
Sonstige		
Insgesamt		
Von den Krankenkassen wurden erstattet	*)	*)
Verbleiben wirkliche Kosten	12 764,68	12 316,18
2. Entschädigungen		
**) im 1. Entschädigungsjahr	63 175,86	62 925,31
***) „ 2. „	59 636,39	62 387,81
***) „ 3. „	36 666,50	40 818,36
***) „ 4. „	31 056,50	33 113,17
Für die **beiden ersten** Entschädigungsjahre zusammen	122 812,25	125 313,12
Für die **drei ersten** Entschädigungsjahre zusammen	159 478,75	166 121,48
Für die **vier ersten** Entschädigungsjahre zusammen	190 535,25	199 235,65

torium die Unfallbehandlung in seinen Einrichtungen monopolisieren will und die Mitwirkung der allgemein tätigen Ärzte, aber auch der sonstigen Spezialärzte und der übrigen Krankenanstalten auszuschließen versucht. Es ist wohl nicht zu verkennen, daß eine Verallgemeinerung dieses Verfahrens im ganzen Reiche die vorher geschilderten Mißstände in der Ausbildung der Ärzte für den Kriegsdienst ins Ungeheure steigern würde.

Außer den letztgenannten Einrichtungen stehen den Berufsgenossenschaften noch eine Reihe eigener Krankenhäuser zur Verfügung. Mit dem Krankenhaus der Barmherzigen Brüder in Bonn haben die Sektion IV der Steinbruchs-BG. und die Sektion I der Knappschafts-BG. einen Vertrag abgeschlossen, wonach seit dem Jahre 1892 das Krankenhaus für berufsgenossenschaftliche Kranke jeder Art einschließlich der Nervenkranken hergerichtet und allen Berufsgenossenschaften bis zu 100 Betten vorzugsweise zur Verfügung gestellt ist. Später ist auch an anderer Stelle eine Abteilung für Frauen angegliedert worden. Das Bergmannskrankenhaus in Algringen i. E. ist im Jahre 1898 von einer G. m. b. H. errichtet, der vor wenigen Jahren die südwestdeutsche Eisen-BG. und die Knappschafts-BG. beigetreten sind. An dem Unfallkrankenhaus in Straßburg i. E. sind außer der Landesversicherungsanstalt Elsaß-Lothringen die Tiefbau-BG., die landwirtschaftliche BG. Unterelsaß, die Südwestliche Baugewerks-BG., die Steinbruchs- und die Südwestdeutsche Eisen-BG. beteiligt. Die Norddeutsche Holz-BG. hat eine Heilanstalt für Unfallverletzte in Wilhelmshagen bei Berlin, die Knappschafts-BG. das Krankenhaus Bergmannsheil in Bochum und Bergmannstrost in Halle a. S. Außerdem besteht noch, damit das vorweg ge-

*) Genauere Spezifikationen der Wartezeitkosten werden erst seit 1905 geführt.
**) Hier sind nur die neuen Entschädigungen der betreffenden Jahre aufgeführt.
***) Die hier angeführten Zahlen lassen die fortgeschrittene Heilung der Unfallfolgen erkennen.

der Sektion IV der Norddeutschen Holz-Bg.

1905	1906	1907	1908	1909	1910
27 664	29 749	27 110	26 339	25 584	28 169
37 713 486	41 393 520	57 949 126	36 545 762	35 809 449	40 581 345
2 009	2 379	1 870	1 654	1 739	1 996
340	361	294	215	227	212

Aufwendungen.

M.	M.	M.	M.	M.	M.
9 892,90	**7 388,95**	**7 096,42**	**8 115,86**	**11 910,49**	**22 573,83**
8 321,32	10 880,31	9 636,32	8 014,15	8 604,23	11 215,49
18 114,22	18 269,26	16 732,74	16 130,01	20 514,72	33 789,32
2 542,51	3 465,49	2 776,98	3 673,28	5 507,11	7 954,69
15 571,71	14 803,77	13 955,76	12 456,73	15 007,61	25 834,63
60 285,42	70 958,85	57 449,23	48 101,16	53 490,53	40 910,07
63 391,27	69 450,—	47 137,77	42 580,85	46 877,68	—
39 637,78	42 059,21	27 926,26	24 815,33	—	—
28 573,65	31 732,17	20 081,25	—	—	—
123 676,69	140 408,85	104 587,—	90 682,01	100 368,21	—
163 314,47	182 467,06	132 513,26	115 497,34	—	—
191 888,12	214 200,23	152 594,51	—	—	—

nommen sei, eine Anstalt, die speziell für Unfallnervenkranke bestimmt ist, also für die Fürsorge während der Wartezeit weniger als für das spätere Heilverfahren in Betracht kommt. Es handelt sich um die Unfallnervenklinik Bergmannswohl in Schkeuditz, die von der Knappschafts-BG. erbaut ist.

Was die Erfolge der berufsgenossenschaftlichen Heilbehandlung anbetrifft, so sind sie an die frühzeitige und rechtzeitige Übernahme der Verletzten in die eigene Fürsorge gebunden. Alsdann wird nicht nur die sachgemäße Behandlung garantiert, die den funktionellen Heilerfolg im Auge hat, sondern auch die Behandlungszeit wird abgekürzt. Ich will hierauf nicht näher eingehen, sondern verweise auf die einschlägige Literatur. Auch äußerlich läst sich bei einigen gewerblichen Berufsgenossenschaften ähnlich wie bei den landwirtschaftlichen ein Erfolg nachweisen, wenn auch in der Heilbehandlung nicht die einzige Ursache der Rentenersparnis zu sehen ist.

Die vorstehende Tabelle gibt eine Zusammenstellung der Fürsorgekosten und der Unfallentschädigungen bei der Sektion IV der Norddeutschen Holz-BG. Danach haben die Entschädigungen im Jahre 1910 ein Drittel weniger betragen als die erstmaligen Entschädigungen des Jahres 1905 bei ungefähr gleicher Versichertenzahl. Ganz besonders wird der Einfluß der Fürsorgemaßnahmen deutlich, wenn die Ziffer der gemeldeten und entschädigten Unfälle mit einander verglichen wird. Auf 100 gemeldete Unfälle kamen entschädigte:

1903: *20,4*	1904: *18,4*	1905: *16,9*	1906: *15,2*
1907: *15,5*	1908: *13,0*	1909: *13,0*	1910: *10,6*

Die Sektion äußert sich dazu folgendermaßen: „Die freiwilligen Aufwendungen in der gesetzlichen Wartezeit haben also zu einer wesentlichen Verminderung der laufenden Rentenlasten geführt. Von größerer

Bedeutung aber ist es, daß von den gemeldeten Unfällen im Jahre 1910 fast 90 % zu so schneller und guter Heilung gebracht werden konnten, daß die Verletzten schon vor Ablauf der 13. Woche wieder voll erwerbsfähig waren. Nur noch ein Zehntel aller Fälle hinterließ darüber hinaus nachteilige Folgen für den Verletzten, während im Jahre 1903 dieser Anteil noch ein Fünftel betrug, gewiß ein erfreuliches Zeichen im Kampfe mit den schweren Gefahren, denen die Arbeiter gerade in der Holzindustrie ausgesetzt sind."

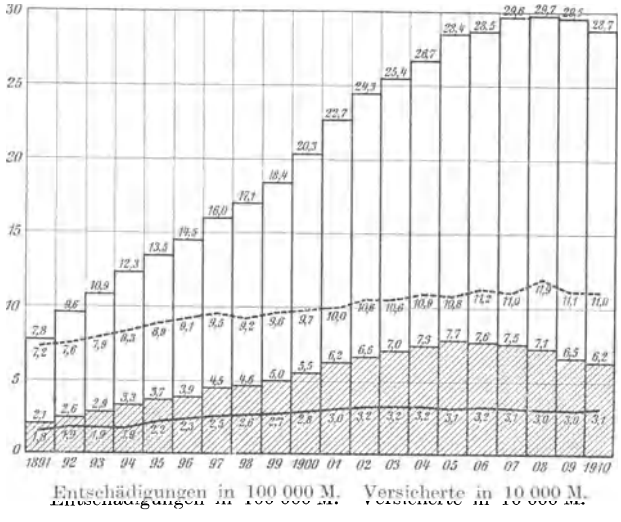


Fig. 47. Heilverfahren und Rentenlast. I.

Die weißen Säulen zeigen die Entwicklung der Rentenlast bei der Brauerei- und Mälzerei-Bg., die schraffierten Säulen die entsprechende Entwicklung bei ihrer Sektion VI. Der verhältnismäßige Anteil der sechsten Sektion wird im Laufe der Jahre immer geringer. Die Ziffern der Versicherten sind dabei ohne Belang, wie sich aus den Versichertenkurven ergibt, die ebenfalls dargestellt sind. Außer anderen Ursachen ist für die Verschiedenheit in der Entwicklung der Rentenlast vor allem die Verschiedenheit in dem Ausbau des Heilverfahrens von Belang. Hierüber gibt die nächste Figur Auskunft.

Auch die Sektion VI der Brauerei- und Mälzerei-BG. macht für das Heilverfahren während der Wartezeit besondere Aufwendungen. Es ist anzunehmen, daß das Gefahrenrisiko wie bei andern Berufsgenossenschaften so auch bei dieser unter den verschiedenen Sektionen im Laufe der Jahre ziemlich konstant sein wird. Dem entspricht aber nicht der Anteil der genannten Sektion an den Aufwendungen der übrigen Sektionen im Laufe der Jahre. Früher hatte die Sektion etwa den dritten Teil der gesamten Rentenlast der ganzen Berufsgenossenschaft aufzubringen, heute noch nicht den vierten Teil. Das ist aus den nachstehenden Schaubildern besonders ersichtlich (Fig. 47 und 48). Die Kurven der Versicherten laufen bei der Berufsgenossenschaft und bei der VI. Sektion im allgemeinen parallel. Die Rentenlast ist durch Säulen dargestellt. Während aber die Rentenlast der Berufsgenossenschaft in steiler Pyramide ansteigt, ist der Anstieg bei der VI. Sektion viel flacher und erreicht bereits im Jahre 1905 sein Maximum, um von da an langsam abzufallen. Dieses besondere Verhalten steht mit den Maßnahmen in Zusammenhang, die diese Sektion für ihre Verletzten trifft. Besonders hat sie das Heilverfahren während der Warte-

zeit ausgebaut. Im Jahre 1909 führte der Vorsitzende dieser Sektion auf dem Berufsgenossenschaftstage dazu folgendes aus: „In früheren Verbandsversammlungen ist schon zu wiederholten Malen auf die günstigen Ergebnisse des Heilverfahrens aufmerksam gemacht worden, welche die VI. Sektion der Brauerei-BG. erzielt hat. Die Zahlen, die damals mitgeteilt wurden, waren so überraschend günstig, daß sie mit etwas Mißtrauen aufgenommen wurden. Nachdem wir nun 16 Jahre daran gearbeitet haben, kann ich bestätigen, daß es sich nicht um ein Spiel des Zufalls handelt, sondern daß ungeheuer günstige Resultate erzielt werden, wenn man sich vom ersten Moment an um den verunglückten Arbeiter bekümmert. Während die VI. Sektion den wenig beneidenswerten Vorzug hatte, vor Übernahme des Heilverfahrens an der ersten Stelle zu marschieren, sind wir jetzt bei der Entschädigung von Unfällen an die 41. Stelle gerückt. Ich möchte ferner darauf hinweisen, daß, wenn wir in der glücklichen Lage waren, eine große Anzahl von Renten herabzusetzen resp. ganz einzuziehen, dies wohl darauf zurückzuführen sein wird, daß wir uns um unsere Unfallverletzten gekümmert haben."

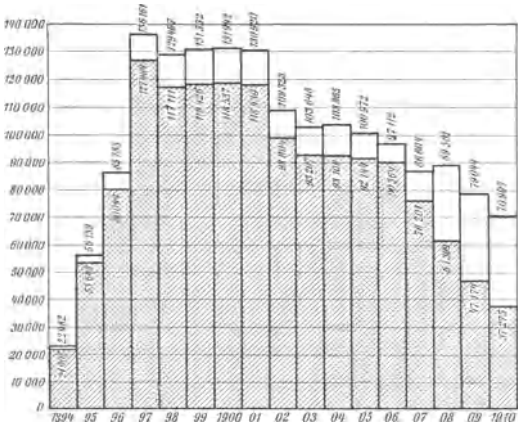


Fig. 48. Heilverfahren und Rentenlast. II.

Die Abbildung zeigt, welchen Anteil die Brauerei und Mälzerei-Bg. (weiße Säulen) und ihre Sektion VI (schraffierte Säulen) an dem Ausbau des Heilverfahrens während der Wartezeit gehabt haben. Es liegt nahe, den rentensparenden Einfluß des Heilverfahrens mit der Entwicklung der Rentenlast bei der Sektion VI in Zusammenhang zu bringen.

Zuletzt sei noch eine Übersicht über die Heilbehandlung während der Wartezeit im Jahre 1910 gegeben. Die Art der Verletzungen und der Behandlung war folgende:

	Knochenbrüche	Augen- Verletzungen	sonstige	Anstaltspflege	Ambulante Behandlung
Gewerbliche BGen.	2 941	433	9 335	5 318	7 391
Landwirtschaftliche BGen.	1 222	520	2 005	3 004	743
zusammen	4 163	953	11 340	8 322	8 134

Das Ergebnis der Behandlung war in 93,70 % günstig, in 6,13 % ungünstig. Die Kosten beliefen sich auf 1,2 Millionen Mark, von denen 200 000 M. durch Krankenkassen ersetzt wurden. Im Jahre 1911 wurden

Knochenbrüche	Augen-	sonstige Verletzungen	Anstaltspflege	ambulante Behandlung
5 186	1 002	11 112	9 281	8 019

in Heilbehandlung genommen. Bemerkenswert ist die Zunahme der Knochenbrüche in der Heilbehandlungsstatistik und der Anstaltspflege. Beide Erscheinungen sind wohl auf die Leitsätze des Reichsversicherungsamts zurückzuführen.

Das Heilverfahren nach Ablauf der Wartezeit.

Das Heilverfahren nach Ablauf der Wartezeit gehört zu den Pflichtaufgaben der Träger der Unfallversicherung. Bei Verletzungen ist vom Beginne der 14. Woche nach dem Unfall Krankenbehandlung zu gewähren. (§ 558.) Sie umfaßt ärztliche Behandlung und Versorgung mit Arznei, andern Heilmitteln sowie mit den Hilfsmitteln, die erforderlich sind, um den Erfolg des Heilverfahrens zu sichern oder die Folgen der Verletzung zu erleichtern. (Krücken, Stützvorrichtungen und dergleichen.) (§ 558.) An Stelle dieser Leistungen mit Einschluß der Unfallrente kann die Genossenschaft freie Kur und Verpflegung in einer Heilanstalt (Heilanstaltspflege) gewähren, wobei die Zustimmung des Verletzten in denselben Fällen, wie sie früher erwähnt wurden, gegeben werden muß. (§ 597.) Sie kann auch Hauspflege gewähren. (§ 599.) Während des Aufenthalts in der Heilanstalt erhalten die Angehörigen die Angehörigenrente. (§ 598.) Auch nach der Festsetzung der Unfallrente kann jederzeit ein neues Heilverfahren zur wahrscheinlichen Hebung der Erwerbsfähigkeit des Unfallrentners eingeleitet werden. (§ 603.) Der Träger der Unfallversicherung kann die Erfüllung seiner Pflichten gegen den Verletzten und dessen Angehörigen der letzten Krankenkasse des Verletzten über die 13. Woche nach dem Unfall hinaus bis zum Ende des Heilverfahrens in dem Umfang übertragen, den er für geboten hält. (§ 1514.) Er hat ihr die daraus erwachsenden Kosten zu ersetzen. (§ 1514.) Für Krankenpflege sind drei Achtel des Grundlohns zu ersetzen; bei Krankenhauspflege gilt das Gleiche für die Krankenpflege, für den Unterhalt im Krankenhause wird die Hälfte des Grundlohns angesetzt; für diesen Betrag kann Ersatz nur aus der Unfallrente beansprucht werden. (§ 1503.) Diese Beträge gelten, wenn nicht ein höherer Aufwand nachgewiesen wird. (§ 1514.)

Über die Erkrankungsfälle, die nach Ablauf der Wartezeit zur Heilbehandlung Veranlassung geben, ist nichts Näheres bekannt, da sich hierüber keine Angaben finden. Die Kranken, die in eigenen Heilstätten der Berufsgenossenschaften behandelt werden, setzen sich aus Verletzten zusammen, die während und solchen, die nach der Wartezeit behandelt werden, ohne daß aber etwas hinsichtlich der Zusammensetzung hervorgeht. Dabei handelt es sich hier um beträchtliche Ziffern. Im Jahre 1909 mußten die gewerblichen Berufsgenossenschaften pflichtgemäß 20 600 Personen, die landwirtschaftlichen 8500 Personen in Heilanstalten nach Ablauf der Wartezeit unterbringen, wofür die Gesamtkosten 5 bzw. 1 Millionen Mark betrugen. Außerdem war bei 56735 bzw. 33936 Personen ein anderweitiges Heilverfahren mit einem Aufwande von 2,3 bzw. 0,9 Millionen Mark erforderlich. Ein großer Teil der Patienten wird von solchen Verletzten gestellt, bei denen sich eine ambulante Nachbehandlung mit Massage oder mit orthopädischen Apparaten als notwendig herausstellt. In andern Fällen werden nachträglich chirurgische Eingriffe vorgenommen, die eine bessere Funktion des verstümmelten Gliedes bewirken sollen. Die Nervenheilstätten sind fast ausschließlich mit Personen angefüllt, die an Neurosen erkrankt sind. In vielen Fällen ist nicht Krankenhausbehandlung erforderlich, sondern Krankenhausbeobachtung zur Feststellung der Erwerbsfähigkeit. In der Statistik mischen sich also gerade hier recht verschiedene Zustände, die nicht untereinander vergleichbar sind.

Literatur.

Machwirth, Die RVO. und die Regelung der Fürsorge während der ersten dreizehn Wochen bei Betriebsunfällen. Zentralbl. d. Reichsversicherung 1912, S. 196.

Klein, Grundsätze des Heilverfahrens der Sozialversicherung, insbesondere auch bei Betriebsunfällen, Gewerbekrankheiten und Volkskrankheiten. II. Internationale Konferenz f. Sozialversicherung in Dresden. Bulletin des assurances sociales. 1912. Supplément.

Rundschreiben des Reichsversicherungsamts an die gewerblichen Berufsgenossenschaften über das Heilverfahren während der Wartezeit. Amtl. Nachr. d. Reichsversicherungsamts 1911, S. 594.

Handbuch der Unfallversicherung. Leipzig 1909.

Die Heilbehandlung durch die Träger der Unfallversicherung in Heilanstalten. Monatsblätter f. Arbeitervers. 1911, S. 1.

Ledderhose, Zur Frage der ärztlichen Behandlung der Unfallverletzten. Ärztl. Sachverst.-Ztg. 1906, S. 405.

Moser, Über 300 landwirtschaftliche Unfälle, die innerhalb 5 Jahren rentenfrei geworden sind. Ärztl. Sachverst.-Ztg. 1902, S. 400.

Wette, Die Dauer des Heilverfahrens bei der Behandlung Unfallverletzter. Ärztl. Sachverst.-Ztg. 1907, S. 69.

Frank, Paul, Das Heilverfahren. Berufsgenossenschaftliche Einrichtungen des Kuratoriums der Berliner Unfallstationen vom Roten Kreuz. Berlin 1912.

Witowski, Aufgaben der Berufsgenossenschaften auf dem Gebiete des Heilverfahrens in den ersten dreizehn Wochen nach dem Unfall. Bericht über den 23. Berufsgenossenschaftstag, Stuttgart 1909.

Leitsätze des Reichsversicherungsamts für das Heilverfahren während der Wartezeit.

1. Im Interesse der Unfallverletzten und der Berufsgenossenschaften muß schon in der Wartezeit, d. i. in den ersten 13 Wochen nach dem Unfall, alles Geeignete veranlaßt werden, um den Eintritt einer wesentlichen Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit über die 13. Woche hinaus zu verhindern oder wenigstens die Beschränkung der Erwerbsfähigkeit auf das geringste Maß zurückzuführen.

2. Hierzu ist erforderlich, daß ein nicht nur auf anatomische Heilung, sondern auch auf Wiederherstellung der Gebrauchsfähigkeit des Körpers gerichtetes Heilverfahren rechtzeitig angewendet wird.

3. Die Fürsorge für das Heilverfahren in der Wartezeit ist unter Berücksichtigung der besonderen Verhältnisse der einzelnen Berufsgenossenschaften zu treffen.

4. Die Berufsgenossenschaft hat sich, nachdem sie von dem Unfalle Kenntnis erhalten, unverzüglich davon zu überzeugen, ob ein der Ziffer 2 entsprechendes Heilverfahren durch die Krankenkasse eingeleitet ist. Andernfalls soll sie selbst alsbald ein möglichst wirksames Heilverfahren einleiten. Vorher soll sie tunlichst, insbesondere soweit es ohne Nachteil für den Verletzten möglich ist, dem behandelnden Arzte Gelegenheit zur Äußerung geben.

5. Unter der in Ziffer 4 angegebenen Voraussetzung ist eine Fürsorge für die Verletzten durch die Berufsgenossenschaften in der Regel geboten:

bei allen offenen Knochenbrüchen, bei den einfachen Brüchen großer Röhrenknochen, besonders derjenigen in der Nähe großer Gelenke, also bei Oberarm- und Vorderarm-, Oberschenkel- und Unterschenkelbrüchen, ausgenommen bei Brüchen des Wadenbeins und bei Brüchen eines Knöchels,

bei den Brüchen der Hand- und Fußwurzelknochen,

bei Brüchen der Grundgliedknochen der Finger und bei Brüchen mehrerer Mittelhand- und Mittelfußknochen,

bei Wirbelsäulen- und Beckenbrüchen,

bei Ausrenkungen, Verstauchungen und Quetschungen großer Gelenke,

bei allen Verletzungen mit Beteiligung innerer Organe oder wichtiger Nervenstämme und Sehnen,

bei allen schweren infektiösen Vorgängen, besonders an Hand und Fingern,

bei ausgedehnten oder tiefgehenden Brandverletzungen,

bei Augenverletzungen, auch wenn sie anscheinend geringfügig sind,

bei Verdacht der Übertragung von Milzbrand,

bei Auftreten nervöser Erscheinungen, die die Entwicklung eines Nervenleidens befürchten lassen.

6. Als Fürsorgemaßregeln kommen in Betracht:
   a) Sicherstellung der Diagnose, nötigenfalls durch Röntgenuntersuchung,
   b) Beteiligung eines erfahrenen Facharztes an der Behandlung,
   c) Übernahme des Heilverfahrens durch Gewährung ambulanter Behandlung,
   d) Übernahme des Heilverfahrens durch Überweisung in eine geeignete Heilanstalt.

7. Eine Sicherstellung der Diagnose durch Röntgenuntersuchung ist insbesondere geboten bei Verletzungen an oder in der Nähe von Gelenken (sogenannten Verstauchungen und Quetschungen).

8. Ambulante Behandlung ist zulässig, wenn Dauer und Ergebnis des Heilverfahrens durch eine solche Behandlung nicht nachteilig beeinflußt werden.

9. Die Übernahme des Heilverfahrens durch Überweisung in eine geeignete Heilanstalt ist geboten insbesondere bei allen offenen Knochenbrüchen, bei den einfachen Brüchen großer Röhrenknochen, besonders denjenigen in der Nähe großer Gelenke, bei Wirbelsäulen- und Beckenbrüchen, bei Verrenkungen, die nicht sofort eingerenkt worden sind, bei Verletzungen wichtiger Nervenstämme und Sehnen, bei allen schweren infektiösen Vorgängen, bei ausgedehnten oder tiefgehenden Brandverletzungen, bei schwereren Augenverletzungen, bei Auftreten nervöser Erscheinungen, die die Entwicklung eines Nervenleidens befürchten lassen, und bei Verdacht der Übertragung von Milzbrand.

10. Geeignete Heilanstalten in Sinne von Ziffer 9 sind solche Anstalten, welche hygienisch einwandfrei sind und wenigstens über einen neuzeitlich eingerichteten Operationsraum, einen Röntgenapparat, Vorrichtungen zur Behandlung von Knochenbrüchen mit Streckverbänden, Heißluftbäder, über die notwendigsten Bewegungsvorrichtungen, geschultes Massagepersonal und fachlich vorgebildete und in der Behandlung Verletzter erfahrene Ärzte verfügen.

11. Bei Ausrenkungen großer Gelenke, Sehnenverletzungen, Augenverletzungen, bei infektiösen Vorgängen, insbesondere bei Verdacht auf Milzbrand, bei ausgedehnten Brandwunden und tunlichst auch bei den Verletzungen innerer Organe ist das Heilverfahren möglichst sofort, bei den übrigen in Ziffer 5 aufgeführten Verletzungen möglichst binnen 10 Tagen nach dem Unfalle zu übernehmen.

12. Schon der erste, meist für den weiteren Verlauf entscheidende ärztliche Eingriff (Einrenkung, Amputation, Resektion usw.) soll möglichst durch den Facharzt (in der Heilanstalt) erfolgen. Nur im Notfall ist er dem Arzte, welcher die erste Hilfe leistet (dem Kassenarzte) zu überlassen[1]).

13. Die Heilung des frischen Falles muß sachgemäß erfolgen, so daß Verwachsungen, Verknöcherungen, Schiefstellung von Knochenenden und dergleichen vermieden werden. Zu diesem Zwecke ist darüber zu wachen, daß das zur Wiederherstellung der Beweglichkeit beteiligter oder zur Verhütung der Versteifung zunächst unbeteiligter Gelenke Erforderliche durch den Arzt so früh wie möglich schon während der ersten Behandlung, sei es auch nur gelegentlich des Verbandwechsels, geschieht.

14. Auf den erstbehandelnden (Kassen-)Arzt, dessen Behandlung der Verletzte entzogen werden soll, ist jede Rücksicht zu nehmen, die mit dem Ziele einer möglichst schleunigen und vollkommenen Heilung und Herstellung vereinbar ist. Insbesondere ist folgendes zu beobachten:
   a) Dem erstbehandelnden (Kassen-)Arzte ist in jedem einzelnen Falle der Übernahme des Heilverfahrens, soweit sie nicht auf Grund allgemeiner Abmachungen mit der beteiligten Krankenkasse erfolgt, so rechtzeitig von der Übernahme Mitteilung zu machen, daß er nicht später als der Verletzte von ihr Kenntnis erhält.
   b) Es ist darauf zu dringen, daß der Facharzt den Verletzten in die Behandlung des erstbehandelnden (Kassen-)Arztes zurückverweist, sobald dies nach Lage des Falles angängig ist, nötigenfalls sogleich nach der ersten Untersuchung, sofern diese die Notwendigkeit fachärztlicher Behandlung nicht ergibt.
   c) Der erstbehandelnde (Kassen-)Arzt ist auf seinen Wunsch über den Verlauf des Heilverfahrens in dem seiner Behandlung entzogenen Falle nach Möglichkeit zu unterrichten.

---

[1]) Bei Inanspruchnahme aller zur Verfügung stehenden Hilfsmittel (Krankenwagen, Krankenautomobil, Eisenbahnkrankenwagen, Eisenbahngüterwagen, Tragbahren, die nötigenfalls auf eilige Bestellung von der nächsten Eisenbahnstation beschafft und leihweise überlassen werden; Eisenbahnsonderabteil für den Verletzten und seine Begleiter; sachverständige Begleitung; Ruhigstellung der verletzten Körperteile durch großen dem Kassenarzt angemessen zu vergütenden Überführungsgipsverband; Benutzung der Einrichtung für erste Hilfe, Rettungs- und Samariterwesen) ist die Überführung fast immer sofort ausführbar.

15. Eine rechtzeitige Übernahme des Heilverfahrens durch die Berufsgenossenschaft ist durch nachstehende Maßnahmen sicherzustellen:

a) Auf den rechtzeitigen Eingang der Unfallanzeige ist durch Ordnungsstrafen gegen die säumigen Betriebsunternehmer und -beamten hinzuwirken. Gegen Krankenkassen, die ihrer Anzeigepflicht gemäß § 76b des Krankenversicherungsgesetzes nicht genügen, ist nötigenfalls bei der Aufsichtsbehörde Beschwerde zu führen. Künftig hat das Versicherungsamt die Strafbefugnis (§ 1512 der Reichsversicherungsordnung).

b) Bestehen Zweifel an dem Vorliegen eines Unfalls oder Betriebsunfalls, so ist die Sachlage schleunigst — möglichst schon vor Eingang der polizeilichen Unfalluntersuchungsverhandlung — aufzuklären, geeignetenfalls an Ort und Stelle. Beim Fortbestehen der Zweifel ist gegebenenfalls die Krankenkasse auf die Notwendigkeit eines zweckmäßigen Heilverfahrens hinzuweisen.

c) Läßt die Unfallanzeige die Art der Verletzung zuverlässig erkennen, so ist — immer vorausgesetzt, daß nicht schon die Krankenkasse ein einwandfreies Heilverfahren gewährt (Ziffer 2) — wie folgt zu verfahren:

1. In den in Ziffer 5 aufgeführten Verletzungsfällen ist unverzüglich eine der in Ziffer 6 angegebenen Fürsorgemaßregeln zu treffen, und zwar nach Maßgabe der Bestimmungen der Ziffern 7 bis 13. Empfohlen wird die gleichzeitige Einholung eines Krankheitsberichts (Befundberichts) von dem erstbehandelnden (Kassen-)Arzte, damit der für die weitere Behandlung und Beurteilung wichtige erste Befund festgelegt und für den Fall, daß sich der Durchführung des Heilverfahrens Schwierigkeiten (Einspruch des Verletzten, des Kassenarztes, Unmöglichkeit der Überführung usw.) entgegenstellen, dem nachprüfenden Arzte (ärztlichen Berater der Berufsgenossenschaft) die Beurteilung dieser Schwierigkeiten ermöglicht wird.

2. Liegt keiner der in Ziffer 5 aufgeführten Verletzungsfälle vor, so ist nach kurzer Zeit, in der Regel nach etwa 2—3 Wochen, durch Anfrage bei dem Betriebsunternehmer oder in sonst geeigneter Weise festzustellen, ob der Verletzte von dem Unfall ohne Nachteil für seine Erwerbsfähigkeit wieder hergestellt ist. Ist dies nicht der Fall, so ist alsdann die Sachlage durch ärztlichen Krankheitsbericht (Befundbericht) oder sonstige Ermittlungen klarzustellen.

d) Läßt die Unfallanzeige die Art der Verletzung nicht zuverlässig erkennen, so ist durch den Betriebsunternehmer oder die Krankenkasse oder auch den behandelnden Arzt — sei es regelmäßig auf Grund einer Vereinbarung oder im Einzelfall auf besondere Anfrage — festzustellen, ob eine „leichte" oder „schwere" Verletzung vorliegt. Als schwer gelten die in Ziffer 5 aufgeführten Verletzungsfälle. Beim Vorliegen einer schweren Verletzung ist gemäß Ziffer 15c 1, bei einer leichten Verletzung nach Ziffer 15c 2 zu verfahren.

16. Auch wenn die Krankenkasse ein einwandfreies Heilverfahren eingeleitet hat, empfiehlt es sich wegen der Möglichkeit nachteiliger Zwischenfälle (vorzeitige Entlassung aus dem Krankenhause, Widerstand des Verletzten, Notwendigkeit der Einleitung einer besonderen Massage- und Bewegungskur usw.), das Heilverfahren zu überwachen. Längstens sechs Wochen nach dem Unfall ist festzustellen, ob die Wiederherstellung erfolgt und das Heilverfahren beendet ist. Ist dies nicht der Fall, so ist aufzuklären, worin das Heilverfahren besteht, wie lange es voraussichtlich noch dauern wird und geeignetenfalls, welche Verletzungsfolgen noch vorliegen. Auf Grund dieser Feststellungen ist über das weitere Heilverfahren, tunlichst nach Anhörung eines ärztlichen Beraters, zu beschließen.

17. Krankheitsberichte oder sonstige ärztliche Auskünfte sollen in der Regel einem ärztlichen Berater zur Äußerung vorgelegt werden. Dieser hat geeignetenfalls sofort oder später die Stellung weiterer Fragen an den behandelnden Arzt, Durchleuchtung mit Röntgenstrahlen, Zuziehung eines zweiten Arztes oder Untersuchung durch einen Facharzt, die Überweisung in eine Fachheilanstalt oder sonstige Maßnahmen vorzuschlagen.

Zwanzigstes Kapitel.

Das Heilverfahren in der Invalidenversicherung.

Die Heilbehandlung in der Invalidenversicherung verdient zunächst von allgemeineren Gesichtspunkten aus gewürdigt zu werden. Die Invalidenversicherung geht, wie überhaupt die soziale Versicherung, darauf aus, den Versicherten bei dem Mißgeschick, das ihn infolge Krankheit, Unfall und Gebrechen betrifft, tatkräftig zu unterstützen und gegen daraus entstehende Unbilden zu schirmen. Während nun aber bei der Krankenversicherung die Beseitigung des Übels als selbstverständliche und hauptsächliche Versicherungsleistung anzusehen ist, tritt diese Leistung bei der Invalidenversicherung als gesetzliche Pflichtleistung gänzlich zurück, während die Unfallversicherung eine Mittelstellung einnimmt. Dagegen ist allen drei Versicherungszweigen gemeinsam, daß der wirtschaftliche Schaden, der durch Krankheit, Unfall oder Gebrechen entsteht, durch das Krankengeld oder die Rente in gewisser Weise wieder wett gemacht wird. So wichtig dieser wirtschaftliche Ausgleich nun auch ist, so müssen die Leistungen der Krankenversicherung doch um so viel höher bewertet werden, als sie sich nicht nur gegen die Folgen der Krankheit in wirtschaftlicher Beziehung wenden, sondern die Krankheit selbst zu beseitigen suchen. Dagegen liegt die Krankheitsverhütung nicht im eigentlichen Rahmen der Krankenversicherung und ist erst durch die Reichsversicherungsordnung als fakultative Leistung zugelassen. Bei der Unfallversicherung richtet sich die Versicherung gegen die Folgen des Unfalls. Soweit er ärztlicher Behandlung bedarf, muß diese als Pflichtleistung gewährt werden, im übrigen gewährt das Gesetz nur eine pekuniäre Entschädigung gegen die wirtschaftlichen Folgen des Unfalls. Die Verhütung der Unfälle ist gesetzlich nicht geregelt, sondern als freiwillige Maßnahme dem Belieben der Berufsgenossenschaften überlassen, die allerdings durch die Satzung einen Zwang auf die Unternehmer ausüben können. Bei der Invalidenversicherung ist als Pflichtleistung überhaupt nur eine pekuniäre Entschädigung gegen die wirtschaftlichen Folgen von Krankheit und andern Gebrechen vorgesehen. Eine Behandlung dieser Leiden, auch wenn sie notwendig ist, kann weder als Pflichtleistung, noch als freiwillige Leistung der Versicherungsanstalten gewährt werden. Bedingungsweise ist die Behandlung des Übels als freiwillige Leistung der Versicherungsanstalten zugelassen, wenn durch die Behandlung die Beseitigung der Invalidität zu erwarten ist. (§ 1305.) Auf einem Umwege ist ferner die Behandlung von Rentnern in der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung als freiwillige Leistung dann möglich, wenn die Versicherungsanstalt den Rentenempfänger in einem Invalidenhaus oder einer ähnlichen Anstalt unterbringt. (§ 1277.) Dort kann das Leiden, das die Invalidität bedingt, oder ein anderes Leiden natürlich in Behandlung genommen werden. Dagegen ist

es den Versicherungsanstalten gestattet, zur Verhütung der Invalidität Heilbehandlung als freiwillige Leistung zu gewähren. (§ 1269.)

Diese Möglichkeit ist überaus wichtig und kann unter Umständen noch wichtiger sein als die Pflichtleistung, die Rente. Denn die Rente ist klein und schützt nur vor dem Verhungern. Sie ist ein karger Ersatz für die verlorene Arbeitskraft. Viel höher ist es zu bewerten, wenn dem Versicherten die verlorene Arbeitskraft wiedergegeben werden kann, oder wenn die Arbeitskraft gestärkt und erneuert wird, sobald sie ernstlich bedroht erscheint. Die Invalidenversicherung hat daher ein großes ideales Interesse, alles selber zu tun und alle sonstigen Bestrebungen zu unterstützen, die darauf ausgehen, die bedrohte Arbeitskraft ihrer Versicherten gegen Schädlichkeiten zu schützen oder die bedrohende Krankheit zu beseitigen. Die Invalidität wird, wie wir in dem elften Kapitel sahen, durch Krankheitsursachen bedingt, sie ist ferner von äußern Schädlichkeiten abhängig, die durch die Nahrung, die Wohnung (z. B. Tuberkulose als Wohnungskrankheit), die Kleidung (Erkältungskrankheiten), die Arbeit (gewerbliche Vergiftungen, ungesunde Arbeitsverhältnisse) und die Lebensweise (Alkohol, Tabak) bedingt sind, und steht schließlich zu Alter, Geschlecht und der individuellen Körperbeschaffenheit in Beziehungen. Der Einfluß, den Alter, Geschlecht und individuelle Anlage ausüben, ist unvermeidbar. Solche Personen, die durch vererbbare Krankheiten, durch Alterskrankheiten invalide werden, können darum von der Invalidität nicht befreit werden. Sofern die Invalidität auf äußeren Schädlichkeiten beruht, kann im einzelnen Falle durch Belehrung oder besondere Fürsorge etwas erreicht werden, generell werden alle Leistungen, die sich auf dem Gebiete der allgemeinen Volkswohlfahrt bewegen, und die im dreiundzwanzigsten Kapitel besonders behandelt werden, der Erhaltung der Arbeitskraft förderlich sein. Die Krankheitsursachen der Invalidität werden dann beeinflußbar sein, wenn es sich um heilbare Krankheiten handelt. Bei unheilbaren Krankheiten ist es natürlich nicht möglich die Invalidität zu verhüten. Schließlich lassen sich die Krankheiten unterscheiden in vermeidbare und unvermeidbare. Die Versicherungsanstalten können sich an dem Kampfe gegen die vermeidbaren Krankheiten beteiligen. Auch hier wird sich ihre Tätigkeit dann auf die allgemeine Wohlfahrtspflege erstrecken. Alle Fälle von Invalidität lassen sich demnach in zwei große Gruppen scheiden, solche, die durch irgend welche Maßnahmen verhütet oder auch nach ihrer Entstehung beseitigt werden können, und solche, bei denen eine Verhütung der Invalidität nicht möglich ist. Es ist sehr schwer abzuschätzen, wie groß der Anteil einer jeden Gruppe an den Gesamtfällen ist. Jedoch werden sich ungefähr unvermeidbare Krankheiten und unvermeidbare Fälle von Invalidität decken. Die Zahl der unvermeidbaren Krankheiten ist nun überaus klein gegenüber dem Heer der andern Krankheiten. Es ist daher möglich, durch entsprechende Maßnahmen den größten Teil aller Fälle von Invalidität aus der Welt zu schaffen. Ein solches Vorgehen ist natürlich von viel weittragenderer Bedeutung als die ordnungsgemäße Abführung der Pflichtleistung, der Invaliden- oder Hinterbliebenenrente. Auf der andern Seite ist jedes derartige Vorgehen auch mit erheblichen Geldopfern verbunden und ist infolgedessen soweit beschränkt, als dadurch nicht die ordnungsgemäße Gewährung der Pflichtleistungen in Frage gestellt wird. Außerdem darf nicht vergessen werden, daß eine Heilbehandlung oft zu spät kommt und nicht den erwünschten Erfolg hat, die Arbeitskraft wiederherzustellen. Dann ist natürlich die ganze Ausgabe zwecklos gewesen, und

das verausgabte Geld seiner eigentlichen Bestimmung nutzlos entzogen. Das ideale Ziel einer Heilbehandlung ist die Wiederherstellung der Gesundheit. Aber dieses Ziel kann nur selten erreicht werden. Man ist dann genötigt, sich mit dem wirtschaftlichen Erfolge zu begnügen, der die Erwerbsfähigkeit betrifft. Das praktische Ziel der Heilbehandlung ist daher die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit oder ihre Erhaltung. Wie selten es gelingt, das ideale Ziel der Heilbehandlung, die Genesung des Versicherten, zu erreichen, mag an dem Beispiel der Versicherungsanstalt Württemberg dargetan werden. Die Lungentuberkulose, die überall am häufigsten zur Heilbehandlung Veranlassung gibt, war 1910 in 1759 Fällen Gegenstand des Heilverfahrens, aber nur 41 Fälle wurden geheilt. Im ganzen wurden 4130 Versicherte in Heilbehandlung genommen, aber nur bei 527 konnte von Heilung gesprochen werden. Man erkennt hieraus, wie sehr es darauf ankommt, die geeigneten Fälle herauszufinden und diejenigen auszumerzen, die von vornherein aussichtslos sind. Darin hat man natürlich erst Erfahrung sammeln müssen, und es kann nicht Wunder nehmen, daß anfänglich die Erfolge recht schlecht waren und erst mit der zunehmenden Praxis in der Auswahl der Krankheitsfälle sich besserten. Um so mehr ist es anzuerkennen, daß die Männer, die die Heilbehandlung in der Invalidenversicherung anbahnten, den Mut nicht sinken ließen.

Aus der Entwicklung der Heilbehandlung ist folgendes bemerkenswert. Man nahm sich solcher Kranken an, bei denen die Wiederherstellung der Gesundheit an den außerordentlichen Mitteln scheiterte, die zur Heilung erforderlich waren. Das gilt für die Bäderbehandlung, für die Heilstättenbehandlung und in neuerer Zeit für die Finsenbehandlung des Lupus. Bei der Behandlung der Lungentuberkulose wurde die vorwiegend hygienisch-diätetische Heilstättenkur von Anfang an bevorzugt. Der Wert dieser Behandlung wurde und wird auch noch bestritten. Gegenüber den beispiellosen Erfolgen muß jedoch die Kritik verstummen, auch gibt die Tatsache zu denken, daß die praktischen Amerikaner jetzt unserem Beispiel in der Errichtung von Heilstätten folgen. Gerade der Heilbehandlung in der Invalidenversicherung verdanken wir nun den größten Teil unserer Heilstätten. Bis dahin fanden sich nur wenige Unternehmer, die Kranke zu billigen Verpflegungssätzen aufnahmen. Infolgedessen gingen die Versicherungsanstalten daran, eigene Heilstätten zu gründen. Heute ist Deutschland mit einem Netz von Volksheilstätten überzogen, die größtenteils im Besitze der Versicherungsanstalten sind. So ist also das Heilverfahren der Ausgangspunkt für die Gesundung weiter Volkskreise geworden. Nicht alle Versicherungsanstalten sind mit gleichem Eifer an die Ausgestaltung des Heilverfahrens gegangen. Einige Anstalten übten anfangs große Zurückhaltung und konnten nur durch die treibende Kraft der Versichertenvertreter im Vorstand zu einem allmählichen Vorgehen bewogen werden. Heute ist der Wert des Heilverfahrens bei allen Versicherungsanstalten anerkannt, wenn das Heilverfahren auch nicht überall in der gleichen Weise und in derselben Intensität gehandhabt wird. Über gewisse Grundlinien haben sich die Versicherungsanstalten auf der Augsburger Konferenz im Jahre 1907 geeignet, so daß in der Hauptsache überall die praktische Handhabung die nämliche ist.

Wie ich schon eingangs erwähnte, ist die Heilbehandlung eine freiwillige Leistung der Invalidenversicherung, die in das Belieben des Vorstands gestellt ist. Der Versicherte hat keinen Anspruch auf Heilbehandlung, die Übernahme ist nur ein Recht des Vorstands. Der Vorstand ist dabei an

gewisse gesetzliche Bestimmungen gebunden und hat ferner einige praktische Gesichtspunkte im Interesse der Versicherungsanstalt zu beachten.

Nach den gesetzlichen Bestimmungen kommen für die Übernahme des Heilverfahrens in Betracht:

1. Der erkrankte Versicherte, dem Invalidität droht. (§ 1269.)
2. Die erkrankte Witwe eines Versicherten, der Invalidität droht. (§ 1269.) Der Verstorbene muß zur Zeit seines Todes die Wartezeit für die Invalidenrente erfüllt und die Anwartschaft aufrecht erhalten haben oder Invalidenrentenempfänger gewesen sein.
3. Der Empfänger einer Invaliden-, Witwen- oder Witwerrente, bei dem durch das Heilverfahren die Beseitigung der Invalidität zu erwarten ist. (§ 1305.)

Die praktischen Gesichtspunkte, die bei der Auswahl der Personen in Frage kommen, erstrecken sich auf die Wahrscheinlichkeit eines Erfolges und auf die nüchterne Erwägung, ob die Invalidität die Versicherungsanstalt belasten würde. Um den letzten Punkt vorwegzunehmen, möchte ich darauf hinweisen, daß die Versicherungsleistung von der Erfüllung der Wartezeit und der Aufrechterhaltung der Anwartschaft abhängig ist. Sind diese Bedingungen nicht erfüllt, so kommt die Bewilligung einer Invalidenrente nicht in Frage. Ein Heilverfahren wäre also für die Versicherungsanstalt eine unnütze Ausgabe. Wenn nur wenige Wochen an der Erfüllung der Wartezeit fehlen, so ist je nach der Natur des Leidens damit zu rechnen, daß der Versicherte bis dahin doch erwerbsfähig bleibt und damit das Anrecht auf die Rente erwirbt. Eine Anzahl von Versicherungsanstalten machen infolgedessen die Einleitung der Heilbehandlung davon abhängig, daß eine bestimmte Ziffer von Marken geklebt ist. Einige wählen dabei die Ziffer 100, andere eine noch geringere, besonders dann, wenn es sich um jugendliche Versicherte handelt. — Die meisten Anstalten verlangen auch, daß das Heilverfahren von ihnen selber eingeleitet wird, und lehnen die Übernahme der Kosten ab, wenn das Heilverfahren von anderer Seite begonnen ist. Eine Ausnahme wird nur bei dringenden Operationen und bei Unterbringung in einer Trinkerheilstätte gemacht.

Die Wahrscheinlichkeit eines Erfolges hängt einmal von der Natur, sodann von dem Grade der Krankheit und der Komplikation durch andere Krankheiten ab. Erfahrungsgemäß bieten eine ganze Anzahl von Krankheiten schlechte Aussichten auf Heilerfolg. Bei anderen macht das Leiden meist aus andern Gründen die Fürsorge der Armenbehörde erforderlich (Geisteskrankheit mit Gemeingefährlichkeit usw.). Das Heilverfahren wird meist grundsätzlich nicht übernommen:

a) bei Epilepsie, Geisteskrankheit, schweren organischen und schweren funktionellen Krankheiten des Nervensystems, wie Rückenmarkschwindsucht, Rückenmarkentzündung, Geschwülsten des Gehirns oder Rückenmarks, vervielfältigter Herderkrankung des Rückenmarks, folgenschweren Schlaganfällen, ferner Fällen von chronischen Blasen- und Nierenleiden, bei Erkrankungen des Herzfleisches, schwerer Herzerweiterung, Erkrankung der Kranzarterien des Herzens und allgemeiner Blutgefäßverkalkung, bei Tuberkulose im vorgerückten Stadium, bei erheblichem Lungenemphysem,

b) bei allen akuten und ansteckenden Krankheiten, wie Typhus, Scharlach, Influenza und ähnlichen Krankheiten, wo nach Art der Erkrankung Erwerbsunfähigkeit in der Regel nicht zu erwarten ist.

Alle andern Krankheiten sind für das Heilverfahren tauglich, jedoch beschränken einige Versicherungsanstalten das Heilverfahren auf eine kleine bestimmte Zahl von Krankheiten.

Neben der ständigen Heilbehandlung, bei der größere Kuren in einem Bad, einer Anstalt oder einem Krankenhaus notwendig sind, wird eine nichtständige Heilbehandlung gewährt, die die Lieferung von größeren Heil- und Hilfsmitteln in sich schließt. Es handelt sich um künstlichen Zahnersatz und um die Lieferung von künstlichen Gliedern, Stützapparaten usw. Auf die Grundsätze, die hierbei in Geltung sind, komme ich später noch zurück.

Außerdem gewähren einige Versicherungsanstalten noch Rekonvaleszentenunterstützung (z. B. Thüringen). Absicht und Zweck der Rekonvaleszentenunterstützung ist, Kranken, die nach Beendigung einer planmäßigen Kur erwerbsfähig, aber noch schonungsbedürftig sind und in ungünstigen wirtschaftlichen Verhältnissen leben, den Übergang zur vollen Berufsarbeit zu erleichtern. Auch gehört zu der nichtständigen Heilbehandlung die Vorbeobachtung von Lungenkranken in der Sprechstunde des Vertrauensarztes.

Für den Erfolg des Heilverfahrens ist es wesentlich, daß die Krankheitsfälle möglichst frühzeitig in geeignete Behandlung kommen. Dieser Augenblick wird häufig verpaßt, da die Versicherten mit ihrem Antrag auf Heilverfahren aus Unkenntnis oder Indolenz zögern. Es liegt nun aber im Interesse der Versicherungsanstalt, auch wirklich alle Fälle, die geeignet sind, rechtzeitig der Heilbehandlung zuzuführen. Infolgedessen darf der Antrag auf Heilbehandlung gewöhnlich außerdem noch von den Krankenkassen, von den behandelnden Ärzten, von den Tuberkulosefürsorgestellen, den Trinkerfürsorgestellen oder gemeinnützigen Vereinen gestellt werden. In der Rheinprovinz überträgt sogar die Versicherungsanstalt dann den gemeinnützigen Vereinen die Durchführung des Heilverfahrens.

Gelegentlich der militärärztlichen Untersuchungen wird immer eine große Zahl von Personen festgestellt, die einer Heilbehandlung bedürftig sind. Infolgedessen werden die untern Verwaltungsbehörden in Preußen auf Grund eines Erlasses des Kriegsministers und des Ministers des Innern vom 8. I. 07, in den andern Bundesstaaten auf Grund entsprechender Verfügungen entweder durch den Zivilvorsitzenden der Ersatzkommision oder durch die Militärbehörde auf solche Kranke hingewiesen, bei denen nach militärärztlichem Urteil ein Heilverfahren angezeigt wäre. In erster Linie kommen für das Heilverfahren die Versicherungsanstalten, in zweiter Linie erst Kassen, Kommunen usw. in Betracht. Im Jahre 1910 wurden im Bereiche der preußischen und sächsischen Armee 6601 Mann als heilbedürftig bezeichnet, 6033 beim Ersatzgeschäft und 568 bei der Entlassung aus dem Militärdienst und bei andern Untersuchungen. Die Behandlung wurde in 48,7 % der Fälle angenommen. Von den Behandelten wurden 50,9 % geheilt oder gebessert, 23,5 % standen am Schluß des Jahres noch in Behandlung, bei 6,2 % war die Behandlung ohne Erfolg, bei 19,5 % war der Ausgang unbekannt.

Den Versicherungsanstalten gehen also von den verschiedensten Seiten die Anträge zu. Bei dem Antrag wird stets ein ärztliches Zeugnis verlangt, in dem die Notwendigkeit der Heilbehandlung und der Nutzen, der daraus zu erwarten ist, auseinandergesetzt werden müssen. Auf Grund dieses ärztlichen Zeugnisses entscheidet sich die Versicherungsanstalt, ob das Heilverfahren bewilligt werden soll. Bei den meisten Versicherungsanstalten wird verlangt, daß der Antragsteller für die Kosten des ärztlichen Attestes

selbst aufzukommen hat, da das Heilverfahren zunächst in seinem eigenen Interesse liegt. Wird dann aber das Heilverfahren bewilligt, so ist natürlich auch die Versicherungsanstalt an dem Attest interessiert und pflegt dann ihrerseits dem Arzte ein Honorar von 3—5 M. zu gewähren. Die Versicherungsanstalt Hessen-Nassau hat z. B. mit der Ärztekammer der Provinz ein derartiges Abkommen geschlossen, wonach sämtliche Ärzte als Vertrauensärzte der Versicherungsanstalt gelten und für Gutachten bei der Invalidisierung und bei dem Antrag auf Heilverfahren seitens der Versicherungsanstalt honoriert werden. Derartige Verträge bestehen auch sonst vielfach. In andern Landesteilen (Pommern, Schleswig-Holstein, Sachsen, Hannover) gelten ausschließlich die Kreisärzte als Vertrauensärzte.

Die Versicherungsanstalten lassen dann vielfach die Antragsteller noch durch ihren besondern ärztlichen Beirat nachuntersuchen oder weisen den Kranken zur Beobachtung in ein Krankenhaus o. dgl. ein.

Von der Stellung des Antrags bis zur Bewilligung oder Ablehnung des Heilverfahrens vergeht nun eine ganze Menge Zeit, da die gesetzlichen und medizinischen Unterlagen geprüft werden müssen. Bis zur Einberufung in die Heilstätte dauert es noch länger. Hierin liegt ein Mißstand, der außerordentlich bedauerlich ist. Der Kranke wartet Wochen und Wochen, ohne zu wissen, was mit ihm geschehen wird. Diese Spannung ist unerträglich und macht die Leute nervös und unruhig, so daß der Zustand eher schlechter als besser wird. Es ist vorgeschlagen worden, daß die Versicherungsanstalten dem Antragsteller binnen einer Woche mitteilen möchten, ob Aussicht auf ein Heilverfahren besteht. Häufig könnten die Kranken sich danach richten. In vielen Fällen wird die Wiederaufnahme der Arbeit verschoben, da Arzt und Kranker auf den Bescheid der Versicherungsanstalt warten, in der Meinung, es lohne nicht, daß der Kranke noch ein paar Tage arbeite. Andererseits nehmen die Kranken oft vorzeitig die Arbeit wieder auf, um nach 8 oder 14 Tagen wieder aufhören zu müssen, da nun die Einberufung erfolgt. Bei der Versicherungsanstalt Berlin müssen die Kranken mehrere Wochen warten, bis ein Platz in der Heilstätte frei wird, bei anderer Kurbehandlung dauert es einige Monate. Die Verzögerung des Heilverfahrens hat aber nicht nur den beschriebenen Erfolg, sondern das Leiden schreitet nun auch weiter, so daß in einigen Wochen die Heilungsaussichten viel ungünstiger sind.

Erfolgt ein abweisender Bescheid, so hat der Versicherte sich dabei zu beruhigen. Eine Beschwerde ist unzulässig, da es sich um eine freiwillige Leistung der Versicherungsanstalt handelt, deren Gewährung in ihr Belieben gestellt ist. Sie hat infolgedessen auch nicht nötig, über ihre Gründe Auskunft zu geben. Tatsächlich geben die Versicherungsanstalten prinzipiell keine Auskunft über die Gründe der Ablehnung. Das ist in einer gewissen Weise zu verstehen, hat aber die mißliche Folge, daß der Versicherte, der sich etwa eine Ablehnung holt, weil er zu wenig Marken geklebt hat, diesen Zusammenhang nicht kennt und seinen Antrag zu gegebener Zeit nicht wiederholt. Es wäre zu wünschen, daß der Vertrauensarzt über die Gründe der Ablehnung kurz unterrichtet würde, da dieses Verfahren dem Versicherten nicht schaden, in vielen Fällen aber nützen würde. Außerdem würden die Ärzte einen Einblick gewinnen, wie die Auslese gehandhabt wird, und in Zukunft unnötige Anträge oft verhindern können.

In manchen Fällen erfolgt die Ablehnung eines Antrags wegen persönlicher Eigenschaften des Kranken. Es gibt Menschen, die für den Aufenthalt in einem Krankenhaus nicht geeignet sind, da sie Unfrieden stiften, Nörgler

sind, andere Leute hänseln usw. Derartige Personen sind den Anstalten oft von andern Vorgängen her bekannt und werden mit Recht zurückgewiesen

Bei der Versicherungsanstalt Thüringen erfolgte die Ablehnung der eingegangenen Anträge aus folgenden Gründen:

wegen	Aussichtslosigkeit in	291	Fällen,
„	persönl. Eigenschaften der Kranken in .	20	„
„	geringer od. unregelm. Beitragsleistung in	207	„
„	erfolgter Beitragserstattung in	24	„
„	sonstiger Gründe in	253	„
	zusammen	795	Fälle.

Wird das Heilverfahren seitens der Versicherungsanstalt genehmigt, so besteht die Leistung bei der unständigen Heilbehandlung in der Lieferung der Heil- oder Hilfsmittel, bei der ständigen Heilbehandlung in der Unterbringung in einem Krankenhaus oder in einer Anstalt für Genesende. (§ 1270.) Die Versicherungsanstalt trägt sämtliche Kosten des Heilverfahrens, dazu gehören die Kosten für die Kur, Arznei, ärztliche Behandlung, für den Aufenthalt, sowie Ersatz der Reisekosten. Angehörige des Erkrankten, deren Unterhalt er ganz oder überwiegend aus seinem Arbeitsverdienste bestritten hat, erhalten während des ständigen Heilverfahrens ein Hausgeld. Dieses Hausgeld richtet sich bei Kassenmitgliedern nach den Leistungen, die die betreffende Krankenkasse satzungsgemäß gewährt. (§ 1518.) Das Hausgeld ist also bei den Mitgliedern recht verschieden hoch. Bei Personen, die nicht der Krankenversicherung unterliegen, beträgt das Hausgeld ein Viertel des Ortslohns für erwachsene Tagearbeiter. In vielen Fällen wird das Hausgeld so klein sein, daß die Familie damit nicht auskommen kann. Alle Versicherungsanstalten, außer dem Saarbrücker Knappschaftsverein und der Knappschaftspensionskasse für das Königreich Sachsen, haben darum für derartige Fälle eine besondere Angehörigenunterstützung eingeführt. (§ 1400.) Bei der Versicherungsanstalt Thüringen wurde 1910 für das Hausgeld z. B. eine Summe von 69 385 M. verausgabt, für die besondere Angehörigenunterstützung eine solche von 35 344 M. Dieses Verhältnis der beiden Ziffern beweist, daß das gesetzliche Hausgeld in sehr vielen Fällen nicht ausreicht, und daß die Einführung der besondern Angehörigenunterstützung bei allen Versicherungsanstalten wünschenswert ist. Die Einführung ist an den übereinstimmenden Beschluß des Vorstandes und des Ausschusses und an genügend hohe Überschüsse des Sondervermögens gebunden. Auch ist die Genehmigung des Bundesrats erforderlich. (§ 1400.)

Ist der Versicherte verheiratet und lebt er mit seiner Familie zusammen, oder hat er einen eigenen Haushalt, oder ist er Mitglied des Haushalts seiner Familie, so bedarf es seiner Zustimmung bei der Einweisung in ein Krankenhaus. (§ 1270, Abs. 2.) Entzieht sich ein Erkrankter ohne gesetzlichen oder sonst triftigen Grund dem Heilverfahren, und wäre die Invalidität durch das Heilverfahren voraussichtlich verhütet worden, so kann die Rente auf Zeit teilweise oder ganz versagt werden, wenn der Erkrankte auf diese Folge hingewiesen worden ist. (§ 1272.) Das Entsprechende gilt für einen Rentenempfänger und für eine Nachuntersuchung oder Beobachtung in einem Krankenhause. (§ 1306.)

Die Dauer der Kur beträgt bei den meisten Versicherungsanstalten acht Wochen, wenn es sich um Lungenkranke handelt, vier Wochen bei Bleichsüchtigen und Rheumatikern. Wiederholungskuren erfordern gewöhnlich eine ebenso lange Zeit. Wiederholungskuren werden meist nur nach Ablauf

eines Jahres bewilligt, eine zweite Wiederholungskur meist erst nach Ablauf von fünf Jahren. Wenn es angezeigt erscheint, machen alle Versicherungsanstalten auch Ausnahmen von der Regel.

Für die Kosten, die der Versicherungsanstalt durch das Heilverfahren entstehen, sucht sie sich teilweise wenigstens Ersatz zu schaffen. Personen, die in guten Verhältnissen leben, müssen sich verpflichten, einen entsprechenden Zuschuß zu leisten. Dies kommt nur für Personen in Frage, die nicht gegen Krankheit versichert sind. Bei Mitgliedern einer Krankenkasse geht der Anspruch auf das Krankengeld an die Versicherungsanstalt über. (§ 1518.) Gewährt die Versicherungsanstalt wegen einer Krankheit, die Folge eines entschädigungspflichtigen Unfalls ist, ein Heilverfahren, das den Eintritt der Invalidität verhindert oder sie beseitigt, so ist der Träger der Unfallversicherung der Versicherungsanstalt für die Kosten des Heilverfahrens ersatzpflichtig, wenn auch er dadurch entlastet ist. (§ 1524.) Dasselbe gilt, wenn die Versicherungsanstalt wegen einer Krankheit, die Folge eines entschädigungspflichtigen Unfalls ist, ein Heilverfahren gewährt, das zwar nicht den Eintritt der Invalidität verhindert oder beseitigt, jedoch den Träger der Unfallversicherung entlastet. (§ 1525.) Handlungsgehilfen, Betriebsbeamte, Werkmeister, Techniker (§ 63 des Handelsgesetzbuches, § 133 Ziffer 6, Abs. 2 RGO.) und Dienstboten (§ 617 BGB.) haben für die ersten sechs Krankheitswochen Anspruch auf Gehalt oder Lohn. Auch dieser wird ganz oder teilweise als Zuschuß in Anspruch genommen. Durchschnittlich werden 21 % der Gesamtkosten des Heilverfahrens auf diese Weise den Versicherungsanstalten ersetzt.

Wenn wir uns nun dem Heilverfahren im einzelnen zuwenden, so sehen wir, daß bei dem ständigen Heilverfahren die Lungentuberkulose, bei dem unständigen der Zahnersatz die Hauptrolle spielen. In einer Tabelle sind die Krankheiten in der Reihenfolge, wie wir sie aus der Invaliditätsstatistik her kennen, aufgeführt und bei einigen Versicherungsanstalten die Ergebnisse des Heilverfahrens eingetragen. Da die Statistik überall verschieden gehandhabt wird — das Reichsversicherungsamt fordert eine Statistik ein, die nur Tuberkulöse und andere Kranke unterscheidet —, so ist es sehr schwer, genauere Vergleichszahlen zu bekommen. Die Tabelle beschränkt sich daher auf vier Versicherungsanstalten, bei denen aber der Heilerfolg auch verschieden angegeben ist. Einige Versicherungsanstalten geben den medizinischen Erfolg (Württemberg) an, die meisten Anstalten unterscheiden nach dem wirtschaftlichen Erfolg und trennen in Gruppe A, B und C. Voller Heilerfolg (A) liegt vor, wenn der Gesundheitszustand des Kranken bei der Entlassung aus der Fürsorge derartig gehoben ist, daß eine längere Erwerbsfähigkeit eines Durchschnittarbeiters seiner Art in sicherer Aussicht steht. Teilweiser Heilerfolg (B) liegt vor, wenn zwar ein voller Erfolg nicht erreicht ist, jedoch bei der Enlassung eine Erwerbsunfähigkeit im Sinne des Gesetzes nicht festgestellt wird. Kein Heilerfolg (C) ist in allen übrigen Fällen zu verzeichnen. In dieser Weise sind die Ergebnisse von der Versicherungsanstalt Baden rubriziert, während die Versicherungsanstalten Hessen und Rheinprovinz die Gruppen A und B zusammenziehen und nur zwischen Erwerbsfähigkeit und Invalidität unterscheiden. An sich ist eigentlich nur der medizinische Erfolg zu bewerten. Aber er ist schwer festzustellen und noch schwerer zu erzielen. Da es der Invalidenversicherung bei dem Heilverfahren nur darauf ankommt, die Erwerbsfähigkeit zu erhalten, so kann man ihr nicht verdenken, daß der Maßstab Erwerbsfähigkeit-Invalidität

Krankheitsursachen des Heilverfahrens bei einigen Versicherungsanstalten 1910.

Krankheitsziffer	Krankheiten	Hessen							Baden				Württemberg						Rheinprovinz				
		Zahl d. beteiligt. Versicherten			Erfolg				Zahl der beteiligten Versicherten	Erfolg			Zahl der beteiligten Versicherten		Erfolg				Zahl der Versicherten			Erfolg	
		zusammen	davon		erwerbsfähig		erwerbsunfähig						zusammen	in Prozent	A geheilt	B_1 wesentlich gebessert	B_2 teilweise gebessert	C kein	zusammen	davon		erwerbsfähig A—B	erwerbsunfähig geblieben C
			männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich		A voller	B teilweiser	C kein								männlich	weiblich		
1a	Entkräftung								30	13	10	5	319	7,72	98	157	52	12	157	59	98	137	20
1b	Blutarmut und Krankheiten des Blutes (auch Pseudoleukämie	29	5	24	5	23		1	151	60	78	11	332	8,04	148	147	26	11	575	111	464	544	31
1c	Altersschwäche								—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
2a	Gelenkrheumatismus	164	125	39	98	29	27	10	468	247	172	46	385	9,32	14	214	137	20	322	261	61	291	31
2b	Gicht (harnsaure Diathese)	5	3	2	3	1		1	42	20	21	1	32	0,77	1	20	9	2	21	18	3	20	1
3	Muskelrheumatismus	40	33	7	29	7	4		153	80	50	22	47	1,14	3	24	20	—	111	98	13	99	12
4	Tuberkulose der Lungen (Lungenschwindsucht)	1278	806	472	693	447	113	25	3171	1470	748	25	1759	42,59	41	1101	407	210	5 391	4092	1299	4591	800
5	Tuberkulose anderer Organe (auch Skrofulose)	7	7		3	3	1		171	53	73	17	104	2,52	16	42	24	22	8	5	3	7	1
6a	Krebs, und zwar unter Angabe des Sitzes	1		1				1	1	1	—	—	9	0,22	—	—	4	5	—	—	—	—	—
6b	Andere bösartige Geschwülste (Sarkom usw.)								4	1	2	—	3	0,07	—	1	1	1	2	—	2	1	1
6c	Gutartige Geschwülste ausschließlich Ziffer 22b								3	1	2	—	1	0,02	—	—	—	1	1	—	1	1	—
7a	Syphilis								5	1	—	2	5	0,12	1	2	2	—	3	2	1	1	2
7b	Tripper (Gonorrhöe)								1	—	—	1	10	0,24	1	6	1	2	—	—	—	—	—

7c	Infektions- und parasitäre Krankheiten (auch Wurmleiden, Strahlenpilzkrankheit) ausschließlich Ziffer 2a, 4, 5, 7a und 7b	1		1	1			5	3	1	—	10	0,24	2	4	3	1	2	2	—	2	—
7d	Alkoholvergiftung	5		5	4		1	10	5	—	4	18	0,44	7	9	—	2	203	202	1	147	56
7e	Bleivergiftung							2	1	1	—	8	0,19	4	3	1	—	4	4	—	3	1
7f	Sonstige Vergiftungen							—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
7g	Zuckerkrankheit							8	3	2	3	1	0,02	—	1	—	—	19	15	4	15	4
7h	Sonstige, nicht unter Ziffer 1—7 g entfallende Allgemeinleiden (auch Fettsucht, Knochenerweichung, Bronzekrankheit, Myxödem)	1		1		1		2	—	1	1	9	0,22	—	5	3	1	—	—	—	—	—
8	Geisteskrankheiten							1	—	—	1	14	0,34	—	2	4	8	—	—	—	—	—
9	Krankheiten des Gehirns und seiner Häute (auch Gehirnschlag) ausschließl. Ziffer 8	3	3		1		2	9	—	4	5	11	0,27	—	3	2	6	2	2	—	1	1
10a	Epilepsie	3	1	2	1	2		1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	1	1	—	1	—
10b	Sonstige funktionelle Neurose ausschl Ziffer 28b (auch Neurasthenie, Hysterie, Veitstanz, Schüttellähmung, Basedowsche Krankheit	111	64	47	59	43	5	4	115	45	47	18	320	7,75	100	151	54	15	448	249	199	406	42
11	Krankheiten des Rückenmarks	3		3			3		16	1	4	7	5	0,12	—	—	1	4	1	—	1	1	—
12	Krankheiten peripherer Nerven oder Nervenbezirke (auch Migräne und Ischias)	24	21	3	20	3	1		166	88	56	20	63	1,53	2	35	22	4	286	208	78	254	32
13	Krankheiten der Augen	1		1		1			18	3	6	2	35	0,85	5	10	12	8	26	15	11	23	3
14	Krankheiten der Ohren (auch Taubstummheit)								8	4	2	1	4	0,10	—	3	1	—	4	4	—	3	1
15a	Krankheiten der Nase und ihrer Nebenhöhlen								4	1	—	—	4	0,10	1	1	—	2	8	5	3	6	2
15b	Krankheiten des Kehlkopfs, der Luftröhre und der Luftröhrenäste (auch Bronchitis)	6	4	2	3	2	1		35	17	13	5	48	1,16	8	25	9	6	90	32	8	78	12
	Seitensumme	1682	1072	610	920	562	158	42	4600	2118	1293	198	5356	86,10	452	1966	795	343	7685	5435	2250	6632	1053

Krankheitsursachen des Heilverfahrens bei einigen Versicherungsanstalten 1910.

Krankheitsziffer	Krankheiten	Hessen							Baden				Württemberg						Rheinprovinz				
		Zahl d. beteiligt. Versicherten			Erfolg				Zahl der beteiligten Versicherten	Erfolg			Zahl der beteiligten Versicherten		Erfolg				Zahl der Versicherten			Erfolg	
		zusammen	davon		erwerbsfähig		erwerbsunfähig						zusammen	in Prozent					zusammen	davon		erwerbsfähig	erwerbsunfähig geblieben
			männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich		A voller	B teilweiser	C kein			A geheilt	B_1 wesentlich gebessert	B_2 teilweise gebessert	C kein		männlich	weiblich	A—B	C
	Übertrag	1682	1072	610	920	562	158	42	4600	2118	1293	198	3556	86,10	452	1966	795	343	7 685	5435	2250	6632	1053
16	Krankheiten des Brustfells	5	4	1	2	1	2		15	9	4	1	42	1,02	11	23	2	6	24	22	2	19	5
17	Krankheiten der Lunge (auch Lungenerweiterg., Emphysem, Asthma) ausschl. Lungentuberkulose, siehe Ziffer 4	11	7	4	6	4	1		25	6	110	6	82	1,99	19	36	21	6	359	254	105	292	67
18	Krankheiten des Herzens und der Hauptschlagader (Aorta)	92	63	29	45	23	18	6	102	32	57	12	97	2,35	5	39	40	13	144	105	39	124	20
19a	Krankheiten der Schlagadern (Arterien), ausschl. Ziffer 18	2	2		1		1		4	1	—	2	7	0,17	2	2	2	1	2	2	—	2	—
19b	Krankheiten der Blutadern (Venen), einschl. Krampfadern, Hämorrhoiden u. Krampfaderbruch								19	7	4	2	10	0,24	—	3	7	—	2	1	1	2	—
19c	Krankheiten der Lymphgefäße und Lymphdrüsen								20	7	12	1	2	0,05	—	1	1	—	1	—	1	1	—
20	Krankheiten des Magens	7	6	1	6	1			15	3	6	5	75	1,82	17	43	10	5	106	78	28	92	14
21a	Krankheiten des Darms (ausschl. Wurmleiden und Hämorrhoiden) und des Bauchfells	2	2		2				24	7	9	2	46	1,11	5	28	8	5	24	17	7	22	2
21b	Krankheiten der Leber, Gallenblase, Bauchspeicheldrüse und Milz . . .	1		1		1			22	8	11	2	15	0,36	1	8	5	1	18	7	11	15	3
22a	Krankheiten der Mundhöhle, des Rachens u. der Speiseröhre	548	317	231	317	231			2336	—	1	—	5	0,12	3	1	—	1	1615	1000	615	1615	—

22b	Kropf	1		1		1			3	2	—	—	7	0,17	3	1	1	2	—	—	—	—	—
23a	Unterleibsbrüche (auch Bauchbrüche) .								10	5	2	1	9	0,22	1	6	2	—	15	10	5	12	3
23b	Senkung der Baucheingeweide (auch Wanderniere) ausschl. der Senkung der weibl. Geschlechtsorgane (Ziffer 25)								2	—	1	1	1	0,02	—	—	1	—	3	—	3	2	1
24	Krankheiten der Nieren, ausschließlich Ziffer 23b	5	5		5				22	7	8	6	11	0,27	—	5	3	3	22	12	10	16	6
25	Krankheiten der Harnwege (einschließlich des Nierenbeckens) und der Geschlechtsorgane (auch Steinkrankheit, Wasserbruch, sowie Krankheiten der weibl. Brüste) ausschl. Z. 7a u. 7b .	21	1	20	1	19		1	58	24	17	14	29	0,70	3	12	8	6	42	15	27	33	9
26a	Krankheiten der Haut u. des Unterhautzellgewebes, chronische Hautleiden ausschl. Ziff. 5, 7a u. 26b . .	3	2	1	2	1			15	10	3	2	5	0,12	1	1	2	1	19	11	8	13	6
26b	Unterschenkelgeschwüre								2	1	—	—	2	0,05	1	—	—	1	8	5	3	3	5
27	Krankheiten der Knochen und der Knochenhaut, der Gelenke ausschließl. Ziffer 2a u. b, der Muskeln ausschl. Ziffer 3, der Sehnen u. der Schleimbeutel (auch Wirbelsäulenverkrümmung u. dgl.)	19	12	7	10	7	2		106	18	21	12	109	2,64	2	48	47	12	18	13	5	17	1
28a	Folgen mechanischer Verletzungen u. anderer äußerer Einwirkungen (Verlust einzelner Körperteile, Knochenbrüche, Verrenkungen, Verstauchungen, Zerreißungen, Quetschungen, Wunden, Verbrennung, Erfrieren, Blitzschlag elektrische Einwirkungen u. dgl.) ausschl. Ziff. 28b	2	1	1	1	1			21	4	5	1	19	0,46	1	4	12	2	18	10	8	14	4
28b	Traumatische Neurosen								—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	2	2	3	1
29	Anderweitige Krankheiten und unbestimmte Diagnosen								—	—	—	—	1	0,02	—	—	—	1	1	1	—	1	—
	Gesamtsumme	2401	1500	901	1318	852	182	49	7428	2269	1464	268	4130	100,0	527	2227	967	409	10 130	7000	3130	8930	1200

für sie der gegebene ist. Für statistische Zwecke ist dieser Maßstab aber nur mit größter Vorsicht anzuwenden. Denn der größte Teil der Patienten ist noch nicht invalide, wenn er in die Heilbehandlung tritt; wenn dieser Teil ebenfalls als nicht invalide aus der Heilbehandlung austritt, so ist damit irgend ein Erfolg, auch ein wirtschaftlicher, noch nicht dokumentiert. Bei denjenigen Personen, die invalide waren und erwerbsfähig geworden sind, ist damit nicht gesagt, wie lange die Erwerbsfähigkeit anhalten wird. Zum mindesten muß man wissen, wie häufig ein voller Erfolg (A) erzielt worden ist, um die Resultate bewerten zu können. Sodann ist es aber nötig, die Dauererfolge auch in der Weise nachprüfen zu lassen, daß von Jahr zu Jahr festgestellt wird, wie viele der behandelten Personen noch erwerbsfähig sind. Darauf wird, soweit Material vorliegt, bei den einzelnen Krankheitsgruppen näher eingegangen werden. In unserer Tabelle ist nun ferner das Verhältnis der behandelten Personen bei den einzelnen Krankheiten ersichtlich. Wie ich schon erwähnte, steht die Lungenschwindsucht obenan, dann folgen die Krankheiten der Mundhöhle usw., die den Zahnersatz mit enthalten. Einer relativen Häufigkeit erfreuen sich der chronische Gelenkrheumatismus, Blutarmut, Entkräftung und die Nervenkrankheiten. Die übrigen Krankheiten werden bei den einzelnen Versicherungsanstalten nicht gleichmäßig behandelt, einzelne wenden auch der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, des Lupus und des Alkoholismus ihre Aufmerksamkeit zu.

Am glänzendsten ist die Bekämpfung der Lungentuberkulose organisiert. Den Versicherungsanstalten stehen 136 Heilstätten und Luftkurorte, 19 Genesungsheime und Rekonvaleszentenanstalten und 23 Bäder zur Verfügung. Im eigenen Besitz der Versicherungsanstalten befinden sich (1911) 40 Lungenheilstätten und 40 Sanatorien, Genesungsheime usw., von denen die letztgenannten zum Teil auch der Tuberkulosebekämpfung dienen.

Die Prinzipien, die bei der Auswahl der Schwindsüchtigen maßgebend sind, sind zunächst die vorher genannten allgemeinen.

Die Auslese nach medizinischen Gesichtspunkten erfolgt in vier verschiedenen Etappen. Die erste Auslese nimmt der behandelnde Arzt vor, der diejenigen Kranken zurückhält, bei denen keine Aussicht auf Besserung und Erfolg durch die Heilstättenkur vorhanden ist. Leider versagt diese Etappe häufig, da in weiten Ärztekreisen die Forderungen nicht bekannt sind, die bei der Heilstättenkur gestellt werden müssen. Die zweite Etappe wird von der Versicherungsanstalt dargestellt, der dabei häufig ein ärztlicher Berater zur Seite steht. Diese Prüfung erfolgt nur auf Grund des Aktenmaterials, insbesondere des ärztlichen Gutachtens. Hieraus ergibt sich die Wichtigkeit des ärztlichen Gutachtens. Ist es ungenau oder ist der Befund nicht richtig zur Darstellung gebracht, so müssen falsche Schlüsse gezogen werden. Dann kann es vorkommen, daß ein schwerkranker Mensch sterbend in die Heilstätte eingeliefert wird, oder daß im entgegengesetzten Fall ein Kranker in die Heilstätte kommt, der gar keine Tuberkulose hat und nach kurzer Zeit deshalb entlassen werden muß. Die Versicherungsanstalt verfügt nun entweder direkt die Einweisung des Kranken in die Heilstätte, oder sie läßt den Kranken in dritter Etappe durch einen Obergutachter untersuchen oder weist ihn in besondere Beobachtungs- und Durchgangsstationen ein. In der Rheinprovinz liefen z. B. 1910 9296 Anträge auf Unterbringung in einer Heilstätte ein. Von diesen wurden 991 auf Grund des Gutachtens des behandelnden Arztes zurückgewiesen. 232 Fälle gingen in Beobachtungsstationen, in denen 26 % als ungeeignet ausgelesen wurden. In den Durch-

gangsstationen kamen dann noch 501 Fälle zur Aussonderung. Im ganzen wurden 52 % der Antragsteller wirklich in die Heilstätten eingewiesen. In Baden liefen in demselben Jahre 3587 Anträge auf Heilstättenbehandlung ein. In 958 Fällen fand eine Vorbeobachtung statt. Dabei wurden 537 als geeignet befunden, bei 178 lag keine aktive Tuberkulose vor, bei 216 war die Tuberkulose zu weit vorgeschritten, 27 waren aus andern Gründen ungeeignet. In Baden wurden in den Jahren 1903—1910 von je 100 Beobachteten zwischen 43,9 und 51,6 für ein Heilverfahren ungeeignet befunden. In vierter Etappe findet noch eine Ausscheidung der ungeeigneten Personen in der Heilstätte selbst statt. Nach Grau werden dort 5—10 % der eingewiesenen Kranken zurückgeschickt, weil entweder keine Tuberkulose vorliegt oder die Krankheit zu weit vorgeschritten ist.

Je jünger eine Person ist, um so ungünstiger ist im allgemeinen der Verlauf. Eine Tuberkulose um das 40. Lebensjahr ist günstiger zu beurteilen als eine solche um das 18. Lebensjahr. Nach dem 45. Lebensjahr nimmt dagegen wieder die Widerstandskraft des Organismus ab, und die Aussichten werden ungünstiger. Für die Beurteilung ist der ganze Verlauf heranzuziehen. Manche Fälle verlaufen recht schnell und zeigen dauernd fortschreitende Prozesse, während bei andern der Verlauf so chronisch ist, daß der Befund sich nur langsam ändert. Die letztgenannten Formen bleiben unter dem Einfluß der Heilstättenkur länger erwerbsfähig als die erstgenannten. Auch der Ernährungszustand ist wohl zu beachten. Die 8—13 Wochen, die eine Heilstättenkur im allgemeinen dauert, sind nicht imstande auf den tuberkulösen Prozeß einen spezifischen Einfluß auszuüben. Die Kur wirkt durch die Ruhe, die gleichmäßige Umgebung, durch die klimatische Veränderung, die Entlastung der Lunge bei der Liegekur. Vor allem wird aber der Allgemeinzustand gehoben, die Ernährung und der ganze Kräftezustand werden günstig beeinflußt, damit wächst auch die Widerstandskraft des Organismus. Diese Hebung des Allgemeinzustandes macht sich äußerlich in der Gewichtszunahme bemerkbar. Je größere Gewichtszunahmen bei einem Kranken erwartet werden dürfen, um so größer ist auch die Aussicht auf einen Erfolg. Tuberkulöse in gutem Ernährungszustand und womöglich mit reichem Fettpolster können durch die Heilstättenkur gewöhnlich nicht gebessert werden. Von der Anschauung ausgehend, daß die Hebung des Allgemeinzustandes schon nach verhältnismäßig kurzer Zeit erreicht ist, hat die Versicherungsanstalt Westfalen allmählich die Kurdauer von einem Vierteljahr auf 6 Wochen verringert, ohne daß der wirtschaftliche Erfolg dadurch gelitten hätte. Gewisse Berufe zeichnen sich dadurch aus, daß sie eine besondere Disposition zur Lungentuberkulose schaffen. Manche Versicherungsanstalten schließen darum Schleifer, Steinhauer, Müller, Kellner, Zigarrenarbeiter, Glasmacher, Glasmaler, Bleilöter usw. aus oder verlangen einen Berufswechsel. Ein Berufswechsel ist aber meist nicht möglich, da der gelernte Arbeiter damit zu einem ungelernten wird und eine erhebliche Schmälerung seines Einkommens erfährt. Infolgedessen ist der Ratschlag, Tuberkulöse möchten zu einem gesunderen Berufe übergehen, rein theoretisch.

Seitens der Heilstätten werden unter den Männern Verheiratete bevorzugt, weil die Sorge um die Familie sie dazu veranlaßt, den Heilplan genau innezuhalten und sich der Anstaltsdisziplin zu fügen, während mit Unverheirateten oft schlechte Erfahrungen gemacht werden.

Wohl alle Versicherungsanstalten schließen fiebernde Kranke von der Aufnahme aus. Manche schließen Kranke mit Höhlen in der Lunge (Kavernen)

grundsätzlich vom Heilverfahren aus. Der Krankheitsprozeß wird jetzt überall nach dem Turban-Gerhardtschen Schema in drei Stadien geteilt. Die Lungenhälften werden als rechte (R) und linke (L) unterschieden. Unter Stadium I versteht man eine leichte, auf kleine Bezirke eines Lappens beschränkte Erkrankung, die z. B. an den Lungenspitzen bei Doppelseitigkeit des Falles nicht über die Schulterblattgräte und das Schlüsselbein, bei Einseitigkeit vorn nicht über die zweite Rippe hinunterreichen darf. Stadium II nennt man eine leichte, weiter als I, aber höchstens auf das Volumen eines Lappens, oder eine schwere, höchstens auf das Volumen eines halben Lappens ausgedehnte Erkrankung. Stadium III umfaßt alle über II hinausgehenden Erkrankungen und alle mit erheblicher Höhlenbildung. Unter leichter Erkrankung sind zu verstehen disseminierte Herde, die sich durch leichte Dämpfung, unreines, rauhes, abgeschwächtes vesikuläres, vesikulo-bronchiales bis broncho-vesikuläres Atmen und feinblasiges bis mittelblasiges Rasseln kundgeben. Unter schwerer Erkrankung sind Infiltrate zu verstehen, welche an starker Dämpfung, stark abgeschwächtem (unbestimmtem), broncho-vesikulärem bis bronchialem Atmen mit und ohne Rasseln zu erkennen sind. Erhebliche Höhlenbildungen, die sich durch tympanitischen Schall, amphorisches Atmen, ausgebreitetes gröberes, klingendes Rasseln usw. kennzeichnen, entfallen unter Stadium III. Pleuritische Dämpfungen sollen, wenn sie nur einige Zentimeter hoch sind, außer Betracht bleiben; sind sie erheblich, so soll die Pleuritis unter den tuberkulösen Komplikationen besonders genannt werden. Das Stadium der Erkrankung ist für jede Seite gesondert anzugeben. Die Klassifizierung des Gesamtfalles erfolgt entsprechend dem Stadium der stärker befallenen Seite, z. B. RII, LI = Gesamtstadium II. Die eben erwähnte Einteilung wird nach ihren Urhebern benannt und ist von der Internationalen Tuberkulosekonferenz 1907 vereinbart worden. Sie wird jetzt für die offizielle Statistik des Reichsversicherungsamts gebraucht. Diese fügt nur noch das Stadium 0 hinzu, mit dem der Zustand eines Menschen bezeichnet wird, bei dem die Merkmale der Stadien I bis III nicht mehr nachweisbar sind.

Es ist wohl selbstverständlich, daß das Stadium I günstigere Aussichten für den Heilerfolg bietet als Stadium II, und dieses günstigere als Stadium III. Immerhin ist das Stadium für den Erfolg allein nicht maßgebend. Je weiter vorgeschritten die Krankheit aber ist, um so vorsichtiger wird man bei der Auswahl vorgehen. Aus folgender Tabelle, die der Statistik der Heilbehandlung entnommen ist, sind die Veränderungen ersichtlich, die in den Stadien eingetreten sind. Im Jahre 1911 befanden sich beim Beginne der Heilbehandlung im Stadium I 13 420 Männer und 9287 Frauen, im Stadium II 11 135 Männer und 3980 Frauen und im Stadium III 3324 Männer und 1215 Frauen. Nach der ärztlichen Feststellung beim Abschluß der Behandlung kamen im ganzen in das Stadium 0 1899 Männer und 1346 Frauen, in das Stadium I 15 829 Männer und 9385 Frauen, in das Stadium II 7540 Männer und 2753 Frauen und in das Stadium III 2611 Männer und 998 Frauen. Um diese Veränderungen besser zu veranschaulichen, sind die entsprechenden Verhältniszahlen in dem Schaubild (Fig. 49) übersichtlich dargestellt. Man ersieht, daß die Stadien II und III nach dem Abschluß der Behandlung bedeutend weniger Personen aufweisen als beim Beginne der Behandlung. Es hat also eine Verschiebung in die Stadien 0 und I und wahrscheinlich auch in das Stadium II stattgefunden. Denn es ist anzunehmen, daß ein großer Teil der Fälle des Stadiums III in das Stadium II gelangt ist, während die Behandelten

des Stadiums II vorwiegend in das Stadium I und teilweise in das Stadium 0 gekommen sind. Aus dieser Tabelle und der Abbildung geht also nicht nur der Erfolg der Heilbehandlung überhaupt hervor, sondern es ist auch ersichtlich, daß vorgeschrittene Stadien nicht eine unbedingte Kontraindikation gegen eine Heilstättenkur sind.

Wenn eine Blutung aus der Lunge erfolgt ist, soll die Heilstättenkur frühestens 6 Wochen danach begonnen werden. Frische Pleuritiden sollen nicht in die Heilstätte. (Grau.)

Besonders wichtig für den Erfolg ist die Abwesenheit von gewissen Komplikationen. Ausgeschlossen ist die Übernahme eines Heilverfahrens,

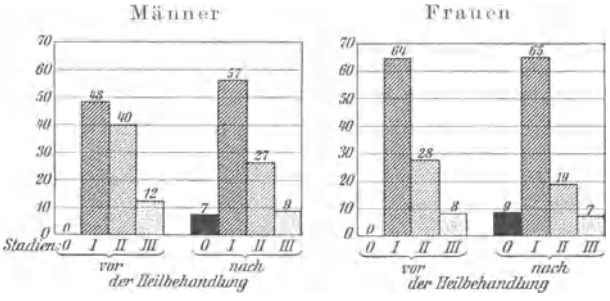


Fig. 49. Erfolg der Heilbehandlung bei Lungentuberkulose 1911. Nach Stadien

Die prozentuale Beteiligung der Behandelten nach Stadien ist durch verschiedene Höhe der Säulen kenntlich gemacht. Der Erfolg zeigt sich darin, daß nach der Behandlung die Höhe der ersten beiden Säulen (0 und I) zunimmt, die der letzten beiden (II und III) geringer wird.

wenn das Lungenleiden sich schon in einem sehr vorgerückten Stadium befindet oder mit anderweiter schwerer Tuberkulose, schwerer Syphilis, organischen Nervenkrankheiten, organischen Konstitutionskrankheiten, wie

Behandelte Personen	Im Stadium	Anzahl	Auf Hundert der Behandelten (Spalte 1)	Von diesen kamen beim Abschluß der Behandlung in das Stadium							
				0		I		II		III	
				absolut	auf Hundert der Behandelten (Spalte 1)	absolut	auf Hundert der Behandelten (Spalte 1)	absolut	auf Hundert der Behandelten (Spalte 1)	absolut	auf Hundert der Behandelten (Spalte 1)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Männer	I	13 420	48	1 586	6	11 683	42	141	0	10	0
	II	11 135	40	309	1	4 012	14	6 650	24	164	0
	III	3 324	12	4	0	134	1	749	3	2 437	9
im ganzen		27 879	100	1 899	7	15 829	57	7 540	27	2 611	9
Frauen	I	9 287	64	1 239	9	7 943	55	93	1	12	0
	II	3 980	28	105	0	1 395	10	2 406	16	74	1
	III	1 215	8	2	0	47	0	254	2	912	6
im ganzen		14 482	100	1 346	9	9 385	65	2 753	19	998	7
Männer und Frauen zusammen	I	22 707	53	2 825	7	19 626	46	234	1	22	0
	II	15 115	36	414	1	5 407	13	9 056	21	238	0
	III	4 539	11	6	0	181	1	1 003	2	3 349	8
im ganzen		42 361	100	3 245	8	25 214	60	10 293	24	3 609	8

Zuckerkrankheit, Nierenleiden usw., oder mit erheblicher Arterienverkalkung vergesellschaftet ist. Wenn die Erwerbsfähigkeit durch andere Krankheiten oder Gebrechen beeinträchtigt wird, ist ein Heilverfahren bei Lungentuberkulose immer besonders zu prüfen. Wenn die Pulskurve dauernd viel höher verläuft als die Temperaturkurve, so liegt meistens eine toxische Wirkung auf die Kreislauforgane vor, die eine ungünstige Prognose gibt. Eine dauernde Schlagfolge über 120 schließt, wenn sie nicht durch Aufregung oder körperliche Anstrengung bedingt ist, die Heilstättenkur aus. Manche Versicherungsanstalten nehmen Fälle, die mit Kehlkopftuberkulose kompliziert sind, entweder gar nicht oder höchst ungern auf. Jedoch ist prinzipielle Ablehnung nicht am Platze, da das Kehlkopfleiden wesentlich durch das Lungenleiden und die durch den Auswurf bedingte Infektion unterhalten wird, außerdem der lokalen Behandlung leicht zugänglich ist. Bezüglich der Schwangerschaft ist zu sagen, daß sie an sich die Heilstättenkur nicht verbietet, jedoch werden viele Fälle durch die Schwangerschaft ungünstig beeinflußt, außerdem ist der Eintritt einer Geburt in einer Lungenheilstätte kein erwünschtes Ereignis, so daß viele Heilstätten schwangere Frauen überhaupt nicht oder wenigstens nur in den ersten Monaten der Schwangerschaft aufnehmen.

Ich habe schon erwähnt, daß sich die Einberufung der Antragsteller oft erheblich verzögert. Dadurch wird nicht nur der Patient geschädigt, sondern auch der Heilerfolg in Frage gestellt; infolgedessen wäre es erwünscht, wenn die Versicherungsanstalten mehr dazu übergingen, bei Verzögerung der Aufnahme die Kranken vorläufig in Walderholungsstätten einzuweisen. Nur 18 Versicherungsträger machen bisher von den Walderholungsstätten Gebrauch, am meisten die Versicherungsanstalten Rheinprovinz, die eine eigene Walderholungsstätte errichtet hat, Sachsen-Anhalt, Mittelfranken. Immerhin ist die Zahl der in den Walderholungsstätten verpflegten Personen von 1859 auf 3333 (1907—11) gestiegen, von denen die meisten wohl wegen Lungentuberkulose verpflegt wurden. Die Versicherungsanstalt Berlin hat eine besondere Tuberkulinstation mit Tagebetrieb.

Über die Behandlung der Patienten in den Heilstätten ist hier weiter nichts zu sagen, da dies über den Rahmen des Buches hinausgehen würde. In einigen Heilstätten werden Tuberkulinkuren gemacht, in andern nicht, ein Unterschied in den Resultaten ist nicht deutlich erkennbar. Ebenso ist man in manchen Heilstätten dazu übergegangen, Arbeitsbehandlung einzuführen. Dabei ist die Frage, wieweit ein Zwang zur Arbeit ausgeübt werden darf und wieweit die Arbeit bezahlt werden soll, heiß umstritten. Einige Versicherungsanstalten haben schlechte Erfahrungen gemacht, andere haben ohne Schwierigkeiten das Arbeitsprinzip teils mit, teils ohne Honorierung durchgeführt. An sich ist wohl nichts dagegen zu sagen, wenn Kranke mäßig beschäftigt werden, besonders wenn die Kur sich auf Monate erstreckt. Die von der Arbeit entwöhnten Patienten können sich sonst nach der Entlassung ihrer Berufstätigkeit nur schlecht anpassen und werden anfangs leicht von der ungewohnten Anstrengung mitgenommen, so daß wohl gar der Zustand sich verschlechtern kann. Andererseits darf der Charakter der Ruhe- und Liegekur nicht unter dem Arbeitsprinzip leiden, zumal Kranke leicht dazu neigen, den Wert der Anstaltsbehandlung zu unterschätzen, wenn sie dabei arbeiten sollen. Die psychische Heilwirkung der Heilstätten ist aber auch nicht zu vernachlässigen und unvermindert zu erhalten. Es wird stets darauf ankommen, ob der Arzt es versteht, den Kranken die Überzeugung bei-

zubringen, daß in ihrem Falle die dosierte Arbeit ein Heilfaktor ist. Eine solche Auffassung schließt aber die Annahme einer Vergütung aus, die auch leicht den Charakter einer Bevorzugung annehmen kann.

Die Wiederholungskuren, die erforderlich wurden, sind in den beiden folgenden Tabellen dargestellt, so wie sie in der amtlichen Statistik wieder-

A. Männer.

Behandlungsjahr	Zahl der Heilbehandlungswiederholungen bis einschließlich					
	zum 1. Jahre nach dem Behandlungsjahr		zum 3. Jahre nach dem Behandlungsjahr		zum 5. Jahre nach dem Behandlungsjahr	
	Zahl der mit Erfolg behandelten Männer	davon sind wiederholt behandelt	Zahl der mit Erfolg behandelten Männer	davon sind wiederholt behandelt	Zahl der mit Erfolg behandelten Männer	davon sind wiederholt behandelt
1906	18 001	1 098	18 001	2 150	18 001	695
1908	21 468	1 323	21 468	1 884	—	—
1910	24 667	1 275	—	—	—	—
Im ganzen . . .	64 136	3 701	39 469	4 034	18 001	695
Auf 1000 mit Erfolg behandelte Männer sind wiederholt behandelt		58		102		39

B. Frauen.

Behandlungsjahr	Zahl der Heilbehandlungswiederholungen bis einschließlich					
	zum 1. Jahre nach dem Behandlungsjahr		zum 3. Jahre nach dem Behandlungsjahr		zum 5. Jahre nach dem Behandlungsjahr	
	Zahl der mit Erfolg behandelten Frauen	davon sind wiederholt behandelt	Zahl der mit Erfolg behandelten Frauen	davon sind wiederholt behandelt	Zahl der mit Erfolg behandelten Frauen	davon sind wiederholt behandelt
1906	7 748	379	7 748	650	7 748	269
1908	10 511	542	10 511	719	—	—
1910	12 668	531	—	—	—	—
Im ganzen . . .	30 927	1 452	18 259	1 369	7 748	269
Auf 1000 mit Erfolg behandelte Frauen sind wiederholt behandelt		47		75		35

gegeben sind. Im Text heißt es dort: Die Wiederholung der Heilbehandlung erweist sich also bei den Männern häufiger notwendig als bei den Frauen. Während nämlich auf 1000 Männer im ganzen 199 wieder behandelt wurden, kamen auf 1000 Frauen nur 157 Wiederholungen. Da in der Statistik jede Heilbehandlungswiederholung als Mißerfolg der vorhergehenden Behandlung gezählt wird, so erklärt sich aus der Zahl der Wiederholungen in den ersten Jahren nach dem Behandlungsjahre der erhebliche Rückgang der Heilerfolge während dieser Zeit und zugleich auch die bessere Dauererfolgsziffer bei den Frauen.

Über die erzielten Dauererfolge äußert sich die Statistik der Heilbehandlung, der auch die unten abgedruckte Tabelle entnommen ist, folgendermaßen:

Betrachtet man die Dauererfolge, berechnet auf hundert der überhaupt ständig behandelten Personen, so fällt zunächst auf, daß die Frauen durchweg

Darstellung der Anfangs- und Dauererfolge bei den wegen Lungentuberkulose ständig behandelten Personen aus den Jahren 1905—1911.

Geschlecht	Behandlungsjahr	Überhaupt behandelte Personen	Beim Abschluß des Heilverfahrens wurde Heilerfolg erzielt (Anfangserfolg), so daß Erwerbsunfähigkeit in absehbarer Zeit nicht zu besorgen war		Erwerbsunfähigkeit wurde verhindert bis zum Schlusse des								
					1. Jahres			3. Jahres			5. Jahres		
					nach dem Behandlungsjahre								
			bei Personen	a. H. der Behandelten (Sp. 3)	also bis Ende	auf Hundert der überhaupt behandelten Personen Sp. 3.	auf Hundert der mit Erfolg behandelten Personen Sp. 4.	also bis Ende	auf Hundert der überhaupt behandelten Personen Sp. 3.	auf Hundert der mit Erfolg behandelten Personen Sp. 4.	also bis Ende	auf Hundert der überhaupt behandelten Personen Sp. 3.	auf Hundert der mit Erfolg behandelten Personen Sp. 4.
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Männer	1905	18 610	15 125	81	1906	63	79	1908	48	60	1910	41	51
	1906	21 959	18 001	82	1907	65	80	1909	49	61	1911	44	55
	1907	21 717	17 639	81	1908	64	80	1910	49	61	—	—	—
	1908	26 437	21 468	81	1909	66	82	1911	55	68	—	—	—
	1909	28 746	23 934	83	1910	68	83	—	—	—	—	—	—
	1910	27 468	24 667	90	1911	75	84	—	—	—	—	—	—
	1911	27 900	25 260	91	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Frauen	1905	7 535	6 242	83	1906	67	82	1908	55	67	1910	49	60
	1906	9 063	7 748	85	1907	70	83	1909	57	68	1911	53	62
	1907	9 814	8 216	84	1908	69	83	1910	57	69	—	—	
	1908	12 288	10 511	86	1909	71	85	1911	61	73	—	—	—
	1909	12 955	10 794	83	1910	71	86	—	—	—	—	—	—
	1910	13 952	12 668	91	1911	78	87	—	—	—	—	—	—
	1911	14 500	13 255	91	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Männer und Frauen zusammen	1905	26 145	21 397	82	1906	64	80	1908	50	62	1910	43	54
	1906	31 022	25 749	83	1907	66	81	1909	52	63	1911	47	57
	1907	31 531	25 855	82	1908	66	81	1910	51	64	—	—	—
	1908	38 725	31 979	83	1909	68	83	1911	57	69	—	—	—
	1909	41 701	34 728	83	1910	69	84	—	—	—	—	—	—
	1910	41 420	37 335	90	1911	75	85	—	—	—	—	—	—
	1911	42 400	38 515	91	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Um aus den hier gegebenen absoluten Zahlen die Verhältniszahlen zu ermitteln, sind von der Anzahl der in ständige Heilbehandlung genommenen Personen zuerst die nicht kontrollierten Fälle der einzelnen Berichtsjahre sowie die im Jahre 1910 und 1911 von anderen Stellen wiederholt in Heilbehandlung genommenen Personen in Abzug zu bringen.

bessere Dauererfolge, und zwar 3—9 %, aufzuweisen haben als die Männer. Andererseits haben sich sowohl bei den Männern als bei den Frauen die Dauererfolge von Jahr zu Jahr, wenn auch nicht ohne kleine Rückschläge gehoben. Vergleicht man die verbliebenen Erfolge am Schlusse der ersten Jahre nach dem Behandlungsjahre, so ergibt sich für die 1905 Behandelten am Schlusse des Jahres 1906 ein Dauererfolg von 63 % bei Männern und von 67 % bei Frauen, für die 1906 Behandelten am Schlusse des Jahres 1907 ein Dauererfolg von 65 % bei Männern und 70 % bei Frauen, für die 1907 Behandelten am Schlusse des Jahres 1908 ein Dauererfolg von 64 % bei Männern und 69 % bei Frauen, Ende 1909 für die 1908 Behandelten 66 bzw. 71 %, Ende 1910 für die 1909 Behandelten 68 bzw. 71 % und Ende 1911 für die 1910 Behandelten ein Dauererfolg von 75 % bei Männern und 78 % bei Frauen. Nach Ablauf des dritten Jahres nach dem Behandlungsjahre werden bei den 1905 Behandelten am Schlusse des Jahres 1908 noch 48 % der Männer und 55 % der Frauen als erwerbsfähig gezählt; nach weiteren 2 Jahren, also Ende 1910, bleiben von diesen noch 41 % der Männer und 49 % der Frauen als erwerbsfähig übrig, während bei den 1906 behandelten Personen am Schlusse des 5. Jahres nach dem Behandlungsjahr, also Ende 1911, noch ein Dauererfolg von 44 % bei Männern und 53 % bei Frauen festgestellt wurde. Ein günstigeres Ergebnis zeigt sich, wenn man nur die mit Erfolg behandelten Personen (Spalten 8, 11 und 14) in Betracht zieht. Von den 1905 mit Erfolg behandelten Männern sind noch am Schlusse des fünften Jahres nach dem Behandlungsjahr, also Ende 1910, 51 %, von den Frauen 60 % erwerbsfähig, während die 1906 Behandelten am Schlusse des fünften Jahres nach dem Behandlungsjahr, also Ende 1911, noch einen Dauererfolg von 55 % bei Männern und 62 % bei Frauen aufweisen. Die durchweg besseren Ergebnisse in bezug auf die Dauererfolge der letzten Jahre sind nicht allein auf die sorgfältigere Auswahl der Kranken, sondern auch auf die Ausgestaltung des Heilverfahrens, das an Hand der gemachten Erfahrungen von Jahr zu Jahr vollkommener geworden ist, zurückzuführen.

Ich gehe nun auf die andern Krankheiten über, die nächst der Lungentuberkulose am häufigsten zu einer ständigen Heilbehandlung führen. Zunächst ist der chronische Gelenkrheumatismus zu erwähnen. Die Auswahl der Fälle macht hier keine besonderen Schwierigkeiten, die Leiden dürfen nur einerseits nicht veraltet, andererseits muß einige Zeit seit dem letzten akuten Anfall vergangen sein. Die Krankheit ist besonders geeignet für Badekuren, die ja meist von Krankenkassen nicht getragen werden. In solchen Fällen ist die Hilfe der Invalidenversicherung sehr erwünscht, sie macht sich auch durch die guten Heilerfolge bezahlt. Bei der Neigung des Gelenkrheumatismus zu Rezidiven liegt die Vermutung nahe, daß es mit den Dauererfolgen schlecht bestellt sein wird. Aus der Sonderstatistik der Versicherungsanstalt für Schwaben und Neuburg, die S. 514 wiedergegeben ist, geht jedoch hervor, daß die Dauererfolge nicht schlecht sind. Die Versicherungsanstalt der Hansestädte hat 1894—1906 793 Männer und 298 Frauen in Heilbehandlung genommen. Nach 5 Jahren war der Dauererfolg:

auf 100 überhaupt Behandelte kamen 47 Männer, 41 Frauen
„ 100 mit Erfolg „ „ 62 „ 62 „

Die Versicherungsanstalt Rheinprovinz gestaltet die Heilbehandlung des chronischen Gelenkrheumatismus besonders aus, indem sie ein besonderes Badehaus in Aachen für Rheumatiker errichtet hat.

Etwas näher möchte ich noch auf die funktionellen Nervenkrankheiten eingehen, die außerordentlich häufig in Heilbehandlung kommen, im Sanatorium Beelitz (Berlin) z. B. die meisten Fälle stellen. Da die Nervenkrankheiten als Invalidisierungsursache häufig sind, ergibt sich hieraus die Wichtigkeit des Heilverfahrens. Ich habe schon erwähnt, daß aus verschiedenen Gründen Geisteskranke zur Einleitung eines Heilverfahrens nicht geeignet sind. Ebenso verhält es sich mit den organischen Krankheiten des Gehirns und des Rückenmarks, die auch keine günstigen Resultate geben (cf. Hallervorden). Vielleicht wäre die Tabes, wenn es sich um eine stationäre Form handelt, öfter zur Übungstherapie zu empfehlen, die Erstaunliches zu leisten vermag. Allerdings müssen die Patienten sich große Mühe geben, um wieder gesund zu werden. Dann aber ist der Erfolg oft glänzend, derart, daß Leute, die gar nicht gehen können, wieder zu einer vorzüglichen Gehfähigkeit ge-

Heilerfolge bei Gelenkrheumatismus und Gicht

nach den Ergebnissen der Versicherungsanstalt für Schwaben und Neuburg.

	1906		1907		1908	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Mit Erfolg behandelt	20	7	26	13	27	10
Davon bis 1911 erwerbsunfähig oder gestorben . . .	4	3	10	6	2	1
Wiederholt behandelt . . .	6	2	6	1	1	—
Unkontrollierbar	—	1	1	—	—	—
Anzahl	10	6	17	7	3	1
Mithin noch Heilerfolg bis Ende 1911	10	1	9	6	24	9

langen. Gänzlich ungeeignet für ein Heilverfahren ist die Epilepsie. Dieses Leiden ist als unheilbar anzusehen und kommt für jedwede Art von Heilbehandlung nicht in Betracht. Ganz anders liegen die Dinge bei der Neurasthenie und der Hysterie. Gerade die organischen Krankheiten und die Geisteskrankheiten pflegen nun anfänglich häufig unter dem Bilde der Neurasthenie oder der Hysterie aufzutreten. Nur eine genaue Untersuchung kann daher solche Fälle ausschalten. Unter Umständen ist auch hier eine Beobachtung in einem Krankenhause angezeigt. Während die organischen Krankheiten des Nervensystems absolut keine Besserung zeigen, konnte Hallervorden an dem Material des Hauses Schönow feststellen, daß bei den genannten beiden funktionellen Neurosen, die nicht weiter unterschieden sind, nach 4—7 Jahren sich der Dauererfolg bei Männern auf 55 %, bei Frauen auf 30 % bewertete. Der Erfolg bei den Männern ist also erheblich besser als bei den Frauen. Die Versicherungsanstalt der Hansestädte erzielte auf 100 mit Erfolg Behandelte einen Dauererfolg (5 Jahre) von 68 % bei Männern, 72 % bei Frauen. Hier ist also der Erfolg bei Frauen günstiger. So erfreulich derartige Ergebnisse sind, läßt es sich nicht abstreiten, daß gerade diese Krankheiten der Übertreibung und Simulation besonders nahe gerückt sind. Dazu kommt, daß der Aufenthalt in einem glänzend ausgestatteten Sanatorium, wie es z. B. Beelitz ist, auf Personen mit labilem Nervensystem eine magnetische Anziehung besitzen muß. Denn die Pracht des großen Sanatoriums steht in zu krassem Gegensatz zu der ärmlichen eigenen Behausung. Sind doch für den Mittelstand derartige Einrichtungen überhaupt nicht vorhanden oder

nur für unerschwingliche Preise zugänglich. Kranke, die einmal eine Sanatoriumsbehandlung durchgemacht haben, drängen gewöhnlich sehr bald auf Wiederholungskuren. Oft ist dann nicht die drohende Invalidität, sondern der Wunsch nach einer behaglichen Sommerfrische für den Antragsteller zu der Stellung seines Antrags maßgebend. Auch Freunde und Bekannte der Kranken lernen dieses erfreuliche buen retiro bei Besuchen kennen und ziehen für sich persönlich Schlüsse. Wenn derartige Luxusanlagen Neurosen züchten, so darf man allerdings nicht der Arbeiterbevölkerung einen Vorwurf machen, auch nicht der Arbeiterversicherung als solcher, sondern der Art ihrer Handhabung. Sicherlich werden die primitiven Walderholungsstätten bei funktionellen Neurosen keine geringeren Erfolge haben, ohne doch unangenehme Nebenwirkungen zu zeigen.

Von den Krankheiten der peripheren Nerven sind wir über die Heilbehandlung bei der Ischias etwas besser unterrichtet. Dieses Leiden ist verschiedenen länger dauernden Heilmethoden zugänglich, unter denen ich nur die Bäderbehandlung und die unblutige Nervendehnung erwähnen möchte. Für die Heilbehandlung kommen nur diejenigen Fälle in Betracht, die sich durch einen chronischen Verlauf auszeichnen und den gewöhnlichen Mitteln nicht weichen wollen. Der Dauererfolg bei der Versicherungsanstalt der Hansestädte betrug nach fünfjähriger Beobachtung:

von 100 überhaupt Behandelten 43 Männer, 44 Frauen
„ 100 mit Erfolg „ 67 „ 49 „

Blutarmut und Bleichsucht kommen hauptsächlich bei dem weiblichen Geschlecht für die Heilbehandlung in Frage. Bei der Versicherungsanstalt der Hansestädte wurden 1892—1910 2049 Frauen, in der allerdings nur halb so langen Zeit von 1902—1910 dagegen nur 81 Männer wegen dieses Leidens in Heilbehandlung genommen. Gerade bei blutarmen Mädchen wird das Heilverfahren großen Erfolg versprechen, da sich hier die durch die Anstaltsbehandlung gewährleistete Gleichmäßigkeit der Ernährung mit dem klimatischen Faktor der Luftveränderung und der Freiluftbehandlung verbindet. Das Heilverfahren muß aber auch hier auf die schweren langdauernden Fälle beschränkt werden, die den üblichen Heilmethoden nicht weichen und den Eintritt der Invalidität befürchten lassen. Der Erfolg ist bei dem weiblichen Geschlecht vorzüglich. Bei der genannten Versicherungsanstalt waren nach einer Beobachtung von 5 Jahren 72 % der überhaupt Behandelten und 81 % der mit Anfangserfolg Behandelten erwerbsfähig. Der Erfolg wird davon abhängen, daß bei der Auswahl diejenigen Fälle sorgfältig ausgemerzt werden, bei denen die Blutarmut nicht ein primäres Leiden, sondern die Folge einer konsumierenden, vielleicht gar unheilbaren Krankheit ist. Blutarmut, die eine Folge von chronischen Darmblutungen, Krebs, Syphilis usw. ist, gibt natürlich keine Aussicht auf einen Heilerfolg. Da bei den Männern die primäre Anämie nur selten vorkommt, dagegen häufig eine sekundäre, ist die Auswahl schwieriger. Daher erklären sich wahrscheinlich die schlechteren Ergebnisse bei Männern. Bei der vorher genannten Versicherungsanstalt zeigten die behandelten Männer nach 5 Jahren noch Erwerbsfähigkeit in 55 %, wenn man von den überhaupt Behandelten ausgeht; in 72 %, wenn nur die mit Anfangserfolg Behandelten berücksichtigt werden. Wenn der Erfolg bei den Männern also auch geringer ist als bei den Frauen, so ist er doch als durchaus zufriedenstellend anzusehen.

Die Bekämpfung des Alkoholismus durch die Träger der Reichsversicherung ist hauptsächlich auf die Initiative des Reichsversicherungsamts

zurückzuführen. Besonders mit dem Heilverfahren bei Alkoholkranken wollte man sich anfangs wenig befreunden. Allmählich ist dann eine Änderung eingetreten. Besonders die Versicherungsanstalten Rheinprovinz, Westfalen und Schleswig-Holstein haben sich der Bekämpfung des Alkoholismus zugewandt. Im Jahre 1905 sind insgesamt nur 57 alkoholkranke Personen in Heilbehandlung genommen worden, im Jahre 1909 stieg ihre Zahl auf 535, 1910 auf 677 und 1911 auf 923 (912 Männer und 11 Frauen). Bei der Heilbehandlung der Alkoholkranken wird die Bedingung gestellt, daß schwere körperliche oder geistige Degenerationserscheinungen nicht bestehen, z. B. Nierenentzündung, Leberverhärtung, Eifersuchtswahn. Es wird ferner die Zustimmung des Kranken zu seiner Unterbringung in einer Trinkerheilstätte verlangt und die Verpflichtung, daß er sich später abstinent halten und ev. einem Alkoholgegnerverein beitreten will. Auf die Bekämpfung des Alkoholismus bin ich bereits im ersten Bande näher eingegangen. Was die Heilbehandlung anbetrifft, so scheint die dauernde Zunahme der in Heilbehandlung genommenen Trinker dafür zu sprechen, daß auf diesem Gebiete günstige Erfahrungen gemacht werden. Ich persönlich habe gesehen, daß die Anstaltsbehandlung bei Trinkern nur wenig Erfolg hat; er ist um so größer, je länger sie in der Anstalt gehalten werden, und je intensiver die Aktivität des Alkoholgegnervereins ist, dem sie später beitreten.

Die Geschlechtskrankheiten pflegen nicht unmittelbar zur Invalidität zu führen. Ihre indirekte Wirkung ist aber wie beim Alkoholismus sehr groß. Ich bin darauf in dem Kapitel über Gebrechen und andere Krankheiten als Ursachen der Invalidität näher eingegangen. Im allgemeinen wird also ein Heilverfahren bei Geschlechtskrankheiten für die Invalidenversicherung nur dann in Frage kommen, wenn äußere Umstände der Behandlung ungünstig sind, wenn etwa ein Mangel an Krankenanstalten besteht, so daß die stationäre Behandlung notleidet. Aus ähnlichen Rücksichten hat sich seinerzeit die Versicherungsanstalt Berlin entschlossen, für die stationäre Behandlung der Geschlechtskrankheiten eigene Vorrichtungen zu treffen. Dementsprechend hat auch allein die Versicherungsanstalt Berlin im Jahre 1911 von den 499 in Behandlung genommenen geschlechtskranken Personen 224 einem Heilverfahren unterzogen. Im übrigen hat die Zahl der behandelten geschlechtskranken Personen im Jahre 1910 ihren Höhepunkt erreicht, wie aus der folgenden Übersicht hervorgeht.

	Männer	Frauen	zusammen
1906	497	46	543
1907	480	73	553
1908	463	80	543
1909	476	121	597
1910	473	204	677
1911	331	168	499.

Man kann wohl annehmen, daß die Zahl noch weiter zurückgehen wird, da nunmehr alle versicherungspflichtigen Personen der Invalidenversicherung auch gegen Krankheit versichert sind. Die Fälle, wo die Versicherungsanstalt einspringen mußte, weil keine Behandlung durch die Krankenkasse aus Mangel eines Versicherungsverhältnisses erfolgte, werden also wohl fortfallen. Die Gelegenheit zur stationären Behandlung zu geben, ist aber Aufgabe der Kommunen und gehört nicht zu den notwendigen Aufgaben der Invalidenversicherung.

Seit knapp 10 Jahren hat sich die besondere Aufmerksamkeit der Bekämpfung des Lupus zugewendet. Der Lupus befällt hauptsächlich das

Gesicht und hat die gräßlichsten Verunstaltungen im Gefolge. Infolge der Entstellung wird es den Kranken sehr schwer, Arbeit zu finden, außerdem werden die Kranken auch im persönlichen Verkehr gemieden. Durch die von Finsen entdeckte Lichtbehandlung ist es neuerdings möglich geworden, diesen unglücklichen Menschen Heilung zu bringen. Eine seitens des Reichsamts des Innern veranlaßte statistische Erhebung im Jahre 1908 brachte nähere Kenntnis über die Verbreitung des Lupus. Die Versicherungsanstalten sind bei dieser Krankheit aktiv vorgegangen, indem sie die Krankenkassen und die verschiedenerorts entstandenen Lupuskomitees veranlaßten, ihnen die bekannt gewordenen Fälle von Lupus bei Versicherten bekannt zu geben, um die Kranken einer Behandlung zuzuführen. Dies geschieht in besonderen Instituten, die zum Teil Versicherungsanstalten gehören.

Im Jahre 1910 wurden 77 Männer und 112 Frauen = 189 Personen
„ „ 1911 „ 80 „ „ 110 „ = 190 „

seitens der Versicherungsanstalten einer Behandlung zugeführt.

Auf die unständige Heilbehandlung habe ich schon kurz hingewiesen. Die nichtständige Heillbehandlung umfaßt die Behandlung in der Sprechstunde des Arztes sowie alle einmaligen oder vorübergehenden Maßnahmen. Dazu gehört also die Beobachtung von Personen, bei denen es nicht hinterher zu einem ständigen Heilverfahren kommt. Ferner handelt es sich hierbei um die Lieferung von Arzneien (z. B. Brom für Epileptiker), die Bewilligung von Heilbädern, Massagen, Inhalationen, sowie die Gewährung ärztlicher Behandlung. Ferner werden bewilligt künstliche Gebisse, künstliche Beine, Stelzfüße, Kniestützmaschinen, Schienenapparate, orthopädisches Schuhwerk, Stützkorsetts, Bandagen, Bruchbänder, Gummistrümpfe und -kniestücke, Brillen, künstliche Augen sowie Reparaturen an gelieferten Gliedmaßen und Bandagen. Die Grundbedingung für derartige Leistungen ist immer, daß dadurch ein Gebrechen oder eine andere Krankheit, die Invalidität veranlaßt oder besorgen läßt, verhütet, beseitigt oder bis zur Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit gebessert werden kann. Bei der Beschaffung von künstlichen Gliedern usw. gewährt die Versicherungsanstalt gewöhnlich nicht die ganze erforderliche Summe, sondern einen größern Beitrag, z. B. vier Fünftel der Kosten. Den Rest muß der Versicherte aufbringen. Hierdurch will man verhüten, daß der Versicherte leichtsinnig mit dem oft recht kostspieligen Apparat umgeht, da er so an dessen Erhaltung und Unversehrtheit interessiert ist. Die Notwendigkeit des Bedürfnisses ist stets besonders zu prüfen, sonst wird z. B. bei der Gewährung von Plattfußstiefeln die Versicherungsanstalt die Lieferantin von billigem Schuhzeug.

Von besonderer Wichtigkeit ist bei dem unständigen Heilverfahren der Zahnersatz geworden. Dadurch wird auch die Zahl der Personen, die überhaupt in Heilbehandlung genommen sind, erheblich beeinflußt. In der folgenden Übersicht wird an dem Beispiel der Versicherungsanstalt Thüringen dargetan, welchen Einfluß der Zahnersatz auf die Zahl der überhaupt in Heilbehandlung genommenen Personen hat.

Die Heilbehandlung wurde durchgeführt

im	Jahre	1903	bei	1 675	Versicherten	einschl.	152	Zahnersatz
„	„	1904	„	2 145	„	„	296	„
„	„	1905	„	2 566	„	„	333	„
„	„	1906	„	2 896	„	„	439	„
„	„	1907	„	3 122	„	„	628	„
„	„	1908	„	3 570	„	„	757	„
„	„	1909	„	4 384	„	„	1 141	„
„	„	1910	„	5 079	„	„	1 420	„

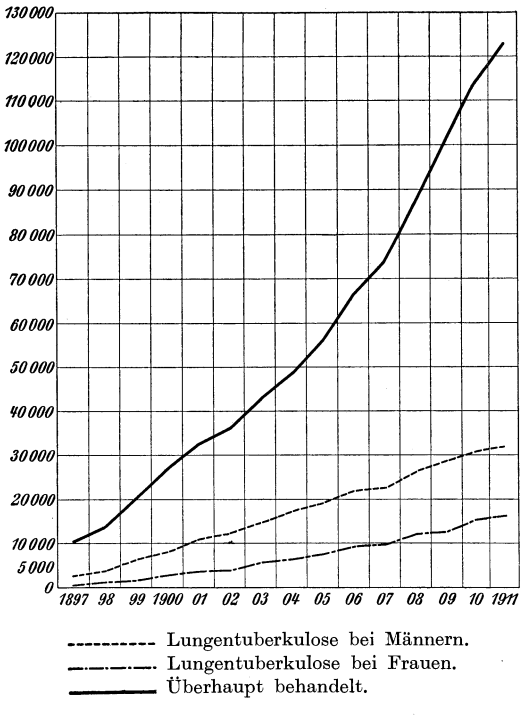


Fig. 50. Entwicklung der Heilbehandlung in der Invalidenversicherung nach Krankheiten.

1. Wegen Lungentuberkulose ständig Behandelte.
2. Überhaupt Behandelte.

Man ist infolgedessen auch zu schärferen Bestimmungen übergegangen, um ein Überhandnehmen der Lieferung von Gebissen zu verhüten. Die Grundsätze sind überall außerordentlich verschieden (zusammengestellt in der Statistik der Heilbehandlung für die Jahre 1906—11, S. 51). Im allgemeinen muß durch ärztliches Zeugnis nachgewiesen werden, daß durch einen Mangel an Zähnen eine Magenerkrankung, Verdauungsstörung oder Ernährungsstörung bereits besteht oder zu entstehen droht, welche die Invalidität herbeizuführen imstande ist. Ersatz aus Gründen der Schönheit kann nicht gewährt werden. Gegenindikationen gegen die Lieferung von Zahnersatzstücken sind: höheres Alter über 60 Jahre, weil hier das Gebiß meist nicht gut sitzt, Neurasthenie, bei der die Verdauungsstörungen meist nervöser Natur sind, und fortschreitende Krankheiten. Auch

Entwicklung der Heilbehandlung

Jahr	Überhaupt in Heilbehandlung genommene Personen	I. Wegen Lungentuberkulose			
		ständig behandelte		nicht ständig behandelte	
		Männer	Frauen	Männer	Frauen
1897	10 564	2 598	736	27	13
1898	13 758	3 806	1 104	16	11
1899	20 039	6 032	1 666	42	19
1900	27 427	8 442	2 652	27	29
1901	32 710	10 812	3 844	50	51
1902	35 949	12 187	4 302	18	9
1903	43 593	14 937	5 211	19	4
1904	49 491	16 957	6 520	28	6
1905	56 420	19 085	7 536	156	57
1906	66 883	21 959	9 063	213	140
1907	74 023	22 258	9 816	299	170
1908	86 990	26 437	12 288	353	262
1909	101 158	29 277	12 955	470	238
1910	114 310	30 595	15 014	913	195
1911	123 602	31 641	15 938	1170	169
Im ganzen	856 917	257 023	108 645	3801	1373

Epilepsie gefährdet ein Gebiß beim Anfall. Ferner kann von einer Gefährdung des Allgemeinbefindens nur dann gesprochen werden, wenn eine größere Anzahl von Zähnen fehlt oder schadhaft ist. Infolgedessen werden Kosten für Zahnziehungen oder Füllungen einzelner Zähne nicht übernommen, wenn es sich nicht um unterstützende Maßnahmen eines Heilverfahrens bei Tuberkulose handelt. Sonst muß es sich immer um ein Gebiß handeln, bei dem mindestens 5, 6 oder mehr Zähne zu ersetzen sind. Die Versicherungsanstalt der Hansestädte tritt nur ein, wenn die Gesamtkosten mindestens 45 M. betragen. Die Übernahme des Heilverfahrens wird gewöhnlich an die Bedingung geknüpft, daß der Versicherte und die Krankenkasse sich an den Kosten beteiligen. Der eigene Beitrag des Versicherten soll die schonende Behandlung der Ersatzstücke

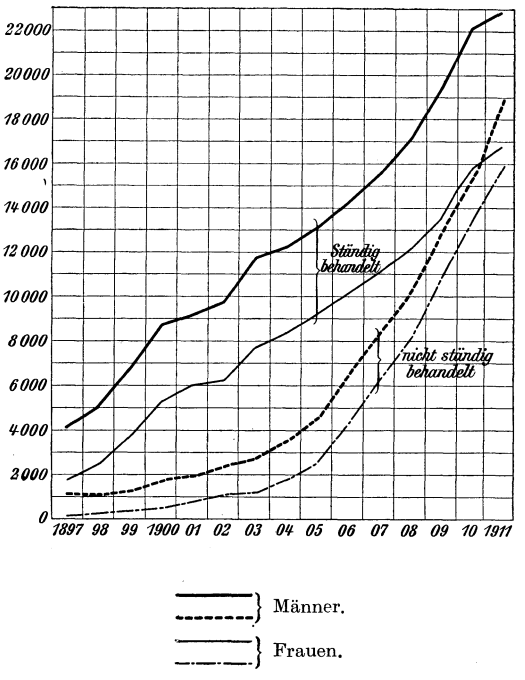


Fig. 51. Entwicklung der Heilbehandlung in der Invalidenversicherung nach der Art des Heilverfahrens.

Wegen anderer Krankheiten als Lungentuberkulose Behandelte. Von 1909 ab ohne die Zahl der Lupusfälle.

in der Invalidenversicherung.

II. Wegen anderer Krankheiten[1])				III. Wegen Lupus behandelte		
ständig behandelte		nicht ständig behandelte				
Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Zusammen
4 082	1 806	1 120	182	—	—	—
5 025	2 489	1 115	192	—	—	—
6 870	3 802	1 297	311	—	—	—
8 755	5 276	1 722	524	—	—	—
9 176	6 009	1 965	803	—	—	—
9 837	6 196	2 326	1 074	—	—	—
11 868	7 761	2 602	1 191	—	—	—
12 182	8 426	3 539	1 833	—	—	—
13 098	9 224	4 633	2 631	—	—	—
14 354	10 212	6 579	7 463	—	—	—
15 702	11 035	8 436	6 307	—	—	—
17 172	12 240	10 167	8 071	—	—	—
19 675	13 646	13 201	11 017	267	412	679
22 169	15 832	15 779	13 624	77	112	189
22 899	16 769	18 911	15 915	80	110	190
192 864	130 723	93 392	68 038	424	634	1058

[1]) Bis 1908 einschl. sind die Lupusfälle inbegriffen.

verbürgen. Die Krankenkasse andererseits muß in erster Reihe auf die Beseitigung des Zahnübels Wert legen. Auch wird durch die finanzielle Beteiligung der Krankenkasse, die den Verhältnissen des Antragstellers näher steht, verhütet, daß der Zahnersatz nicht etwa nur zur Beseitigung von Schönheitsfehlern verlangt wird. Meist muß jeder der an der Zahlung Beteiligten ein Drittel der Kosten aufbringen, oder der Versicherte hat ein Fünftel, die Krankenkasse zwei Fünftel, die Versicherungsanstalt drei Fünftel aufzubringen. Im Jahre 1911 sind 16 630 Männer und 14 217 Frauen, zusammen 30 847 Personen wegen Zahnersatz in Heilbehandlung genommen worden. Die Kosten betrugen 1 082 019 M., von dieser Summe wurden 223 106 M. durch Krankenkassen und die Versicherten gedeckt.

Die vorstehenden Schaubilder (Fig. 50 u. 51) mit der zugehörigen Tabelle geben eine Übersicht über die Entwicklung der Heilbehandlung. Es geht daraus hervor, daß die Heilbehandlung in geradezu erstaunlicher Weise zugenommen hat. Seit dem Jahre 1897 sind bis 1911 im ganzen 856 917 Personen der Heilbehandlung zugeführt worden. Man kann annehmen, daß bis 1912 eine Million Personen auf Kosten der Versicherungsträger der Invalidenversicherung behandelt worden sind. Rechnerische Überlegungen, wieviele Fälle von Invalidität dadurch verhütet oder wenigstens verzögert worden sind, sind natürlich zwecklos. Man wird sich aber der Einsicht nicht verschließen können, daß diese Ziffern für die Entwicklung der Invaliditätshäufigkeit nicht gleichgültig gewesen sein können, daß ohne sie die Invaliditätsziffer schneller angestiegen wäre, als es jetzt der Fall ist. Das Heilverfahren ist eine Versicherungsleistung, die der baren Entschädigung vorzuziehen ist. Es ist von der größten Wichtigkeit und Bedeutung. Es fragt sich, ob das Heilverfahren nicht noch nutzbringender ausgestaltet werden kann. Das muß wohl ohne weiteres zugestanden werden. Denn heute schwebt über dem Heilverfahren der blinde Zufall. Ob die richtigen Fälle für ein Heilverfahren beantragt werden, und wenn überhaupt, ob rechtzeitig, das hängt von einer Reihe von Umständen, jedenfalls nicht von den Trägern der Versicherung ab. Sie müssen die Fälle nehmen, wie sie kommen, und können nur durch Aufklärung dahin wirken, daß bei bestimmten Krankheiten das Heilverfahren rechtzeitig und unter Innehaltung der notwendigen Formalitäten beantragt wird. Dadurch gehen viele Fälle dem Heilverfahren, für das sie an sich geeignet wären, überhaupt verloren oder werden zu einer Zeit beantragt, wo die Heilungsaussichten sich erheblich verschlechtert haben. Die Versicherungsanstalten müßten die Möglichkeit zu einem aktiven Vorgehen haben, derart, daß sie sich selber die Fälle für das Heilverfahren aussuchen können. Wenn die Krankenkassen alle chronischen Krankheitsfälle, die sich über 13 Wochen hinziehen, der zuständigen Versicherungsanstalt melden müßten, so könnte diese Feststellungen veranlassen, um die für ein Heilverfahren geeigneten Fälle herauszuheben, das dann rechtzeitig und ohne Unterbrechung der Unterstützung begonnen werden könnte. Die Versicherungsanstalten könnten sich die Fälle aussuchen, die ein günstiges Risiko geben, und brauchten nicht Gefahr zu laufen, ihr Geld nutzlos auszugeben.

Die weitere Ausgestaltung des Heilverfahrens bleibt der Zukunft überlassen. Schon jetzt ist der Erfolg derart, daß man mit ihm zufrieden sein kann. In wie vielen Fällen ist nicht durch das Heilverfahren das in seiner Lebensfreudigkeit erschütterte Gemüt wieder befestigt worden, wie häufig hat nicht die Aussicht auf die Lungenheilstätte dem Versicherten wie seinen

Angehörigen neuen Mut gegeben, und wie könnte man den Wert einer Hilfe unterschätzen, die gerade in dem Momente eingreift, wo die Krankheit weder aus eigenen Mitteln noch mit den Mitteln der Krankenkasse behoben werden kann. Der ethische Wert der Heilbehandlung ist so schwerwiegend, daß man ihn nicht rechnerisch gegen die Rentenersparnis abwägen kann. Die Erhaltung der Erwerbsfähigkeit und womöglich der Gesundheit eines einzigen Menschen ist mehr wert als die Hergabe von zwei oder drei Renten. Das Heilverfahren in der Invalidenversicherung gehört zu den schönsten Taten der sozialen Versicherung.

Literatur.

Statistik der Heilbehandlung bei den Versicherungsanstalten und zugelassenen Kasseneinrichtungen der Invalidenversicherung für die Jahre 1903—1907. Amtl. Nachr. d. RVA. 1908, 1. Beiheft.

Statistik der Heilbehandlung ..... für das Jahr 1905—1909. Amtl. Nachr. d. RVA. 1910, 2. Beiheft.

Statistik der Heilbehandlung ..... für die Jahre 1906—1911. Amtl. Nachr. d. RVA. 1912, 1. Beiheft.

Rundschreiben des Reichsversicherungsamts über Heilbehandlungsbestrebungen: bei Lungenkrankheiten, Amtl. Nachr. 1896, S. 268; Wohnungsdesinfektion bei Tuberkulose, Amtl. Nachr. 1909, S. 534; bei Geschlechtskrankheiten, Amtl. Nachr. 1901, S. 427; bei Alkoholmißbrauch, Amtl. Nachr. 1906, S. 507; über Nutzbarmachung militärärztl. Untersuchungen, Amtl. Nachr. 1907, S. 423, 460.

Klein, Grundsätze des Heilverfahrens in der Sozialversicherung..... Bulletin des assurances sociales 1912; Dresdener Konferenz. Supplement S. 65.

Hetsch, Nachweisung der 1910 im Bereich der preuß. u. sächs. Armee bei militärärztl. Untersuchungen als der Einleitung eines Heilverfahrens bedürftig ermittelten Leute. Deutsche militärärztl. Zeitschr. 1911, Nr. 11.

Begemann, Das Heilverfahren in der Invalidenversicherung auf Lieferung von Zahnersatz, Prothesen und Apparaten. Med. Reform 1910, Nr. 1.

Schwanck, Die Reform des Heilverfahrens in der Kranken-, Unfall- und Invaliden versicherung als organische Verbindung zwischen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Landesversicherungsanstalten. Köln 1906.

Hallervorden, Über Heilerfolge bei nervösen Invalidenversicherten. Ärztl. Sachverst.-Ztg. 1909, S. 237.

Burckhardt, Die Beziehungen der Alkoholfrage zur deutschen Arbeiterversicherung. Berlin 1911.

1891—1911. 20 Jahre Kranken- und Invalidenfürsorge der Landesversicherungsanstalt der Hansestädte. Lübeck 1911.

Verschiedene Jahresberichte der einzelnen Versicherungsanstalten.

Grau, Die Auswahl für die Volksheilstätten. Beihefte zur Med. Klinik 1912, Heft 5. (Literatur.)

Schellmann, Ist die Einrichtung von Vor- und Durchgangsstationen für Lungenkranke, unabhängig von den Heilstätten, zweckmäßig? Verh. d. Sitz. d. Ausschusses v. Deutsch. Zentr.-Kom. Berlin 1911.

Lorentz, Über die Aufnahme von Kehlkopftuberkulösen in Lungenheilanstalten. Zeitschrift f. Tuberkulose, Bd. 1, S. 161.

Knepper, Warum müssen so oft — auch ärztlich befürwortete — Anträge auf ein Heilverfahren seitens der Landesversicherungsanstalten abgelehnt werden? Ärztl. Sachverst.-Ztg. 1911, S. 345.

v. Golz, Die Einleitung des Heilverfahrens bei Versicherten, seine Grundprinzipien und Ergebnisse. Med. Reform 1906, Nr. 18 und 19.

Einundzwanzigstes Kapitel.

Die Leistungen der Krankenversicherung.

Die reichsgesetzliche Krankenversicherung umfaßte im Jahre 1911 einen Kreis von 13½ Millionen Mitgliedern. Dazu waren in der Knappschaftsversicherung fast 900 000 Personen versichert. Man nimmt an, daß auf Grund der Bestimmungen der RVO. etwa 7 Millionen neu versicherungspflichtig werden. Nach Inkrafttreten der RVO. auch für die Krankenversicherung wird also der Kreis der versicherungspflichtigen und versicherungsberechtigten Mitglieder in der Krankenversicherung mehr als 21 Millionen betragen. Da eine Anzahl von Kassen auch zugleich für die Familienangehörigen sorgen, so müssen auch diese in die Zahlen der Krankenversicherung hineinbezogen werden. Hier versagt aber die Statistik, die überhaupt hinsichtlich der Ergebnisse der Krankenversicherung nur sehr allgemeine und mit Vorsicht zu verwertende Auskunft gibt. In der bisherigen Gemeindekrankenversicherung war die Fürsorge für die Familienangehörigen fast eine völlige Ausnahme, ebenso bei den Baukrankenkassen und bei den Innungskrankenkassen. Bei den Ortskrankenkassen und den Betriebskrankenkassen sowie den Hilfskassen (Ersatzkassen) waren die Verhältnisse sehr verschiedenartig. Es gibt Gegenden, wo bei fast allen Kassen die Familienfürsorge etwas Selbstverständliches ist, während in anderen Gegenden diese Art der Mehrleistung so gut wie unbekannt ist, so daß auch große und leistungsfähige Kassen sich diesem Gebiete nicht zugewandt haben. Infolgedessen hängt jede Schätzung der durch die Krankenversicherung versorgten Familienangehörigen in der Luft. Im Herzogtum Oldenburg gewährten von 110 Kassen, die in den Jahren 1907—1909 zugelassen waren, nur 20 Familienunterstützung, davon 8 Orts- und 7 Betriebskrankenkassen. Nach einer Sondererhebung des Statistischen Amts für den Regierungsbezirk Köln gewährten von 352 reichsgesetzlichen Kassen nur 36 Familienunterstützung. Keine Familienunterstützung gewährten sämtliche Gemeindekrankenversicherungen, 78 Ortskrankenkassen, 141 Betriebskrankenkassen, 15 Innungskrankenkassen, sämtliche 17 Ersatzkassen. Insgesamt hatten diese 316 Kassen 168 906 Mitglieder. Dagegen gewährten Familienunterstützung zwei Ortskrankenkassen (20 000 Mitglieder), eine Innungskrankenkasse (500 Mitglieder) und 33 Betriebskrankenkassen (36 000 Mitglieder) mit insgesamt 56 907 Mitgliedern. Man kann vielleicht annehmen, daß auch sonst etwa der 10. Teil der bestehenden Krankenkassen Familienunterstützung gewährt hat. Wenn man bei den reichsgesetzlichen Krankenkassen (23 188 mit durchschnittlich 572 Mitgliedern) annimmt, daß auf einen Versicherten zwei Angehörige entfallen, so wären etwa 2,6 Millionen Angehörige durch die Krankenversicherung erfaßt worden. Fast durchgängig ist bei den Knappschaftskassen die Familienfürsorge geregelt, sei es, daß die Knappschaftskasse von vornherein dafür sorgt, sei es, daß

besondere Werkskassen bestehen. In der Knappschaftsversicherung kann die Zahl der mitversicherten Angehörigen mindestens auf 1,6 Millionen veranschlagt werden. Zu der Zahl von 21 Millionen versicherter Mitglieder sind also noch die Zahlen von etwa 4 Millionen versicherter Angehöriger hinzuzurechnen, so daß von Januar 1913 ab mit 25 Millionen Personen zu rechnen ist, die der Krankenversicherung direkt oder indirekt angehören. Da die Angehörigen statistisch nicht zu erfassen sind und die bisherige Gesetzgebung von dem geringeren Personenkreise ausging, so wird die folgende Untersuchung nur mit den 13½ Millionen reichsgesetzlich und den 900 000 knappschaftlich Versicherten rechnen.

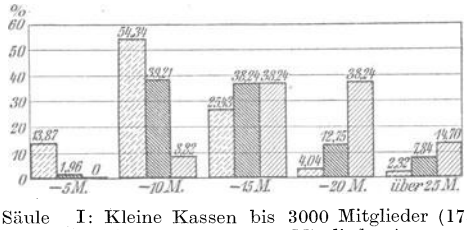
Die Häufigkeit der Erkrankungen ist uns nicht bekannt, da die Statistik nur die mit Arbeitsunfähigkeit verbundenen Krankheitsfälle zählt. In dem Kapitel über Krankheit habe ich einige Ziffern gebracht, aus denen das Verhältnis der Krankheitsfälle mit und der ohne Arbeitsunfähigkeit zu ersehen ist. Im Jahre 1911 kamen auf 100 Mitglieder 42 Krankheitsfälle mit Arbeitsunfähigkeit und 845 Krankheitstage. Die Pflichtleistungen der Krankenkassen bestanden auch bisher schon in der Gewährung der Krankenhilfe. Die Größe dieser Pflichtleistungen ist ebenfalls statistisch nicht erfaßbar, da auch die Ausgaben für die Mehrleistungen zu den in der Statistik aufgeführten Krankheitskosten gerechnet werden. Die Krankheitskosten setzen sich daher bei den einzelnen Kassen aus sehr verschiedenen Positionen zusammen, deren Differenz noch dadurch vergrößert wird, daß selbst bei den Regelleistungen Unterschiede bestanden. Von 100 Krankenkassen zahlten im Jahre 1910 bis 75 % des Lohns nur 2,1, dagegen bis 66⅔ % 9,8 und die Mindestleistung von 50 % 88,1. Wenn man hierzu noch die Verschiedenheiten der Wartezeit rechnet, die eine Kasse voll ausnutzt, während die andere schon vom ersten Krankheitstage ab Krankengeld gewährt, so wird man zugestehen müssen, daß weder die Krankheitskosten noch selbst die Ausgaben für Krankengeld mit Berechtigung auf irgendwelche Verhältniszahlen bezogen werden können, oder daß wenigstens solche Zahlen für statistische Vergleiche unbrauchbar sind. Die absoluten Ziffern haben aber wieder das Mißliche an sich, daß sie kein genügend klares Bild über die Einzelverhältnisse zu geben vermögen.

Als Beispiel für die Leistung einer Krankenkasse, das natürlich ziemlich willkürlich gewählt werden muß, führt der Leitfaden zur Arbeiterversicherung folgendes an. Eine gewerbliche Arbeiterin mit einem Wochenlohn von 24 M. zahlt in die Krankenkasse wöchentlich 72 Pf. Im Falle der Erkrankung erhält sie für die Dauer eines halben Jahres ein Krankengeld von wöchentlich 12 M. sowie freie ärztliche Behandlung und Arznei, die wöchentlich auf etwa 5,40 M. zu veranschlagen sind. Gewährt die Kasse statt der Krankenpflege und des Krankengeldes freie Kur und Verpflegung in einem Krankenhause, so erhalten die Angehörigen ein Hausgeld von wöchentlich 6 M. Im Falle der Niederkunft wird ein Wochengeld von 90 M. und beim Tode ein Sterbegeld von 80 M. gezahlt.

Bis zum Jahre 1911 haben die deutschen reichsgesetzlichen und knappschaftlichen Kassen im ganzen in 98 Millionen von Krankheitsfällen, die mit Arbeitsunfähigkeit verbunden waren, Hilfe gebracht. Für 1,8 Milliarden damit verbundene Krankheitstage ist Krankengeld gezahlt worden. Außer dem Krankengeld wird noch Schwangeren- und Wöchnerinnenunterstützung gezahlt. Die Zahl der Wochenbetten ist nicht bekannt, da sie statistisch nicht nachgewiesen werden, sie sind in den Zahlen der Krankheitstage und

Krankheitsfälle mit enthalten. Im Jahre 1911 waren im ganzen 10,6 Millionen Männer und 3,8 Millionen Frauen ohne Angehörige gegen Krankheit versichert. Wenn diese gewaltigen Zahlen auch eine ungefähre Vorstellung geben können, welche Leistungen die Krankenversicherung vollbracht hat, so wird die Beurteilung der Leistungen doch erst durch die Einzelbetrachtung deutlich. Leider versagt die Statistik hier vollkommen, da ihre Grundlagen, wie ich schon öfter erwähnte, zu ungleichartig sind, als daß eine Möglichkeit des Vergleichs vorhanden wäre. In dem Kapitel über die Krankenkassen und über die Rechte und Pflichten der Versicherten habe ich schon darauf hingewiesen, wie außerordentlich verschieden die Leistungen der einzelnen Krankenkassen sind. Diese Verschiedenheit ist grundsätzlich und erstreckt sich auf alles, was überhaupt mit der Krankenversicherung zusammenhängt. Die Beiträge sind verschieden, ebenso das Krankengeld, ferner die Wartezeit auf das Krankengeld, die Dauer der Schwangeren- und Wöchnerinnenunterstützung und ihre Höhe, das Sterbegeld, die Dauer der Unterstützungszeit und damit die Größe der Krankheitskosten, die Angehörigenunterstützung, ihre Leistungen und ihre Dauer, die Häufigkeit der Krankenhauspflege, die Höhe des Hausgeldes, die Gewährung eines Taschengeldes für die Krankenhausinsassen. Man könnte meinen, daß nun wenigstens die Krankenpflege und die mit ihr verbundenen Kosten überall gleichartig sein oder sich nur infolge der Preisvereinbarung mit Ärzten und Apothekern unterscheiden müßten. Aber auch das ist nicht der Fall. Im Laufe der Zeit ist zu der Hilfe durch die praktischen Ärzte auch diejenige der Spezialärzte hinzugekommen. Infolgedessen werden die Kosten für Röntgenbilder, Bestrahlungen der mannigfachsten Art, für orthopädische Behandlung, für Zahnbehandlung und selbst von Massagen und Plomben unter der Position „ärztliche Behandlung" gebucht. Alles das, was über die ärztliche Hilfe durch den Kassenarzt im engeren Sinne hinausgeht, ist nun aber eine Leistung, die sich bei den einzelnen Krankenkassen durch die größte Mannigfaltigkeit auszeichnet. Diese Mannigfaltigkeit ist auch nicht etwa von jeher in derselben Weise vorhanden gewesen, sondern hat sich erst allmählich mit den Fortschritten der Wissenschaft, besonders der Orthopädie und der Zahnheilkunde, entwickelt. Diese Mannigfaltigkeit wird darum auch von Tag zu Tag größer und macht es unmöglich, selbst bei einer einzelnen Kasse die wirklichen Ausgaben für die ärztliche Hilfe im engeren Sinne durch die Jahre hindurch zu verfolgen, wenn nicht ganz spezialisiertes Material zur Verfügung steht. Ähnlich liegen die Verhältnisse bei der Position „Arznei und andere Heilmittel". Die anderen Heilmittel überwuchern geradezu die Arzneimittel; hierher gehören nicht nur Brillen und Bruchbänder usw., sondern auch die größeren Heilmittel, von kostspieligen Apparaten an bis zu Badereisen, Ausgaben für Walderholungsstätten und Beihilfen für Zahngebisse. Man wird sich nicht wundern, daß die Verschiedenheit der Ausgaben für ärztliche Versorgung und Arznei nichts mit den Preisen der Ärzte und Apotheker zu tun hat, sondern ausschließlich von der Intensität abhängt, mit der die Krankenpflege geübt wird. Es ist bedauerlich, wenn heute so allgemein falsche Schlüsse aus der Ausgabensteigerung für die Krankenpflege gezogen werden und dafür die Ärzte, bzw. die freie Arztwahl, und die Apotheker verantwortlich gemacht werden. Ich bin an entsprechender Stelle auf die Ursachen dieser Steigerung näher eingegangen; es wird immer unmöglich sein, den Anteil der einzelnen Ursachen im einzelnen abzuwägen, für die Verschiedenheit dieser Ausgaben wird ein Komplex von Ursachen heranzuziehen sein, der sich in eigentümlicher Weise

in der Kassengröße äußert. Die größeren Kassen sind vielfach leistungsfähiger, das Risiko ist bei ihnen geringer. Andererseits sind die Ansprüche seitens der Kassenmitglieder in der Großstadt, wo sich naturgemäß die größten Kassen finden, besonders groß. Hier ist die Heranziehung der Spezialärzte auch bei einfacheren Fällen viel eher möglich und auch eher üblich als auf



Säule I: Kleine Kassen bis 3000 Mitglieder (173 Kassen mit 220 966 Mitgliedern).
„ II: Mittlere Kassen mit 3000—10 000 Mitgliedern (102 Kassen mit 544 480 Mitgliedern).
„ III: Große Kassen mit 10 000 und mehr Mitgliedern (35 Kassen mit 1 401 179 Mitgliedern).

Fig. 52. Krankengeld und Größe der Krankenkassen im Jahre 1909. Nach einer Erhebung bei 310 Ortskrankenkassen.

Eine private Statistik der „Arbeiterversorgung" umfaßt von den im Jahre 1909 vorhandenen 4775 Ortskrankenkassen, die 6 054 585 Mitglieder zählen, 310 Kassen mit 2 166 625 Mitgliedern, so daß der dritte Teil sämtlicher Personen, die bei Ortskrankenkassen versichert sind, in die Statistik einbezogen sind. Die Kassen sind in kleine, mittlere und große gegliedert. Die Höhe des Krankengeldes schwankt von 1,86—32,97 M. auf den Kopf der Mitgliederzahl. Ordnet man die Kassen nach ihrer Größe ein und bemißt die Säulenhöhe nach dem prozentualen Anteil des Krankengeldes, so erkennt man, daß die Säulengruppen anfangs abfallende Säulenhöhen, später ansteigende Säulenhöhen zeigen. Die kleineren Kassen sind hauptsächlich an dem niedrigen, die großen an dem höheren Krankengeld beteiligt. Das Gleichgewicht liegt ungefähr zwischen 10—15 M. Nach der Reichsstatistik betrug das Krankengeld bei allen Kassenarten überhaupt 10,88 M. im Jahre 1909 auf den Kopf des Versicherten, bei allen Ortskrankenkassen 10,65 M. Von den großen Kassen bezahlen jedoch mehr als die Hälfte nach der Sonderstatistik ein Krankengeld, das über 20 M. beträgt.

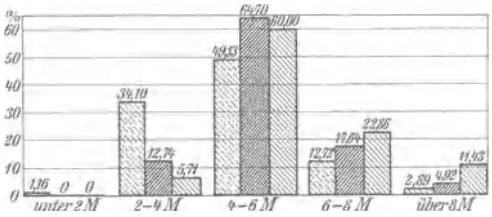


Fig. 53. Ärztliche Behandlung und Größe der Krankenkassen.

Die Grundlagen sind die entsprechenden wie in Fig. 52. Der Reichsdurchschnitt betrug 1909 bei Ortskrankenkassen 5,28 M.

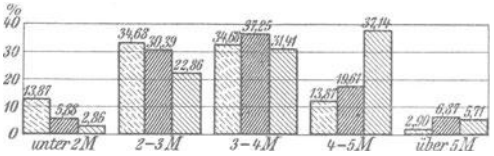


Fig. 54. Ausgaben für Arznei und Heilmittel nach der Größe der Krankenkassen.

Die Grundlagen sind die entsprechenden wie in Fig. 52. Der Reichsdurchschnitt betrug 1909 bei Ortskrankenkassen 3,52 M.

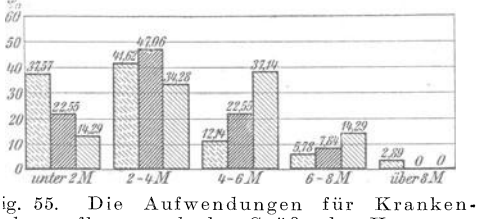


Fig. 55. Die Aufwendungen für Krankenhauspflege nach der Größe der Kassen.

Die Grundlagen sind die entsprechenden wie in Fig. 52. Der Reichsdurchschnitt betrug 1909 bei Ortskrankenkassen 3,51 M.

dem Lande oder in kleinen Städten. Wie viele Krankenhäuser der kleinen Städte und wie viele Kreiskrankenhäuser haben z. B. Röntgenapparate? Die Verteilung der Zahnärzte auf dem platten Lande und in den kleinen Städten ist eine ganz andere als in den Großstädten, wo sie sich ebenso wie die Spezialärzte in gehäufter Zahl finden. Das Bedürfnis nach Genesungsheimen und Walderholungsstätten macht sich in erster Linie in den Großstädten bemerkbar. Auch die Unterstützung der Tuberkulosefürsorgestellen, der Fürsorgestellen für Alkoholkranke, für Säuglinge usw. ist hauptsächlich bei den Krankenkassen der Großstädte, also bei den größeren Kassen üblich. So muß es kommen, daß die Ausgaben der Krankenpflege bei den größeren Kassen größer sind. Da nun die Kassenmitglieder in der Großstadt überhaupt an-

spruchsvoller sind, so verlangen sie Erweiterungen der Leistungen und nehmen dafür gerne selbst höhere Beitragszahlungen in Kauf. Infolgedessen steigert sich mit der Zunahme der Kassengröße die Höhe des Krankengeldes, die Dauer der Unterstützung usw., und die Steigerung der Leistungen hat wieder eine Zunahme der Krankheitshäufigkeit und Krankheitsdauer zur Folge. Auf die letztgenannten Erscheinungen bin ich schon in dem Kapitel über Krankheit näher eingegangen und habe dort auch auseinandergesetzt, welche anderen Gründe hierfür maßgebend sind. Hier beschäftigt uns nur der Unterschied in den Leistungen. In vier Schaubildern (Fig. 52 bis 55) ist der Einfluß der Größe der Krankenkassen auf das Krankengeld, auf die ärztliche Behandlung, auf Arznei und andere Heilmittel und auf die Ausgaben für Krankenhauspflege deutlich gemacht. In allen Fällen sind die Ergebnisse einer Sonderstatistik herangezogen, die sich nur auf eine Reihe von Ortskrankenkassen bezieht. In fast gesetzmäßiger Weise nimmt mit der Kassengröße auch die Größe der Leistungen zu. Natürlich ist das nicht so zu verstehen, als ob die großen Kassen die leistungsfähigsten seien. Sondern die Gründe, die zur Errichtung der großen Kassen geführt haben, sind ebenfalls dafür maßgebend, daß besonders große Leistungen gewährt werden. Man muß die Entstehung der Krankheitskosten und die Gründe für ihre Steigerung kennen, um nicht falsche Schlüsse zu ziehen, wenn man hört, daß die Kosten für ärztliche Behandlung, für Arznei, für Krankenhauspflege und die Krankheitskosten überhaupt, auf das einzelne Mitglied berechnet, in außerordentlicher Weise gestiegen sind.

An der Steigerung der Krankheitskosten haben sämtliche Kassenarten gleichen Anteil. Im allgemeinen ist auch der Abstand, der in der Höhe der Krankheitskosten bei ihnen besteht, derselbe geblieben. In einer Kurve sind die Krankheitskosten auf 100 durchschnittlich vorhandene Mitglieder der einzelnen Krankenkassen seit dem Ende der achtziger Jahre dargestellt (Fig. 56). Die Entwicklung ist im allgemeinen gleichmäßig. Auch die Gemeindekrankenversicherung, die am wenigsten leistungsfähig war, hat an der Steigerung teilgenommen. Der Wunsch nach einer Erweiterung der Leistungen war eben so allgemein, daß sogar diese Kassenart sich dem nicht entziehen konnte. Die größten Krankheitskosten haben von jeher die Betriebskrankenkassen gehabt, dann folgen die Ortskrankenkassen. Bemerkenswert ist auch, daß die Innungskrankenkassen im Laufe der Jahre sich zu immer leistungsfähigeren Gebilden entwickelt haben. Man darf nun nicht etwa annehmen, daß die leistungsfähigeren Kassen ihre Leistungsfähigkeit durch die besonders geschickte Art der Verwaltung oder durch andere Umstände erzielen. Aus Nichts lassen sich keine Werte schaffen. Größeren Leistungen stehen stets größere Beiträge gegenüber. Wenn sich manche Kassen der Hoffnung hingeben, sie könnten eine Mehrleistung „herauswirtschaften", so ist diese Hoffnung trügerisch; höchstens kann es zu einer Finanzverschleierung führen. Nur vorübergehend kann eine Vermehrung der Leistungen bei gleichbleibenden Beiträgen infolge besonderer günstiger wirtschaftlicher Momente möglich sein. Der Wert der Mehrleistungen ist darum nicht absolut zu messen, da ihnen stets auch die Mehrausgabe gegenübersteht. Der Wert der Mehrleistungen beruht vielmehr darauf, daß sie den besonderen Bedürfnissen der Mitglieder entgegenkommen. Einer kaufmännischen Krankenkasse wird es vielleicht darauf ankommen, die Rekonvaleszentenfürsorge besonders auszubauen, einer Malerkrankenkasse wird die Förderung hygienischer Maßnahmen be-

sonders am Herzen liegen, einer Kasse mit weiblichen Mitgliedern wird der Ausbau der Schwangeren- und Wöchnerinnenunterstützung unerläßlich erscheinen, einer Kasse mit Mitgliedern niederer Lohnstufe wird die Verkürzung der Wartezeit nötiger sein als einer Kasse mit hochgelohnten Mitgliedern, die vielleicht die Angehörigenunterstützung vorziehen. Der Grundgedanke der Krankenversicherung ist der, daß die nötige Krankenhilfe durch das Gesetz festgelegt wird, das, was der besonderen Lage entspricht, wird dem Statut überlassen. Dieser durchaus gesunde Standpunkt wird durch eine übermäßige Zentralisierung des Kassenwesens verlassen. Denn auch die größte

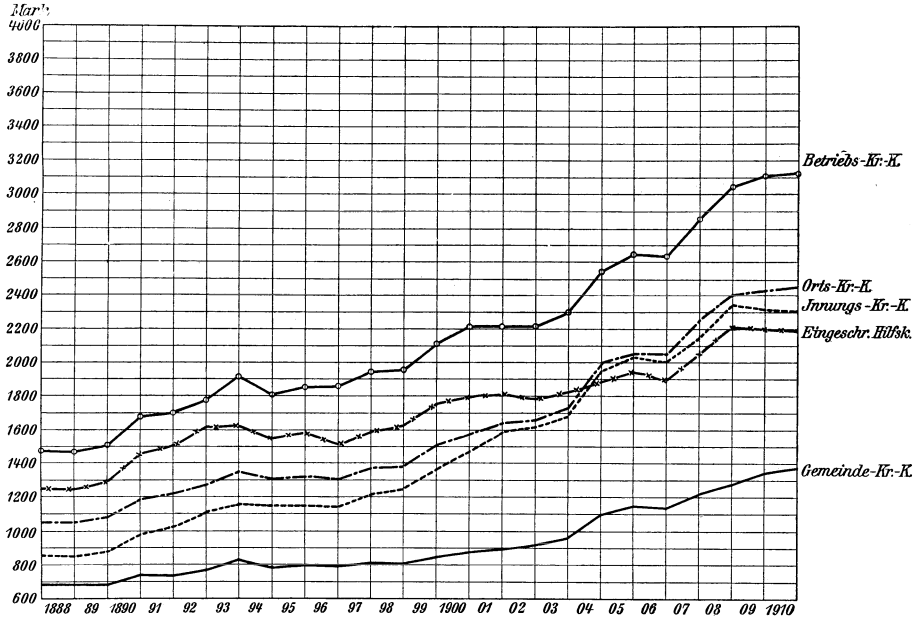


Fig. 56. Entwicklung der Krankheitskosten nach Kassenarten.

Kasse kann nicht allen Mitgliedern durch Gewährung von Mehrleistungen, die für sie entsprechend wären, gerecht werden. Die gesamten Krankheitskosten, die also durch Regel- und Mehrleistungen zusammen gebildet werden, betrugen in dem Zeitraum von 1885—1911 4,7 Milliarden Mark. Dabei kamen auf die statistischen Positionen:

		1885—1911		1911	
Ärztliche Behandlung	1	Milliarde	Mark	87 979 000	M.
Arznei usw.	0,7	,,	,,	56 632 000	,,
Krankengeld an Mitglieder	2	,,	,,	163 026 000	,,
Krankenhauspflege, Genesung . . .	0,6	,,	,,	6 357 000	,,
Sterbegeld	0,1	,,	,,	9 318 000	,,
Krankengeld an Angehörige . . .	51	Millionen	,,	6 357 000	,,
Wöchnerinnen- und (seit 1904) Schwangerenunterstützung . .	77	,,	,,	6 806 000	,,
Sonstige Leistungen	74	,,	,,	7 758 000	,,

Aus der Übersicht ist auch zu erkennen, daß im letzten Jahre eine Verschiebung gegenüber der Gesamtheit der Beobachtungszeit eingetreten ist.

Da die statistischen Grundlagen aber zu unsicher sind, mag darauf nicht näher eingegangen werden. In der ganzen Beobachtungszeit betrugen die Einnahmen der Kassen 5,4 Milliarden Mark, die Aufwendungen für die Gesamtverwaltung 289 Millionen Mark. Im Jahre 1911 beliefen sich die Einnahmen auf 446 843 000 M., die Ausgaben für die Gesamtverwaltung auf 23 773 000 M. Da die RVO. sowohl die Regelleistungen als auch die Mehrleistungen erweitert hat, so werden wir für die nächsten Jahre mit einer großen Vermehrung der Krankheitskosten rechnen können.

Ich wende mich nun zu den Leistungen der Krankenversicherung auf dem Gebiete der allgemeinen Wohlfahrtspflege. Von vornherein ist vorauszuschicken, daß hier durchaus andere Leistungen zu erwarten sind als etwa bei den Versicherungsanstalten. Die Krankenkassen leben sozusagen von der Hand in den Mund. Die eigentliche Versicherungsleistung ist für kurze, vorübergehende Krankheitszustände berechnet. Es handelt sich immer um Krankheit von Tagen und Wochen. Darüber hinaus geht die Krankenversicherung nur ausnahmsweise und überläßt diese Fürsorge der Invalidenversicherung. Dafür sind die Leistungen der Krankenversicherung auch beträchtlich. Im Krankheitsfalle erhält der Kranke freie ärztliche Behandlung, freie Arznei und andere Heilmittel und ein Krankengeld, das im Gebiet der Unfallversicherung einer Rente von 75 % entsprechen würde. Ist das Krankengeld erhöht, so entspricht es sogar einer noch höheren Unfallrente, der Vollrente oder gar der 75 % igen Hilflosenrente. Unter Umständen tritt Krankenhauspflege ein, bei der das Hausgeld ebenfalls recht beträchtlich ist. Das sind so erhebliche Leistungen, daß sie unmöglich auf die Dauer getragen werden können. Andererseits bedingt die Höhe der Leistung, daß auf die Ansammlung großer Reservefonds verzichtet werden muß, wenn man die Beiträge nicht auf eine unerschwingliche Höhe treiben will. Daher kommt es, daß die gesamte Krankenversicherung im Jahre 1911 nur über ein Vermögen verfügte, das noch nicht an die Jahressumme der Ausgaben für Krankenfürsorge heranreichte. Das Vermögen betrug 335 149 000 M., die Ausgabe für Krankenfürsorge dagegen 389 298 000 M. Es wäre ungerecht, wenn man daher von der Krankenversicherung Leistungen auf dem Gebiete der allgemeinen Wohlfahrtspflege erwarten wollte, die denen der Invalidenversicherung entsprechen oder ihnen auch nur nahe kommen. Die Krankenversicherung kann nicht große Vermögen anlegen, die der Allgemeinheit zugute kommen können. Ihr Vermögen ist zu klein, als daß sie einen beträchtlichen Teil ohne entsprechende Sicherheit hergeben könnte. Man muß sich daher wundern, wenn trotzdem die Krankenversicherung sich auch hier betätigt hat. Es kann sich natürlich immer nur um beschränkte Gebiete handeln, und ich kann nur Einzelheiten aufführen, denen die Wucht der Zahlen fehlt. Die Krankenkassen beteiligen sich an dem Kampfe gegen die Volkskrankheiten in viel größerem Maße, als es allgemein bekannt ist. Es gibt eine Anzahl von Krankenkassen, denen eigene Krankenhäuser, Genesungsheime, Rekonvaleszentenanstalten, Lungenheilstätten usw. gehören. In Berlin ist ein Ambulatorium für Beinkranke, in Düsseldorf eine Zahnklinik im Eigentum der Kassen. In Leipzig gehört der Ortskrankenkasse ein orthopädisches Institut. Andere Kassen sind im Besitze von Walderholungsstätten. Wenn es sich hierbei auch immer nur um Einzelerscheinungen handelt, so ist doch die Zahl der in eigenem Besitze von Krankenkassen befindlichen Heilanstalten zur Zeit mindestens auf 30—40 zu schätzen. Viel allgemeiner und beträchtlicher ist die Zahl derjenigen Kassen, die mit anderen gemeinnützigen Ver-

einen in Verbindung stehen. Die meisten Lungentuberkulosefürsorgestellen erhalten wohl heute Unterstützung von den Krankenkassen ihres Bezirks, sei es, daß diese einen Pauschalbeitrag bezahlen, sei es, daß sie einen Jahresbeitrag von 10 Pf. pro Mitglied erlegen. In ähnlicher Weise, wenn auch nicht so allgemein, werden die Säuglings- und Trinkerfürsorgestellen unterstützt. In besonders bemerkenswerter Weise beteiligen sich einige Krankenkassen nach dem Muster von Magdeburg an der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Von dem Gedanken ausgehend, daß die Kellnerinnen in den Animierkneipen, die nicht unter Sittenkontrolle stehen, aber nichtsdestoweniger vielfach mit den Gästen geschlechtlich verkehren, besonders häufig die Geschlechtskrankheiten verbreiten, wird mit Unterstützung der Polizeibehörde eine regelmäßige Untersuchung dieser Frauen auf ihren geschlechtlichen Gesundheitszustand durch die Krankenkassen eingeleitet. Die erkrankten Personen kommen in Behandlung, so daß durch diese vorbeugende Tätigkeit höchst Ersprießliches erzielt wird. Sehr erfreulich sind auch die Bestrebungen einiger Krankenkassen, durch Aufklärung gesundheitsfördernd zu wirken. Zum Teil werden in den Bureauräumen der Kassen Merkblätter der verschiedensten Art aufgelegt, die von den Mitgliedern nach Hause mitgenommen werden können. Zum Teil werden auf Veranlassung der Kassen durch die Kassenärzte hygienische Vorträge gehalten, die sich eines guten Besuchs seitens der Mitglieder erfreuen. Nicht zu unterschätzen ist die Mitwirkung der Kassen hinsichtlich der Aufklärung über die Aufgaben und Ziele der Arbeiterversicherung, besonders der Invalidenversicherung. Mancherorts werden ja auch die meisten Anträge auf Heilbehandlung bei den Versicherungsanstalten durch die Krankenkassen gestellt. Die Hergabe von Geld an gemeinnützige Gesellschaften zur Förderung der allgemeinen Wohlfahrtspflege verbietet sich aus der beschränkten Vermögenslage im allgemeinen. Immerhin könnten besonders vermögende Kassen auch einmal dazu kommen. Von den Kassen des Deutschen Reiches ist mir bisher ein derartiges Beispiel nicht bekannt. Dagegen haben die Genossenschaftskrankenkassen Wiens die Errichtung von Arbeiterwohnhäusern in die Wege geleitet. Die dem Verbande der Genossenschaftskrankenkassen Wiens und Niederösterreichs angehörigen Krankenkassen haben eine Baugenossenschaft mit einem Kapital von einer Million Kronen gebildet. Diese Genossenschaft will von 1912—1914 in Wien und im Lande für Herstellung von 4000 Wohnungen Sorge tragen. Der Besserung des Wohnungswesens dienten auch die berühmten Enqueten der Ortskrankenkasse der Kaufleute zu Berlin.

Von besonderer Wichtigkeit auf dem Gebiete der allgemeinen Wohlfahrtspflege ist die Hineinbeziehung der Angehörigen in die Krankenversicherung, die sich jetzt überall mehr und mehr Bahn bricht. Über die Verbreitung der Angehörigenversicherung habe ich schon eingangs gesprochen. Die Bedeutung der Angehörigenversicherung kann nicht hoch genug geschätzt werden. Von den neueingeschulten Kindern der Volksschulen Bremerhavens z. B. erhielten 1911 fast 44 % im Erkrankungsfall Unterstützung durch die Krankenkassen; bei den andern handelt es sich entweder um Kinder bemittelter Eltern, die in Bremerhaven ihre Kinder häufig in die besonders hoch entwickelte Volksschule (Mittelschulen bestehen nicht) schicken, oder um Kinder, die ohne weiteres von der Armenfürsorge übernommen werden können. Erst unter solchen Umständen kann auch das Schularztsystem seine volle Wirkung entfalten. Wie häufig erlebt man es in Arbeiterfamilien, daß für Frau und Kinder auch bei ernsten Anlässen auf ärztliche Hilfe ver-

zichtet wird, da die Mittel hierfür nicht ausreichen und man sich auch allerdings an die kostenlose Gewähr der Krankenpflege gewöhnt hat. Unter allen Mehrleistungen erscheint mir die Einführung der Angehörigenversicherung als die volkswirtschaftlich wichtigste, da sie das bedeutendste Mittel für die Gesunderhaltung des heranwachsenden Geschlechts ist. Bisher war nur die Gemeindekrankenversicherung verpflichtet, bei Einführung der Angehörigenunterstützung Zusatzbeiträge zu erheben. Aber auch die andern Kassenarten pflegen Zusatzbeiträge zu erheben, ohne daß allerdings durch diese die entstehenden Kosten gedeckt werden. In Bremerhaven z. B. werden monatlich 50 Pf. Zusatzbeitrag erhoben. Im Jahre 1910 erhoben Zusatzbeiträge für die Familienunterstützung:

Ortskrankenkassen	524 300 M.
Betriebskrankenkassen	562 117 „
Innungskrankenkassen	14 021 „
Eingeschriebene Hilfskassen	144 305 „
Landesrechtliche Hilfskassen	1 452 „
Gemeindekrankenversicherung	11 396 „
	1 257 591 M.

Auch hier stehen also die Betriebskrankenkassen an der Spitze, wenn die Ortskrankenkassen ihnen auch nur wenig nachgeben. Die Erhebung der Zusatzbeiträge hat zur Folge, daß nicht alle Familien der Angehörigenversicherung beitreten, sondern nur diejenigen, die es für nötig halten und mit Krankheiten rechnen müssen. Manche Kassen gewähren grundsätzlich die Angehörigenversicherung auch ohne Zusatzbeitrag. Um ein Beispiel zu geben, wie sich dann das Verhältnis zu den Versicherten stellt, möchte ich einige Zahlen des Oberschlesischen Knappschaftsvereins für das Jahr 1910 bringen. Es handelt sich dort um eine Belegschaft von rund 150 000 Mann. Von Familienangehörigen kommen in Betracht 90 000 Frauen und 220 000 Kinder. Behandelt wurden 27 000 Frauen und 62 000 Kinder. Wo Zusatzbeiträge erhoben werden, muß natürlich die Krankheitshäufigkeit aus dem vorher genannten Grunde größer sein. Infolgedessen machen solche Kassen auch schlechte Geschäfte mit der Angehörigenversicherung. Ich bringe eine Tabelle, aus der ersichtlich ist, wie sich bei Ortskrankenkassen verschiedenster Größe der Anteil der Familienangehörigen auf die Arzt- und Arzneikosten verteilt. Bei den einzelnen Kassen ist der Anteil bald größer, bald kleiner. In erster Linie ist dafür die Besonderheit der Berechnung maßgebend. Bei 36 Kassen mit einem Mitgliederbestande von 380 000 betrugen 1909 die Kosten für ärztliche Hilfe 2 420 000 M., davon für Angehörige 534 000 M., die Kosten für Arznei usw. 1 464 000 M., davon für Angehörige 306 000 M. (soweit in Rechnung gesetzt). Mindestens 20% der Kosten für Krankenpflege ohne Krankenhausbehandlung entfallen also auf die Familienangehörigen. Diese Ziffer kann natürlich nur ein ungefähres Bild geben, aber man erkennt daraus, welch großen volkswirtschaftlichen Wert die Familienversicherung hat. Der Ausbau der Familienversicherung ist eine Leistung auf dem Gebiete der allgemeinen Wohlfahrtspflege, die nur der Krankenversicherung eigentümlich ist, wie das Heilverfahren der Invalidenversicherung und die Unfallverhütung der Unfallversicherung. Die Krankenkassen können sich hier ungeheure Verdienste um das allgemeine Wohl erwerben, die bedeutender sind als andere Leistungen, die allerdings prunkvoller auftreten, wie z. B. die Unterbringung der Kranken in eigenen Anstalten.

Aufwendungen für Krankenpflege der Angehörigen bei einigen Ortskrankenkassen im Jahre 1909.

	Durchschnittliche Mitgliederzahl	Ärztliche Behandlung M.	Davon für Angehörige M.	Arznei- und Heilmittel M.	Davon für Angehörige M.
Baden-Baden	6 527	43 878	5 890	11 582	1 190
Bautzen	7 777	52 403	8 059	23 830	4 039
Blasewitz	3 625	28 893	6 162	18 878	—
Blumenthal	1 333	8 882	—	5 232	944
Bremen	25 222	164 937	23 939	97 078	14 721
Bremerhaven	5 587	46 307	21 998	27 171	11 694
Buer	2 219	14 218	646	11 446	—
Cöln (Fabrik)	7 734	41 893	1 560	31 111	227
Düsseldorf (Kaufmänn.)	7 754	52 928	5 611	26 192	—
Eilenburg	2 843	17 457	8 108	7 654	—
Frankfurt (Main)	93 127	439 675	146 729	382 529	126 713
Geestemünde (Ver. Gew.)	2 859	26 438	11 659	14 571	6 095
Gera (Stadt)	12 325	90 851	25 024	51 705	—
Hamburg (Kaufleute)	51 487	380 543	—	168 943	28 241
Jena	7 056	47 699	13 098	34 980	8 579
Kiel	20 830	180 726	56 893	124 936	39 350
Kötzschenbroda	3 321	21 177	6 893	11 971	3 182
Kreuznach	4 659	34 189	10 899	17 764	—
Markranstädt	3 559	26 886	12 556	10 681	4 468
Meißen	8 115	63 486	15 595	24 456	—
Neubrandenburg I	1 145	7 302	2 610	5 479	2 525
Neumünster	9 129	57 343	18 365	37 881	8 597
Neustrelitz	1 826	10 843	4 301	7 791	3 673
Oberhausen	3 967	26 820	6 803	14 435	667
Osnabrück	7 865	37 437	1 187	30 449	—
Pirna	3 856	32 809	12 725	14 544	4 208
Radebeul	3 858	29 218	8 528	13 460	3 078
Saalkreis	15 334	78 314	—	34 066	9 032
Schwerin (Meckl.)	5 269	34 951	6 493	17 295	2 689
Sonneberg	4 615	25 592	8 108	10 994	1 941
Stuttgart (Metzger)	953	4 434	(1908)	2 129	(1908)
„ (Allg.)	61 004	524 315	249 126	371 354	152 813
„ (Handw.)	13 370	125 50		67 084	
Tarnowitz	3 481	17 450	4 480	10 984	2 616
Ulm	9 948	79 590	22 626	33 460	—
Velbert	6 710	54 704	25 596	20 617	—
Weimar	8 216	59 086	19 180	33 951	9 050
Wenigenjena	986	6 599	1 451	4 283	1 297
Wiesbaden	17 657	87 790	10 540	72 283	7 950
Worms	7 694	560 22	19 081	—	—

Literatur.

Sporleder, Die Aufnahme der Gewährung von Stillgeld in die neuen Satzungen der Krankenkassen. Concordia 1912, S. 253.

Eisenstadt, Kontrolle oder Fürsorge in der Krankenversicherung. Ärztl. Sachverst.-Ztg. 1907, S. 419.

Seelmann, Das Wirken der Bureaukraten in der Arbeiterversicherung. Arb.-Versorg. 1911, S. 313.

Die Krankenversicherung im Jahre 1910. Statistik des Deutschen Reiches, Bd. 248.

Krankenversicherung. Hauptergebnisse für das Deutsche Reich. Reichsarbeitsblatt 1912, Nr. 12.

Die Krankenversicherung. Statistik des Deutschen Reiches, Bd. 170.

Verwaltungsbericht des Oberschlesischen Knappschaftsvereins für das Jahr 1910.

Leitfaden zur Arbeiterversicherung des Deutschen Reiches. Berlin 1913.

Übersicht über die Hauptergebnisse von 310 Ortskrankenkassen aus dem Jahre 1909. Beilage zu Nr. 35 der Arbeiterversorgung 1910.

Zweiundzwanzigstes Kapitel.

Die Leistungen der Unfallversicherung.

Der Charakter der Leistungen im Gebiete der Unfallversicherung ist durchaus anders als derjenige der Leistungen im Gebiete der Krankenversicherung. Während hier die Fürsorge für kurze, vorübergehende Krankheitszustände bestimmt ist, soll die Unfallversicherung die Unfallfolgen wirtschaftlich ausgleichen, solange sie die Erwerbsfähigkeit schädigen. Das zeitliche Moment ist hier ganz unbetont, der Schaden wird geschätzt und ersetzt, gleichgültig, ob es sich um kurze Zeit oder dauernde Unterstützung handelt. Ist der Schaden derartig, daß Krankenpflege erforderlich ist, so muß sie gewährt werden, ebenfalls gleichgültig, wie lange diese Art der Hilfe dauert. Nur in den ersten 13 Wochen nach einem Unfall besteht eine Verpflichtung für die Träger der Unfallversicherung nicht, hier haben die Krankenkassen oder die Gemeinde oder der Arbeitgeber aufzukommen. Ich habe schon früher auseinandergesetzt, welche Gründe zu diesem Verfahren maßgebend gewesen sind. Jedenfalls werden die Versicherungsträger der Unfallversicherung durch diese Bestimmung von einer erheblichen Last und Verwaltungsarbeit befreit. Auf der andern Seite hat diese Befreiung aber auch ihre Schattenseiten, da ein ungenügendes oder mangelhaftes Heilverfahren dann zur Folge hat, die Berufsgenossenschaft dann noch viele Jahre oder gar dauernd zu belasten.

Seit dem Bestehen der Versicherung haben die Träger der Unfallversicherung (1885/1911) 2,4 Millionen Unfallverletzte entschädigt. Die Belastung eines einzelnen Jahres entsteht durch die Personen, die noch aus früheren Jahren Renten beziehen, und durch die Verletzten, die erstmalig entschädigt werden. Im Jahre 1911 wurden 1 018 075 Unfälle überhaupt entschädigt, davon 132 114 erstmalig. In den 27 Jahren des Bestehens ist also im ganzen nur etwas mehr als das Doppelte von den Unfällen, die im letzten Jahre zu entschädigen waren, den Versicherungsträgern zur Last gefallen. Dieses Verhältnis zeigt, daß die Ausscheidung der Anspruchsberechtigten nur langsam vor sich geht, und daß die Unfallversicherung eine ganz andere zeitliche Belastung erfährt als die Krankenversicherung.

Zu den Pflichtleistungen der Unfallversicherung gehören:

Renten an die Verletzten,
Renten an die Hinterbliebenen,
Sterbegeld,
Krankenpflege bei Rentnern, die der Behandlung bedürfen.

Statt der Renten kann eine Kapitalabfindung erfolgen. Bisher konnten nur Renten bis zu 15 % abgefunden werden, durch die RVO. ist die Grenze auf 20 % erhöht. Für die jetzige statistische Nachweisung kommen also nur die 15prozentigen Renten in Betracht. Ferner können Ausländer und Witwen unter zum Teil durch die RVO. erleichterten Umständen abgefunden werden.

Die Versicherungsträger der Unfallversicherung haben weiterhin als Pflichtleistung von der fünften Woche nach dem Unfall den Unfallzuschuß zu dem Krankengeld zu bezahlen, falls der Unfall später entschädigungspflichtig wird. Ihnen liegt außerdem die Deckung der durch die Unfallverhütung entstehenden Kosten ob.

Eine freiwillige Leistung ist die Fürsorge während der Wartezeit. Gerade diese Leistung macht sich aber für die Versicherungsträger bezahlt, da, wie ich schon oben erwähnte, bei ungenügender Behandlung der Verletzten später hohe dauernde Renten zu gewähren sind. Auf das Heilverfahren während und nach der Wartezeit bin ich in einem besondern Kapitel näher eingegangen. Ich möchte an dieser Stelle noch auf die große wirtschaftliche Bedeutung hinweisen, die das Heilverfahren auch für die Verletzten hat. Denn gerade für den Arbeiter ist es nicht gleichgültig, ob er mit heilen Gliedern seiner Arbeit nachgehen kann, oder ob er in seiner Erwerbsfähigkeit geschädigt ist. Die Rente ist doch immer nur ein Ersatz für den Verlust und viel geringer zu bewerten als die Erhaltung der Arbeitskraft.

Der Leitfaden zur Arbeiterversicherung gibt folgendes Beispiel für die Wirkung der Unfallversicherung im Einzelfall. Ein gewerblicher Arbeiter mit einem Jahresarbeitsverdienste von 1391,70 M. erleidet einen Betriebsunfall. Er ist zunächst auf die Leistungen der Krankenversicherung und den Krankengeldzuschuß angewiesen, erhält aber von der 14. Woche ab, ohne daß er jemals Beiträge gezahlt hätte, die erforderliche Heilbehandlung und bei völliger Erwerbsunfähigkeit eine Unfallrente von jährlich 928,20 M. Bei nur teilweiser Beschränkung der Erwerbsfähigkeit mindert sich die Rente entsprechend, bei völliger Hilflosigkeit erhöht sie sich auf 1391,70 M. Hat der Unfall den Tod zur Folge, so wird ein Sterbegeld von 92,78 M. gewährt. Außerdem erhalten die Witwe und die Kinder unter 15 Jahren Hinterbliebenenrenten von je 278,40 M. bis zum Gesamtbetrage von 835,20 M.

An Entschädigungsleistungen an die Versicherten hat die Unfallversicherung bisher über 2 Milliarden ausgezahlt, die ausschließlich von den Arbeitgebern aufgebracht werden. Im einzelnen betrugen die Entschädigungsleistungen:

	1885/1911		1911
Krankenfürsorge:			
Heilverfahren	52	Millionen M.	3 632 000 M.
Fürsorge in d. gesetzlichen Wartezeit	12,9	„ „	3 240 000 „
Heilanstaltsbehandlung	77,4	„ „	5 169 000 „
Angehörigenrente	21,2	„ „	1 477 000 „
Verletztenrente	1 540	„ „	118 007 000 „
Sterbegeld	11,8	„ „	727 000 „
Hinterbliebenenrente	388,2	„ „	32 648 000 „
Kapitalabfindung an:			
Inländer	16,7	„ „	2 207 000 „
Ausländer	4,4	„ „	285 000 „
Witwen	14,2	„ „	1 014 000 „
insgesamt	2 139	Millionen M.	166 610 000 M.

Die Entwicklung der Leistungen in der Unfallversicherung ist außerordentlich. In einem Schaubild (Fig 57) sind die Kosten der Krankenfürsorge im Laufe der Jahre dargestellt. Die Fürsorge während der Wartezeit, die allein

als freiwillige Leistung hierbei in Betracht kommt, hat sich aus kleinen Anfängen bis zum Jahre 1901 ansehnlich entwickelt, dann aber keinen rechten Aufschwung mehr gezeigt. Die pflichtmäßige Krankenfürsorge nach der Wartezeit zerfällt in das „Heilverfahren", das heißt freie Behandlung, Arznei usw., und die Behandlung in Heilanstalten, die statt freier ärztlicher Behandlung und der Unfallrente gewährt werden kann. Erfolgt die Behandlung in der Heilanstalt, so erhalten die Angehörigen für diese Zeit Angehörigenrente. Ursprünglich sind die Ausgaben für das Heilverfahren und die Anstaltspflege ziemlich gleich gewesen, allmählich gewinnen aber die Ausgaben für die Anstaltspflege das Übergewicht. Diesem Anwachsen entspricht auch die Zunahme in den Ausgaben für die Angehörigenrente. Insgesamt wurden seit dem Bestehen der Unfallversicherung mehr als 163 Millionen Mark für die Krankenfürsorge aufgewendet.

In dem folgenden Schaubild (Fig. 58) ist die Entwicklung der Unfallentschädigungen zur Darstellung gebracht. Man erkennt, daß die Säulen, welche die Krankenfürsorge darstellen, einen bescheidenen Raum einnehmen und selbst hinter den Zahlungen für Sterbefälle zurückbleiben. Sie wachsen auch langsamer an als die andern Ausgaben. Diese Verschiedenheit ist aber darauf zurückzuführen, daß bei der Krankenfürsorge ebenso wie bei den Abfindungen nur die einmalige jährliche Ausgabe zur Darstellung kommt, während die Entwicklung der Rentenlast von den neuen Unfällen des Jahres und den alten Unfällen früherer Jahre, die noch nicht zur Ausscheidung gekommen sind, abhängig ist. Da die Ausscheidungen, wie ich zeigte, nur gering sind, muß die Rentenlast verhältnismäßig schnell anwachsen.

Schließlich ist auch der Unfallverhütungskosten zu gedenken. Hier ist eine außerordentliche und sehr schnelle Steigerung festzustellen. Auf die Unfallverhütung und die erste Hilfe bei Unfällen bin ich schon in dem gleichlautenden Kapitel eingegangen. Bei dem Erlaß der Unfallverhütungsvorschriften und der Überwachung der Betriebe handelt es sich um Pflichtleistungen der Versicherungsträger. Der Wert dieser Leistungen darf nicht unterschätzt werden. Denn jeder Unfall, der durch eine zweckentsprechende Maßnahme verhütet werden kann, bedeutet nicht nur eine Ersparnis für die Berufsgenossenschaft, sondern auch weiterhin für die Krankenkasse, der der Betreffende angehört, und schließlich auch für den Verletzten und die Allgemeinheit. Es ist wohl einleuchtend, daß der Erlaß der Unfallverhütungsvorschriften selber nicht mit erheblichen Kosten verknüpft ist, während die Überwachung beträchtliche Opfer fordert. Ich habe in dem erwähnten Kapitel auf die Leistungen und Fortschritte der Unfallverhütung hingewiesen. Besonders möchte ich noch darauf hinweisen, daß in den letzten Jahren auch die Summen, die für die Rettung Verunglückter ausgesetzt werden, in ansehlicher Weise zunehmen. Natürlich handelt es sich bei der Gewährung dieser Prämien um freiwillige Leistungen der Berufsgenossenschaften.

Ich habe schon immer über den Rahmen der Pflichtleistungen hinausgehen und auf einige freiwillige Leistungen verweisen müssen. Von freiwilligen Leistungen kommen weiterhin noch in Betracht die Invalidenhauspflege, Maßnahmen besonderer Art im Interesse der Versicherten und Anlegung des Vermögens im Interesse der allgemeinen Wohlfahrtspflege. Was die Invalidenhauspflege betrifft, so ist darüber wenig Rühmliches zu sagen. Wenn man bedenkt, daß in der gewerblichen Unfallversicherung 1500 Empfängern von Hilflosenrenten nur 5 Personen gegenüberstehen, die in Invalidenhäusern untergebracht sind, so scheint die In-

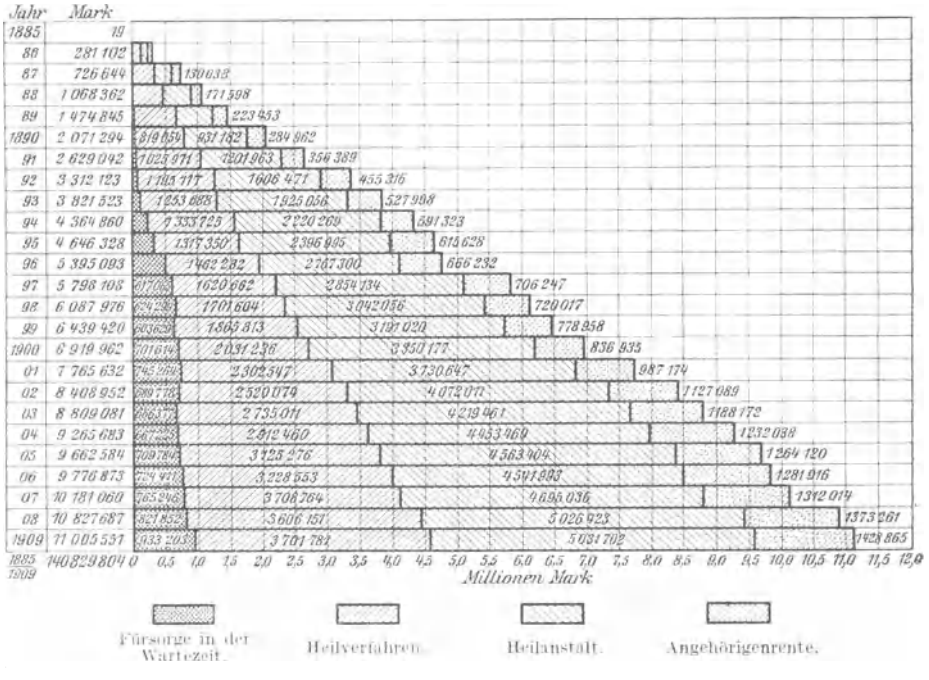


Fig. 57. Die Krankenfürsorge in der Unfallversicherung. (Nach der Bearbeitung des Reichsversicherungsamts).

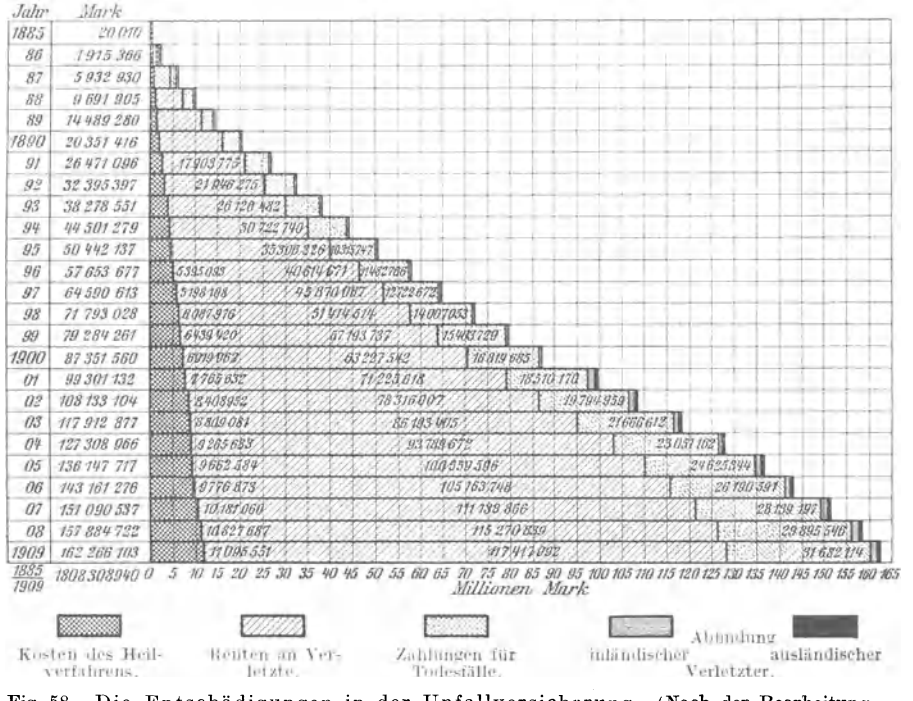


Fig. 58. Die Entschädigungen in der Unfallversicherung. (Nach der Bearbeitung des Reichsversicherungsamts).

validenhauspflege nur mangelhaft geübt zu werden. Denn ein Bedürfnis liegt zweifellos vor. Es ist nicht anzunehmen, daß die auffallend geringe Zahl von Pfleglingen darauf zurückzuführen ist, daß die Leute nicht in die Invalidenhäuser gehen wollen, wie es vielfach bei der Invalidenversicherung der Fall ist.

Von Maßnahmen im Interesse der Versicherten ist zunächst die Errichtung eigener Heilanstalten hervorzuheben, worauf ich schon in dem Kapitel über das Heilverfahren näher eingegangen bin.

Auf Anregung des Reichsversicherungsamts haben die gewerblichen Berufsgenossenschaften sich an der Bekämpfung des Alkoholismus beteiligt, während es bei den landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften nur insofern zu einer Anteilnahme kam, als sie sich auf die Verteilung von Merkblättern an die Versicherten beschränkten. Die gewerblichen Berufsgenossenschaften haben zum großen Teil in ihre Unfallverhütungsvorschriften die Bestimmung aufgenommen, daß Betrunkene von der Arbeitsstätte zu weisen, Trunksüchtige von gefährlichen Arbeiten fernzuhalten sind, das Mitbringen alkoholischer Getränke zur Arbeit sowie der Verkauf und Genuß daselbst zu verbieten und dafür gutes Trinkwasser zu beschaffen ist. In beachtenswerter Weise hat die Brauerei- und Mälzerei-BG. auf die Einschränkung des freien Haustrunks in den Brauereien hinzuwirken gesucht. Den freien Haustrunk durch die Unfallverhütungsvorschriften zu verbieten, erschien aus wirtschaftlichen Rücksichten und infolge der Unmöglichkeit, die Arbeiter wirksam zu kontrollieren, untunlich. Doch wirkte die Genossenschaft auf freiwillige Ablösung des Haustrunks durch die Brauereien hin, die dafür den Arbeitern eine Entschädigung in bar oder durch Speisen (Wurst, Brot, Kaffee usw.) gewähren sollten. Ende 1906 war das Freibier bereits in 104 Betrieben mit rund 12000 Arbeitern teils freiwillig, teils infolge Vereinbarung mit den Arbeiterorganisationen abgelöst worden. Ende 1909 waren zu den 104 Betrieben weitere 134 Brauereibetriebe mit 6891 Vollarbeitern hinzugetreten. Zweifellos hat die Ablösung auch weiterhin Fortschritte gemacht.

In Zukunft werden die Berufsgenossenschaften die Möglichkeit haben, sich freiwillig in der Weise zu betätigen, daß sie den Verletzten Arbeitsgelegenheit schaffen. Ich habe auf die Wichtigkeit dieser Maßregel im Zusammenhange mit der Besprechung der traumatischen Neurosen hingewiesen.

Ein besonderes Verdienst erwirbt sich die Knappschafts-BG. mit der Herausgabe der Zeitschrift Kompaß, die zu den gelesensten Organen über Unfallversicherung gehört und in ihrem Leserkreis nicht etwa nur auf die Angehörigen der Berufsgenossenschaft beschränkt ist. Ebenso gibt diese Genossenschaft alljährlich eine Sammlung der Rekursentscheidungen des Reichsversicherungsamts und der Landesversicherungsämter heraus. Auch die Tiefbau-BG. gibt ein eigenes Organ für die Mitglieder ihrer Berufsgenossenschaft heraus, ebenso verschiedene andere Berufsgenossenschaften. Einzelne Berufsgenossenschaften schicken regelmäßig eine Anzahl von Arbeitgebern und Versicherten zum Besuch der Charlottenburger Ausstellung oder des Bayerischen Arbeitermuseums; auch sonst bestehen allerlei Bestrebungen, aufklärend hinsichtlich der Unfallverhütung zu wirken.

Über die Anlegung von Vermögen der Berufsgenossenschaften im allgemeinen Wohlfahrtsinteresse ist nichts Näheres bekannt. In der Schrift über den Wirkungskreis des Reichsversicherungsamts heißt es nur: „Ebenso haben die Berufsgenossenschaften Mittel, wenn auch nicht in dem

Umfange wie die Invalidenversicherungsanstalten, für gemeinnützige Zwecke verwendet, so für die Errichtung von Krankenhäusern, zur Förderung einer durchgreifenden Heilbehandlung von Unfallverletzten sowie zur Herstellung gesunder und billiger Arbeiterwohnungen."

Infolge der ganz anderen Art der Leistungen ist auch die Unfallversicherung viel eher als die Krankenversicherung in der Lage, eine ansehnliche Vermögensansammlung zu befördern. Da die Art der Beitragsleistung verschieden ist, bald die Kapitaldeckung, bald das Prämienverfahren Geltung hat, so ist auch die Vermögensansammlung bei den einzelnen Berufsgenossenschaften verschieden. Bei sämtlichen Trägern der Unfallversicherung zusammen hat das Vermögen ungefähr die 2½ fache Höhe der Jahresausgabe. Im Jahre 1911 betrug die Summe der Ausgaben 202,5 Millionen Mark, die Höhe des Vermögens 565,4 Millionen Mark.

Die Leistungen der Unfallversicherten kamen bisher dem größten Versichertenkreise in der Arbeiterversicherung zugute. Es waren 24,6 Millionen Menschen im Jahre 1911 gegen Unfall versichert, dagegen gegen Krankheit nur 14,5 und gegen Invalidität 15,8 Millionen Personen. Von den gegen Unfall versicherten Personen waren 15 391 000 Männer und 9 236 000 Frauen. Auf 1000 Vollarbeiter kamen in der gewerblichen Unfallversicherung überhaupt 7,99 erstmalig entschädigte Unfälle.

Literatur.

Geschichte und Wirkungskreis des Reichsversicherungsamts. Berlin 1911.
Die Deutsche Arbeiterversicherung. Festschr. zur Hygieneausstellung in Dresden. Berlin 1911.
Leitfaden zur Arbeiterversicherung des Deutschen Reichs. Berlin 1913.
Die Einschränkung des freien Haustrunkes in den Brauereibetrieben. Monatsblätter für Arbeiterversicherung 1909, S. 137.

Dreiundzwanzigstes Kapitel.

Die Leistungen der Invalidenversicherung und die Wirkung der sozialen Versicherung überhaupt.

Der Versichertenkreis war bisher in der Invalidenversicherung größer als in der Krankenversicherung. Da die RVO. jetzt den Versichertenkreis in der Krankenversicherung, aber nicht in der Invalidenversicherung, vergrößert, wird sich in Zukunft dieses Verhältnis ändern. Gegen Invalidität waren 1911 überhaupt 15,8 Millionen Personen versichert, davon 11 Millionen Männer und 4,8 Millionen Frauen. In Zukunft wird sich diese Zahl also nicht erheblich ändern und nur mit dem Wachstum der versicherungspflichtigen Bevölkerung zunehmen. Die Leistungen der Invalidenversicherung kennzeichnen sich dadurch, daß sie verhältnismäßig klein sind und nur einen Zuschuß zu dem Lebensunterhalt darstellen sollen. Sie sind nicht wie bei den andern Versicherungsarten dazu bestimmt, die durch Krankheit oder Unfall verlorene wirtschaftliche Leistungsfähigkeit ganz oder teilweise zu ersetzen, sondern sie stellen nur eine Beihilfe dar. Während nun aber in der Krankenversicherung die hohe Leistung von kurzer Dauer ist und in der Unfallversicherung die Dauer der Leistung zwar unbestimmt bleibt, aber in einem großen Teil der Fälle vorübergehender Natur ist, zeichnen sich die niedrigen Leistungen der Invalidenversicherung dadurch aus, daß sie meistens für die Dauer langer Zeitabschnitte gewährt werden. Eine Ausnahme machen nur die Krankenrenten, deren Zahl aber gegenüber den Invalidenrenten gering ist, und die dem Bestreben ihre Entstehung verdanken, nach Ablauf der Krankenversicherung den Versicherten nicht völlig ohne jede Hilfe zu lassen. Die Invalidenrenten werden für die ganze Dauer der Invalidität gewährt, ebenso die Witwen- und Witwerrenten, die Waisenrenten bis zum 15. Lebensjahre und die Altersrenten lebenslänglich. Im einzelnen Falle ist allerdings die Leistung, für den Monat oder den Tag berechnet, nur gering. Der Leitfaden zur Arbeiterversicherung gibt folgende Beispiele für die Wirkung der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung in einem willkürlich gewählten Falle.

Ein Arbeiter wird schon im 21. Lebensjahr invalide. Er hat 100 Beiträge in der III. und 120 Beiträge in der IV. Lohnklasse entrichtet, also im ganzen 40 M. eingezahlt. Dafür erhält er für die ganze Dauer seiner Invalidität eine jährliche Invalidenrente von 141,60 M. Hat aber ein Versicherter 2500 Beiträge der V. Lohnklasse entrichtet, also 600 M. einbezahlt, so beträgt die Altersrente 230,40 M. und die Invalidenrente 450 M. Besitzt der Rentenempfänger Kinder unter 15 Jahren, so erhöht sich seine Invalidenrente für jedes Kind um 45 M. bis zum Höchstbetrage von 675 M.

Ein anderer Arbeiter habe zur Invalidenversicherung 700 Beiträge der III. Lohnklasse entrichtet, davon 15 nach dem 1. Januar 1912. Bei seinem

Tode erhalten die invalide Witwe eine Witwenrente von jährlich 74,40 M., eine einzige Waise eine Waisenrente von jährlich 37,20 M., 5 Waisen eine solche von je 29,40 M. Das Witwengeld beträgt 74,40 M., die Waisenaussteuer bei einer einzigen Waise 24,80 M. und bei 5 Waisen je 19,60 M. Wenn man auch berücksichtigt, daß für die Hinterbliebenenbezüge nur die Beiträge nach dem 1. Januar 1912 voll in Ansatz kommen und also in späteren Jahren sich erhöhen werden, so muß man doch zugeben, daß Bezüge von 6 M. für die Witwe und 3 M. für die Waise monatlich überaus winzige Beihilfen darstellen.

Andererseits ist die Rentenleistung für die Versicherten trotz der niedrigen einmaligen monatlichen Leistung hoch im Verhältnis zu den Einzahlungen, und sie ist im Verhältnis umso höher, je weniger der Versicherte eingezahlt hat, weil sich dann die Wirkung des Reichszuschusses und des Grundbetrages am stärksten äußert. Im ganzen betrachtet sind die Entschädigungsleistungen der Invalidenversicherung aber beträchtlich; sie werden zwar von denen der Krankenversicherung übertroffen, überragen aber ihrerseits diejenigen der Unfallversicherung. Die Summe der Entschädigungsleistungen betrug 1911 in der

Krankenversicherung	397	Millionen	Mark
Unfallversicherung	166	„	„
Invalidenversicherung	203	„	„

Auch bei den Einnahmen ist dieselbe Reihenfolge zu beobachten. Bei den Gesamtausgaben ist dasselbe der Fall, jedoch ist der Verbrauch der Einnahmen durch die Ausgaben sehr verschieden. Im Jahre 1911 beliefen sich

	die Einnahmen auf		die Gesamtausgaben auf	
in der Krankenversicherung . .	446	Millionen	420	Millionen
in der Unfallversicherung . . .	227	„	202	„
in der Invalidenversicherung . .	323	„	226	„

Noch schärfer prägt sich diese Verschiedenheit bei der Berücksichtigung größerer Zeitabschnitte aus. Der Unterschied zwischen Einnahmen und Ausgaben betrug seit 1885 bei der Krankenversicherung 277 Millionen, bei der Unfallversicherung 566 Millionen, bei der Invalidenversicherung dagegen in dem viel kleineren Zeitraume von 1891 sogar 1 Milliarde 759 Millionen. Daher erklärt es sich, daß die Invalidenversicherung in der Lage war, große Kapitalien anzusammeln, und daß sie eher als die andern Versicherungszweige diese Kapitalien auch für die Allgemeinheit nutzbringend anwenden konnte. Man kann sich vorstellen, daß dieser Goldstrom so erdrückend wirkte, daß die Versicherungsanstalten geradezu der Erweiterung der Leistungen entgegengetrieben wurden. Trotzdem darf man nicht annehmen, daß hier nutzlos Kapitalien angesammelt sind, die in besserer Weise durch Erhöhuug der Pflichtleistungen den Versicherten wieder zugeführt würden. Diese Vermögensansammlung entspricht den mathematischen Grundsätzen, die der Versicherung zugrunde gelegt werden müssen. Wenn große wirtschaftliche Katastrophen über unser Volk hereinbrechen, wir in einen Krieg verwickelt werden, Seuchen ausbrechen, so steigt sofort die Invaliditätshäufigkeit in außerordentlicher Weise. Es gibt gewissermaßen einen Run auf die Versicherungsanstalten. Der Ausgabe stehen dann aber plötzlich erheblich verminderte Einnahmen gegenüber. Man darf deshalb auch die Sicherheit nicht außer acht lassen. In dieser Hinsicht ist der Erlaß des Reichsversicherungsamts zu verstehen, der die Versicherungsanstalten zu einer bestimmten

Verzinsung ihres Kapitals anhält. Der jetzige Zustand erscheint so rosig, daß seitens mancher Versicherungsanstalten der Sicherheitsstandpunkt bei der Anlegung des Vermögens, soweit gemeinnützige Unternehmungen in Frage kommen, nicht mehr hinreichend bedacht wird. Der Bericht über den Wirkungskreis des Reichsversicherungsamts gibt darüber nähere Auskunft. So sehr die Betätigung der Versicherungsanstalten auf dem Gebiete der allgemeinen Wohlfahrtspflege zu begrüßen ist, so sehr muß aber verlangt werden, daß die ursprünglichen Leistungen der Versicherung nicht gefährdet werden. Wenn eine solche Gefährdung aber nicht vorliegt, dann wäre die Herabsetzung der Altersgrenze für die Altersversicherung und die Erhöhung der Pflichtleistungen mehr am Platze als z. B. die Befriedigung des landwirtschaftlichen Kreditbedürfnisses oder die Beleihung von Rentengütern, denn diese Leistungen gehen doch wohl über den Rahmen dessen hinaus, was der Invalidenversicherung bei großzügigen Maßnahmen zur Verhütung der Invalidität zukommt. Wie bedenklich das Aufgeben des Sicherheitsstandpunktes im Gebiete der Invalidenversicherung ist, kann aus den Erfahrungen entnommen werden, die bei der Knappschaftsversicherung gemacht sind, und über die in dem Kapitel Knappschaftswesen berichtet ist.

Den Grundstock der Leistungen in der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung bilden die Invalidenrenten und Altersrenten. Nächstdem kommen die Krankenrenten. Bisher waren als gesetzliche Leistungen ferner Beitragserstattungen bei Heirat weiblicher Versicherter, Tod und Unfall in bestimmten Fällen vorgesehen. Diese 3 Leistungen kommen nun nach Inkrafttreten der RVO. in Fortfall. Für die Übergangszeit trifft das Einführungsgesetz besondere Bestimmungen. (Art. 75—78.) Neu hinzugekommen sind als Pflichtleistungen durch die RVO. die Hinterbliebenenbezüge: Witwenrenten, Witwerrenten, Waisenrenten, Witwengeld und Waisenaussteuer. Seit Bestehen der Invalidenversicherung und im Jahre 1912 allein wurden bewilligt

	überhaupt	1912
Invalidenrenten	2 105 773	124 825
Krankenrenten	138 704	11 570
Altersrenten	516 693	12 111
Witwen- und Witwerrenten	—	3 811
Witwenkrankenrenten	—	110
Waisenrenten	—	13 962
Fälle von Witwengeld	—	4 118
„ „ Waisenaussteuer	—	108

Außer diesen Pflichtleistungen hat die Invalidenversicherung den Versicherten in bestimmten Fällen Krankenfürsorge als freiwillige Leistung gewährt. Diese Krankenfürsorge ist unter dem Namen Heilverfahren bekannt. Über das Heilverfahren in der Invalidenversicherung habe ich ausführlich in dem gleichlautenden Kapitel berichtet.

Außer der Krankenfürsorge kann den Versicherten noch Invalidenhauspflege als freiwillige Leistung zuteil werden. Die Satzung der Versicherungsanstalt kann den Vorstand ermächtigen, einen Rentenempfänger in einem Invaliden- oder Waisenhaus oder in einer ähnlichen Anstalt unterzubringen und dazu die Rente ganz oder teilweise zu verwenden. Die Aufnahme verpflichtet den Rentenempfänger auf ein Vierteljahr und, wenn er nicht einen Monat vor Ablauf dieser Zeit widerspricht, jedesmal auf ein

weiteres Vierteljahr zum Verzicht auf die Rente. (§ 1277.) Die Unterbringung von Witwen und Witwern in einem Invalidenhaus und von Waisen in Waisenhäusern ist neu, so daß hierüber noch keine Erfahrungen vorliegen. Dagegen haben die Versicherungsanstalten schon bisher Empfänger von Invaliden- und Altersrenten in Invalidenhäusern verpflegt und sogar auf diesem Gebiete große Anstrengungen gemacht, die aber im allgemeinen nicht von entsprechendem Erfolg begleitet waren. Die meisten Invalidenhäuser sind schlecht besetzt, so daß zwei Versicherungsanstalten ihre Invalidenhäuser wieder haben schließen müssen. Das liegt daran, daß der Invalidenrentner, solange er sich gesund fühlt, nicht seine Freiheit und den Umgang mit seiner Familie aufgeben will. Wer sich noch einigermaßen so durchschleppen kann, bleibt in seinem bisherigen Wohnort und nimmt im Notfall lieber die Unterstützung der Armenbehörde in Anspruch, als daß er sich aus seinem gewohnten Milieu entfernt. Meist gehen nur Personen in ein solches Heim, die ganz für sich allein stehen oder pflegebedürftig sind. So besteht eine eigenartige Mischung aus noch ziemlich rüstigen Leuten und aus hinfälligen Personen. Da die Versicherungsanstalten besonders gern Kranke mit vorgeschrittener Lungentuberkulose in solchen Heimen unterbringen wollten, so zeichneten sich die Anstalten bald durch so hohe Sterblichkeit aus, daß sie von den andern Insassen schleunigst verlassen oder von andern Kranken gemieden wurden. Sie kamen in den Geruch von Sterbehäusern. Eine gesunde Entwicklung ist nur dann möglich, wenn zwei Gruppen von Invalidenheimen streng von einander geschieden werden: eigentliche Siechenhäuser für Schwerkranke und Heime für Pensionäre, die nicht pflegebedürftig sind. Die letztgenannten Heime müßten in der Stadt liegen und den Insassen ausreichende persönliche Freiheit gewähren. Von der Versicherungsanstalt der Rheinprovinz ist der Versuch gemacht worden, Kranke mit vorgeschrittener Tuberkulose in den kleinen Kreiskrankenhäusern auf dem Lande oder in den kleinen Städten unterzubringen. Diese Bestrebungen scheinen von besserem Erfolge begleitet zu sein als die Unterbringung der Tuberkulösen in Invalidenheimen. Im Jahre 1910 besaßen 13 Versicherungsträger eigene Invalidenhäuser. Vier Anstalten waren gemietet Die Zahl der benutzten fremden Anstalten betrug 381. Die Ziffer der Personen, die in eigenen gemieteten oder von Dritten unterhaltenen Anstalten verpflegt wurden, belief sich auf 3410. Von den Verpflegten waren 28 % tuberkulös. Trotz der vorher gemachten Ausführungen steigt die Zahl der untergebrachten Personen mit fortgeschrittener Tuberkulose von Jahr zu Jahr. Während im Jahre 1907 nur 402 Lungentuberkulöse verpflegt wurden, stieg die Zahl im Jahre 1908 auf 614, im Jahre 1909 auf 719 und im Jahre 1910 auf 959 Personen. An dieser Zunahme ist besonders die Landesversicherungsanstalt Rheinprovinz aus den genannten Gründen beteiligt. Diese Versicherungsanstalt verpflegte im Jahre

1907 . . . 162,
1908 . . . 222,
1909 . . . 293,
1910 . . . 411 tuberkulöse Rentner, darunter 90 Frauen.

Die Landesversicherungsanstalt Rheinprovinz bringt diese Kranken in dreifacher Weise unter, entweder in kleineren Krankenhäusern, von denen 29 zur Verfügung stehen, oder in drei Pflegeheimen, die nur für Lungenkranke bestimmt sind, oder in zwei Spezialkrankenhäusern für Lungenkranke. Die

Kranken des mittleren Stadiums werden mit leichten Arbeiten beschäftigt, die einen sehr wohltuenden Einfluß haben, da sie die Kranken vom Grübeln über ihren Krankheitszustand abhalten. Über die Schwierigkeiten der Unterbringung und die Grundsätze, die dabei zu befolgen sind, äußert sich der Bericht der Versicherungsanstalt folgendermaßen:

Meist ist der Lungenkranke nur sehr schwer zu bewegen, sich für immer aus dem Kreise seiner Familie zu entfernen und seine Lebensgewohnheiten von Grund auf zu ändern. Besonders häufig machen ihm Nahrungssorgen um seine Familie diesen Entschluß schwer. Solange er keine Anstalt aufsucht, kommt der Familie seine Rente zugute, und er kann oft diesen Zuschuß noch durch kleines Verdienst erhöhen, während beides wegfällt, sobald er in ein Invalidenheim eintritt. Damit fällt seine Familie der Unterstützung seitens der Armenverwaltung anheim. Solange daher dem Schwertuberkulösen von Gesetzes wegen bei seinem Eintritt in eine Anstalt keine Angehörigenunterstützung gewährt wird, wie dem Leichterkrankten bei seinem Eintritt in die Heilstätte, wird die Sorge um die Familie ein schwerwiegender Grund sein, der den Lungenkranken von einem Eintritt in ein Invalidenheim abhält.

Folgende Grundsätze haben sich für die Landes-Versicherungsanstalt hinsichtlich der Unterbringung dieser Lungenkranken herausgebildet:

1. Es ist auf möglichste Dezentralisierung Bedacht zu nehmen, damit die Invaliden in ihrer engeren Heimat bleiben können. Es ist beabsichtigt, möglichst für jeden Kreis ein oder zwei kleinere, nicht zu sehr abgelegene ländliche Krankenhäuser in freier Lage den lungenkranken Invaliden zugänglich zu machen.

Wenn diese kleineren Krankenhäuser auch von vornherein nicht die bestmögliche Einrichtung bieten, so werden sie doch durch die Pflegesätze der Landes-Versicherungsanstalt erfahrungsgemäß so leistungsfähig gemacht, daß sie schon bald dazu übergehen, die entsprechenden Einrichtungen — Liegehallen, Veranden, Anbauten — zu treffen, nötigenfalls mit billigen Darlehen der Versicherungsanstalt. So erstehen für den einzelnen Kreis durch diese Abteilungen für Schwerlungenkranke gleichzeitig neue Schulen der Hygiene, indem unter Anleitung des Arztes und der Pflegepersonen der Kranke zu einer seinem Zustande entsprechenden Lebensweise und zum Gebrauch der notwendigsten Vorsichtsmaßregeln für seine Mitmenschen erzogen wird.

Vorbauend wird deshalb auch bei Darlehnsbewilligungen zum Bau von Krankenhäusern auf dem Lande in der Regel zur Bedingung gemacht, daß durch Schaffung besonderer Einrichtungen auf die Unterbringung von Schwerlungenkranken Rücksicht zu nehmen ist.

2. Die Lage muß eine ländliche und die benutzten Zimmer müssen sonnig und luftig sein.

3. Bei den zu treffenden Maßnahmen muß das Moment der Isolierung gegenüber dem der Hilfe zurücktreten. Ein weltabgelegenes Siechenhaus wird niemals imstande sein, Lungenkranke dauernd zu fesseln. Vor allem ist auf das Moment der ständigen ärztlichen Behandlung nicht zu verzichten; ohne eine solche bleiben alle Heime für Tuberkulöse Siechenhäuser. Es hat sich aber auch herausgestellt, daß von den Invaliden, insbesondere auch von solchen, die von den Heilstätten zurückgewiesen waren, eine ganze Reihe durch die ständige ärztliche Behandlung und langandauernde Pflege und Schonung im Invalidenheim wieder zur Erwerbsfähigkeit gelangte. Zu diesem Zwecke sind die Pflegeheime angewiesen, bei der Aufnahme der Lungenkranken in das Invalidenheim etwa innerhalb 14 Tage eine ärztliche Untersuchung dieser Invaliden unter Angabe des Befundes und der Aussicht auf Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit herbeizuführen. Ebenso ist in allen Fällen, in denen Invalide wenigstens drei Monate in der Anstalt verbleiben, beim Austritt aus der Anstalt ein Schlußgutachten abzugeben.

4. Die Behandlung und Pflege muß eine persönliche anteilnehmende sein. Auch das läßt sich in den kleinen benutzten Anstalten bestens erreichen. Vor allem ist es schwierig, die noch nicht bettlägerigen Fälle zu halten. Sie waren fast alle in Lungenheilstätten und wissen, daß sie an Schwindsucht leiden, oder haben sich um Aufnahme in eine Heilstätte beworben, sind aber als „ungeeignet" abgewiesen worden. Es ist eine schwere, aber notwendige Aufgabe, sie wieder mit Lebensmut zu erfüllen. Eine günstige Einwirkung auf das körperliche Befinden wird regelmäßig Folge dieser psychischen Behandlung sein. Um die Kranken von der ständigen Erinnerung an ihr Leiden abzulenken, muß den Bewegungsfreien Gelegenheit zu leichter Beschäftigung geboten werden.

5. Die Invaliden sind nicht in großen Sälen, sondern in kleineren Zimmern von höchstens 4—6 Betten unterzubringen. Die bettlägerig Kranken, insbesondere alle

diejenigen mit schweren Nebenerscheinungen, wie Darm- und Kehlkopftuberkulose, müssen von den Bewegungsfreien möglichst getrennt gehalten werden.

Alles dieses läßt sich bei den meist gering belegten ländlichen Krankenhäusern zu verhältnismäßig niedrigen Pflegesätzen erreichen. Hierauf ist, wenn an eine Verallgemeinerung dieser Maßregel auch seitens anderer Verwaltungen gedacht werden soll, besonderer Wert zu legen. In keinem Falle übersteigt der Pflegesatz den Betrag von 2 Mark für den Tag, worin die Unkosten für Arzt, Apotheke und Kleidung noch einbegriffen sind. Trotz des geringen Pflegesatzes sind Klagen über unzureichende Pflege und Behandlung sehr selten.

Der Vorstand weist wiederholt die Herren Landräte, Bürgermeister, Gemeindevorsteher, Ärzte, Geistlichen und Lehrer auf diese Einrichtung hin und ersucht, ihnen bekannte tuberkulöse Rentenempfänger zu veranlassen, möglichst von dieser Einrichtung Gebrauch zu machen.

Auch die Unterbringung von alkoholkranken Invaliden seitens der Landesversicherungsanstalt Rheinprovinz ist beachtenswert. Diese Kranken verfallen bei gewohnheitsmäßiger Trunksucht trotz aller Maßnahmen bald wieder in ihren alten Zustand und werden sich, ihrer Gemeinde, der Armenverwaltung und allen Leuten zur Last. Sie sind sich meist hilflos überlassen. Die Versicherungsanstalt hatte 1910 im ganzen 45 derartige Pfleglinge, die in zwei Trinkerheilstätten und einem Invalidenheim untergebracht waren. Es handelt sich hier nicht um Maßnahmen im Heilverfahren, wie sie jetzt seitens vieler Versicherungsanstalten getroffen werden, sondern lediglich um die Unterbringung invalider Trinker. Kann die Unterbringung lange genug erfolgen, so wird auch natürlich ein Heilerfolg nebenher zu erwarten sein. Auch die invaliden Trinker werden in den Anstalten beschäftigt. „Die Erfolge der Invalidenpflege sind bei den Alkoholkranken befriedigende. Selbst Invaliden, die jahrelang dem chronischen Alkoholgenuß sich hingegeben haben, werden, wo sie den Gefahren und den Lockungen der Straße entzogen sind, wieder zufrieden mit ihrer Lebenshaltung und zeigen in den Heimen keine Neigung mehr zum Alkohol."

Der jährliche Gesamtkostenaufwand der Invalidenhauspflege betrug bei allen Versicherungsträgern nach Abzug der Erstattungen durch Renten und andere Zuschüsse bei 859 567 Verpflegungstagen 765 630 M. Im Durchschnitt stellte sich mithin der Verpflegungstag auf etwa 89 Pf. Demgegenüber mußte die Landesversicherungsanstalt Rheinprovinz für ihre 411 tuberkulösen Rentner bei 73 652 Pflegetagen nach Abzug der Renten 98 437 M. aufwenden. Hier stellte sich der Verpflegungstag auf 1,33 M. Der Erfolg scheint also nicht ganz unabhängig von dem Kostenpunkt su sein.

Die gesamten Entschädigungsleistungen der Invalidenversicherung setzten sich folgendermaßen zusammen:

Krankenfürsorge	1891/1911		1911	
Heilverfahren	174,6	Millionen M.	22	Millionen M.
Erhöhte Angehörigenunterstützung usw.	9,3	„ „	1,6	„ „
Invalidenhauspflege	4,5	„ „	0,9	„ „
Invalidenrente	1482,9	„ „	151	„ „
Krankenrente	32,4	„ „	3,1	„ „
Altersrente	452,9	„ „	14,4	„ „
Beitragserstattung bei				
Heirat	78,9	„ „	6,2	„ „
Unfall	0,5	„ „	0,04	„ „
Tod	35,9	„ „	3,9	„ „
insgesamt:	2272	Millionen M.	203,8	Millionen M.

Von großer allgemeiner Bedeutung ist die Tätigkeit der Versicherungsträger auf dem Gebiete der Bekämpfung der Volkskrankheiten geworden. In erster Linie ist hierbei der Bekämpfung der Tuberkulose zu gedenken. Ich habe schon in dem ersten Bande dieses Buches bei der Besprechung der Tuberkulose und ihrer Bekämpfung und bei dem Kapitel über das Heilverfahren in der Invalidenversicherung den Anteil der Versicherungsträger an dem Kampfe gegen die Tuberkulose gezeigt. Ich brauche daher nur noch mit wenigen Worten jetzt hierauf einzugehen. Unsere beiden hauptsächlichsten Mittel im Kampfe gegen die Tuberkulose, die Lungenheilstätten und die Tuberkulosefürsorgestellen, verdanken ihre Entstehung entweder ganz oder zu einem großen Teil der Invalidenversicherung. Seit dem Bestehen der Versicherung sind 371 000 tuberkulöse Menschen mit einem Aufwand von mehr als 135 Millionen Mark behandelt worden. Im Jahre 1911 wurden die Tuberkulosefürsorgestellen mit 340 000 M. unterstützt. Auch bei der Entstehung der Walderholungsstätten haben sich die Versicherungsanstalten beteiligt und werden vielleicht noch in der Asylierung der an fortgeschrittener Tuberkulose Leidenden größere Erfolge erzielen. Auch die später zu besprechenden Maßnahmen der Wohnungsfürsorge dienen der Bekämpfung der Tuberkulose, ebenso aufklärende Maßnahmen, Gründung von Tuberkulosemuseen usw. Immerhin haben enthusiastische Schwärmer den Wert der Lungenheilstätten für die Bekämpfung der Lungentuberkulose übertrieben. Man setzt nicht die Bedeutung der Erfolge der Invalidenversicherung herab, wenn man den Wert der Heilstätten ins rechte Licht stellt. Ich habe darauf hingewiesen, wie problematisch die objektiven Erfolge der Heilstättenkur häufig sind. Wenn darum die Heilstättenkur auch nicht das Allheilmittel gegen die Tuberkulose ist, so ist doch ihr Wert nicht zu bezweifeln, und vor allem ist ihr indirekter Einfluß auf die Psyche des Kranken und die Sanierung der Familie nicht zu unterschätzen. Auf die rechtliche Basis des Heilverfahrens bin ich in dem Sonderkapitel auch näher eingegangen. Neben der Lungentuberkulose erfreut sich dann der Lupus seit einiger Zeit der besonderen Fürsorge der Versicherungsanstalten. Ich bin auch darauf schon in dem Kapitel über das Heilverfahren näher eingegangen.

Der Kampf gegen den Alkoholismus wird nach verschiedenen Richtungen geführt. Einmal wird die Krankheit zum Gegenstand des Heilverfahrens gemacht, wobei ich ebenfalls auf die früheren Ausführungen hinweise. Sodann erfolgt bei einigen Versicherungsanstalten, wie ich soeben gezeigt habe, die Unterbringung von alkoholkranken Invaliden in Invalidenheimen und anderen Anstalten. Die dritte Seite des Vorgehens besteht in einer indirekten Einwirkung. Nach der Veröffentlichung im Reichsarbeitsblatt vom Jahre 1909 geht man hier nicht gleichmäßig vor. „Die Stellungnahme der Versicherungsanstalten zur Alkoholfrage ist äußerst verschiedenartig. Die Führung in der Bekämpfung des Alkoholmißbrauchs hat der Nordwesten Deutschlands; die Versicherungsanstalten Rheinprovinz, Westfalen und Schleswig-Holstein stehen an der Spitze. Ein Teil der Versicherungsanstalten beobachtet dagegen die äußerste Zurückhaltung. Sehr verschieden sind auch die verwendeten Mittel. 12 Anstalten haben durch Gewährung billiger Darlehen im Gesamtbetrage von weit über 1 Million Mark Trinkerheilstätten, Guttemplerlogen und ähnliche Veranstaltungen unterstützt. Ungefähr ebensoviele gehen mit Belehrung und Aufklärungsarbeit größeren, zum Teil größten Stils vor; die durchdachteste, planmäßige Arbeit leistet in dieser

Beziehung Westfalen; diese Anstalt und Berlin und Hansestädte weisen die Höchstleistungen, die Anstalt Westpreußen die Massenverteilung belehrender, gemeinverständlicher Schriften auf. Die Versicherungsanstalt Thüringen hat in recht zweckentsprechender und anscheinend erfolgreicher Weise das Interesse der größeren Arbeitgeber zu gewinnen gewußt, die Versicherungsanstalt Großherzogtum Hessen ihrem Tuberkulose-Museum eine die Folgen des Alkoholmißbrauchs veranschaulichende Abteilung eingefügt. Die Förderung der Trinkervereine lassen sich besonders die Versicherungsanstalten Rheinprovinz und Schleswig-Holstein angelegen sein." Über die Maßnahmen der Landesversicherungsanstalt Westfalen heißt es: „Bisher sind an Darlehen im ganzen 173 900 M. zu Zwecken der Bekämpfung des Alkohols fortgegeben, laufend werden unterstüt t der deutsche Verein gegen Mißbrauch geistiger Getränke mit 50 M., die Vereine gleicher Art in Westfalen mit 50 M. jährlich. Zur Verteilung sind 300 000 Karten „Warnung vor dem übermäßigen Genuß geistiger Getränke" gelangt, auch wird in den Krankenkassen, Pflegeanstalten usw. der Ratgeber für Lungenkranke, der ein besonderes Kapitel über den Alkoholmißbrauch enthält, ausgegeben. Der Inhalt dieses Ratgebers bildet auch einen Gegenstand des Unterrichts in den Volksschulen des Regierungsbezirkes Münster. Durch Vorträge seitens der Kontrollbeamten, seitens der Ärzte in den Anstalten usw. hofft man die Versicherten über die Gefahren des Alkohols zu belehren. Ebenso sind die Bürgermeister, unteren Verwaltungsbehörden, Ärzte, Krankenschwestern der zahlreichen, besonders ländlichen, von der Versicherungsanstalt unterstützten Gemeindepflegestellen ersucht, belehrend zu wirken." Auch hinsichtlich der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten ist in erster Linie auf das in dem Kapitel über das Heilverfahren Gesagte zu verweisen. Außerdem betätigen sich die Versicherungsanstalten auch hier durch Aufklärung und Unterstützung der Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.

Ich wende mich nun denjenigen Maßnahmen zu, die der allgemeinen Krankheitsbekämpfung dienen. Von den Maßnahmen, die sich direkt auf Personen beziehen, ist die Unterbringung von Schulkindern in Ferienkolonien zu nennen. Die Landesversicherungsanstalt der Hansestädte z. B. hat eine Anzahl von Freiplätzen in Ferienkolonien, die von ihr unterstützt werden. Andere Plätze erwirbt sie von Mitteln, die aus dem Verkauf von Ansichtspostkarten in den Heilstätten der Versicherungsanstalt herrühren. Über diese sämtlichen Plätze in den Ferienkolonien verfügt sie im Interesse der Kinder ihrer Versicherten, wobei bedürftige, kränkliche und tuberkulosebedrohte Kinder besonders berücksichtigt werden. Mit dieser Unterbringung von Kindern in Ferienkolonien übt die Versicherungsanstalt nicht nur ein menschenfreundliches Werk, sondern arbeitet auch prophylaktisch im Interesse der Invalidenversicherung.

Allgemeiner sind die indirekten Maßnahmen, die sich auf die allgemeine Krankheitsbekämpfung beziehen. Immer handelt es sich dabei um Unternehmungen und Gesellschaften, die ein gemeinnütziges Werk fördern. Die Unterstützung durch die Versicherungsanstalten kann einmal darin bestehen, daß sie den Vereinen als Mitglied beitreten, oder daß sie das Unternehmen durch einmalige oder laufende Beiträge unterstützen, oder daß sie schließlich Geld herleihen. Bei der leihweisen Hergabe von Geld handelt es sich darum, ob das Geld mündelsicher angelegt werden kann. Ist das nicht der Fall, so bestehen gewisse Beschränkungen, auf die ich in dem Kapitel über die Versicherungsträger der Invalidenversicherung hingewiesen habe.

Ist fester Grund und Boden vorhanden, so ist die Beleihung in der Form der Hypothek möglich. Wenn der Verein, z. B. ein Walderholungsstättenverein oder eine Ferienkolonie, der kein Grundbesitz gehört, von der Versicherungsanstalt Geld zu leihen wünscht, so ist ihm das nur dann möglich, wenn eine leistungsfähige Korporation, etwa die Gemeinde oder der Kreis, die Bürgschaft übernimmt. Voraussetzung für die leihweise Hergabe von Geld ist immer eine angemessene Verzinsung. Gerade darin liegt aber der Wert der Unterstützung durch die Versicherungsanstalten, daß sie einmal da Geld herleihen, wo von privater Scite solches nur mit Schwierigkeit und gegen hohe Zinsen zu erhalten ist. Andererseits liegt der Wert des Darlehens in der niedrigen Verzinsung, mit der von vornherein gerechnet wird. Neuerdings hat das Reichsversicherungsamt, wie schon vorher angedeutet wurde, den Anstaltsvorständen zur Pflicht gemacht, daß sie auch für gemeinnützige Zwecke Geld nicht unter $3\frac{1}{2}$ % hergeben. (A. N. d. RVA. 1910, S. 466.) Neben der Verzinsung wird auch eine Amortisation verlangt, die gewöhnlich 1 % beträgt. Für die Hergabe von Geld zu gemeinnützigen Zwecken haben sich allgemeine Regeln herausgebildet, die dabei beachtet werden.

Etwas näher möchte ich bei den gemeinnützigen Leistungen der Versicherungsanstalten auf einige Maßnahmen von besonderer gesundheitlicher Bedeutung eingehen. Es handelt sich dabei zunächst um die Krankenpflegestationen auf dem Lande. Die ärztliche Versorgung auf dem flachen Lande ist auch heutigen Tages oft noch wenig befriedigend. Aber noch mehr fällt vielleicht der Umstand ins Gewicht, daß bei Erkrankungsfällen schwererer Art die erforderliche Krankenpflege fehlt, da die Umgebung dafür kein Verständnis oder keine Zeit hat. Neuerdings ist man bemüht, diesem Übelstand dadurch zu begegnen, daß überall in den Gemeinden Gemeindeschwestern stationiert werden, die im Erkrankungsfalle einspringen und dafür sorgen, daß ein Arzt, wenn nötig, hinzugezogen wird, und daß die ärztlichen Verordnungen auch befolgt werden. Häufig können nun die Mittel zur Bestellung von Gemeindeschwestern nicht aufgebracht werden. Da ist es dann von nicht zu unterschätzender gesundheitlicher Bedeutung, wenn die Versicherungsanstalten helfend einspringen. Dazu kommt noch, daß je nach den örtlichen Umständen diese Krankenpflege noch mehr ausgebaut werden kann. Es können solche Stellen als Tuberkulosefürsorgestellen dienen, sie können auch geeignete Personen für das Heilverfahren der Invaliden- oder Unfallversicherung zur Meldung bringen, sie können die Säuglingsfürsorge übernehmen, für das Stillgeschäft Propaganda machen usw. Der gesundheitliche Wert solcher Krankenpflegestationen ist also nicht gering anzuschlagen. Im Jahre 1910 wurden von der Landesversicherungsanstalt Westfalen 81, von der Landesversicherungsanstalt Sachsen-Anhalt 249 Gemeindepflegestationen unterstützt. Auch auf diesem Gebiete hat sich wieder die Landesversicherungsanstalt Rheinprovinz in besonderer Weise betätigt. Sie unterscheidet zwischen den mit berufsmäßigen Pflegerinnen besetzten eigentlichen Krankenpflegestellen und der Tätigkeit der von der Charitasvereinigung (katholisch) und der Rheinischen Frauenhilfe (evangelisch) in Kursen ausgebildeten freiwilligen Besucherinnen und Helferinnen. Der Vorstand der Versicherungsanstalt hat diese Gründungen überall anzuregen versucht. Die Zahl der Krankenpflege- und Unfallpflegestationen, die auf seine Anregung entstanden sind, belief sich auf 119. Von diesen Pflegestellen wurden folgende Pflegedienste geleistet (1910):

Besuche und kürzere Pflegedienste	132 582
Ganze Tagespflegen	6 789
Nachtwachen	7 234
Erste Hilfe und Notverbände	1 196
Wundverbände und deren Erneuerung	39 083
Wöchnerinnen- und Säuglingspflege	2 589

Dem Charitas-Verbande gehörten 211 tätige Krankenbesucherinnen, der Rheinischen Frauenhilfe 154 tätige Helferinnen an. Die Art der geleisteten Dienste zeigt folgende Tabelle:

Besuche oder Pflegedienste bei allgemein Kranken	87 112
bei Typhuskranken	356
bei tuberkulösen Kranken	4 552
Wöchnerinnen- und Säuglingspflege	2 454
Tagespflegen	9 834
Nachtwachen	4 229
Erste Hilfe bei Unfällen	1 644
Wundverbände und deren Erneuerung	44 639
Heilverfahren beantragt	22

Man muß wohl zugeben, daß auf diese Weise etwas ganz Erhebliches für die Volksgesundheit getan wird, und daß diese Arbeit der Versicherungsanstalten nicht zu unterschätzen ist. Im Jahre 1911 wurden die bestehenden Krankenpflegestationen im Bereiche der gesamten Invalidenversicherung mit nahezu 368 000 M. unterstützt.

Von besonderer Bedeutung ist sodann die Wohnungsfürsorge geworden. Die Entwicklung des Wohnungswesens hat mit der Entwicklung des Städtebaues nicht Schritt gehalten und zu so krassen Mißständen geführt, daß der Preußische Staat nach dem Vorbilde anderer Staaten durch Gesetz gegen das Übel auftritt. Die Tuberkulose kommt bei uns als Wohnungskrankheit vor, die Verbreitung anderer Seuchen durch die Wohnung ist bei Masern, Scharlach, Diphtherie usw. augenscheinlich und kommt nur bei den Darmkrankheiten wegen der guten Wasserverhältnisse und der allgemein guten Kanalisationen nicht in Frage. So vorzüglich die öffentliche Gesundheitspflege bei uns organisiert ist, so sehr liegt die private darnieder. Zum größten Teil sind daran die Wohnungsverhältnisse schuld, die oft aller Beschreibung spotten. Ich habe in dem ersten Bande bei Besprechung der Tuberkulose als Wohnungskrankheit näher darauf hingewiesen. Infolgedessen sind alle Bestrebungen, die einer Verbesserung des Wohnungswesens dienen, freudigst zu begrüßen, und es ist dankbar anzuerkennen, daß die Versicherungsanstalten ihrerseits mit erheblichen Geldsummen diese Bestrebungen unterstützt haben. Für eine gemeinnützige Baugesellschaft, für einen Arbeitgeber, für den einzelnen Arbeiter ist es nicht gleichgültig, wenn er die Möglichkeit hat, beim Bau eines Arbeiterwohnhauses ein Darlehen bis zu 60 % oder gar 66⅔ % des Gebäude- und Bodenwertes bei billigem Zinsfuß zu erhalten. Derartige Hypotheken sind sonst nur schwer und gegen hohe Zinsen zu haben. Die Unterstützung des Wohnungsbaus durch die Versicherungsanstalten ist als eine bedeutende Leistung auf dem Gebiete der allgemeinen Wohlfahrtspflege anzusehen.

Ich lasse nunmehr eine Übersicht über die Anlegung von Vermögensbeständen der Versicherungsträger zu gemeinnützigen Zwecken

folgen. Bis zum Schlusse des Jahres 1910 wurden nachstehende Beträge aufgewendet:

I. Darlehen.

	Versicherungsanstalten	Sonderanstalten	zusammen
1. Zum Baue von Arbeiterfamilienwohnungen	278 782 000	22 498 000	301 280 000
2. Zum Baue von Ledigenheimen (Hospizen, Herbergen, Gesellenhäusern)	18 474 000	—	17 784 000
3. Zur Befriedigung des landwirtschaftlichen Kreditbedürfnisses (Bodenververbesserung. Ent- und Bewässerung, Moorkultur, Aufforstung, Wegebau, Kleinbahnen, Hebung der Viehzucht, Linderung der Futternot usw.)	104 715 000	4 870 000	109 585 000
4. Für den Bau von Kranken- und Genesungshäusern, Volksheilstätten, Invaliden- und Erholungsheimen, Siechenhäusern und für Kranken- und Invalidenpflege überhaupt	95 954 000	1 019 000	96 974 000
5. Zur Förderung der öffentlichen Gesundheitspflege, insbesondere für den Bau von Volksbädern, Schlachthäusern, Wasserleitungen, Kanalisationen, Friedhöfen.	142 846 000	9 417 000	152 263 000
6. Für Erziehung und Unterricht, Hebung der Volksbildung	78 328 000	3 961 000	82 290 000
7. Für sonstige Wohlfahrtszwecke	105 046 000	10 860 000	115 907 000
Für Wohlfahrtseinrichtungen überhaupt (Nr. 4—7)	—	—	447 434 000

II. Für eigene Veranstaltungen.

Krankenhäuser, Heilanstalten, Lungenheilstätten, Erholungs- und Genesungsheime, Invalidenhäuser usw.	53 233 000	6 668 000	59 901 000

Bis Ende 1911 waren für den Arbeiterwohnungsbau über 362 Millionen Mark ausgeliehen, davon

an Berufsgenossenschaften und andere Vereine. .	225	Millionen
„ Versicherte	72	„
„ Arbeitgeber	21	„
„ öffentliche Verbände	72	„

Die Darlehen zur Förderung der allgemeinen Wohlfahrtspflege waren auf 482 Millionen Mark angewachsen.

Über die weiteren Wirkungen der sozialen Versicherung überhaupt äußert sich der Leitfaden zur Arbeiterversicherung: „Angeregt durch die Sozialreform haben viele Unternehmer die Arbeiterfürsorge weit über ihren gesetzlichen Rahmen ausgedehnt. Neben der Betätigung der öffentlichen Verbände entwickelt sich ein weitverzweigtes gemeinnütziges Wirken zum Wohle der wirtschaftlich Schwachen. Die Arbeiterversicherung ist zu einer sozialpolitischen Schule für die Nation geworden. Ihr erzieherischer Einfluß erstreckt sich auch auf die Versicherten. Die ehrenamtliche Tätigkeit, zu der die Arbeiter bei der Durchführung der Versicherung berufen sind, bringt sie in enge Fühlung mit den Unternehmern und den beteiligten Beamten. Dies trägt zum Ausgleich von Gegensätzen bei und wirkt versöhnend. Die Arbeit in der Rechtsprechung und in der Verwaltung der Versicherung

gibt den Arbeitern Verständnis für die Verwaltung eigener und fremder Geschäfte. Sie werden mit dem Gedanken einer Fürsorge für Zeiten der Not vertraut und auf vernünftige Selbsthilfe durch Sparsamkeit und Vorsicht verwiesen. Der Einwand, daß der Zwang, die unentbehrliche Grundlage der deutschen Arbeiterversicherung, die Willenskraft der Arbeiter im Kampfe ums Dasein schwäche, trifft nicht zu. Der Sinn für freiwillige Selbstfürsorge wird auch dadurch wachgehalten, daß die Leistungen der Arbeiterversicherung sich in solchen Grenzen halten, daß es erstrebenswert bleibt, sie durch eigene Fürsorge zu ergänzen. Das zunehmende Anwachsen der Sparkasseneinlagen — die Kapitaleinlage des kleinen Mannes — beweist ebenso wie die wachsende Verbreitung der von Privatgesellschaften betriebenen „Volksversicherung", daß der durch die soziale Fürsorge gesteigerte Wohlstand der Arbeiterschaft deren Spartrieb belebt und gekräftigt hat."

Mit Bezug auf die psychischen Wirkungen, die die soziale Versicherung auf die Arbeiterschaft ausübt, sagt Zahn: „Den Zeiten der Not sieht dieselbe nicht mehr mit Angst oder dumpfer Resignation entgegen, vielmehr kann sie sich auch für diese Zeit im wesentlichen als versorgt betrachten. Das Selbstgefühl der Arbeiterschaft wird noch weiter durch das ethische Moment gestärkt, daß die zu erwartende Unterstützung nicht aus Gönnerhaftigkeit, nicht aus Gnade und Barmherzigkeit, sondern als wohlerworbenes gutes Recht den Arbeitern zu leisten ist. Wegen dieses ihres gesetzmäßigen Anspruchs brauchen die Versicherten nicht in anderer Weise für Sicherung ihrer Existenz in jenen Notfällen zu sorgen. Tun sie dennoch ein weiteres aus eigenen Mitteln in dieser Richtung, so verschaffen sie sich den Vorteil und die Freude einer verstärkten Fürsorge für die Zukunft. Besonders wichtig ist bei alledem, daß die Arbeiterversicherung keineswegs — wie bei Gewerkschaften oder privaten Volksversicherungen — nur die Elite der Arbeiterschaft in sich schließt. Vielmehr erstreckt sie sich auf die breiten Massen der Lohnarbeiter und damit auf einen namhaften Teil der früheren Klientel der Armenflege."

Trotzdem kann man der weiteren Entwicklung der sozialen Versicherung nicht ohne Bedenken entgegensehen. Unsere soziale Versicherung hat schon längst die Grenzen der „Arbeiter"-Versicherung überschritten und durch die Änderung ihres Namens in die „Reichs"-Versicherung angedeutet, daß sie sich auch auf weitere Personenkreise erstreckt. In der Reichsversicherung sind nicht nur die Arbeiter, sondern auch die Betriebsbeamten, die Werkmeister, die angestellten Kaufleute und das ganze Heer der Angestellten teils obligatorisch, teils auf Grund der Weiterversicherung in Fürsorge genommen. Darüber hinaus erstreckt sich die Versicherung aber auch auf die Hausgewerbetreibenden und im Gebiete der Unfallversicherung zu einem erheblichen Teile auf die Unternehmer. Die Zwangsversicherung soll den bedürftigen Kreisen im Notfalle das unentbehrliche Minimum garantieren. Tatsächlich aber werden heute schon Personen durch die soziale Versicherung erfaßt, bei denen man von einer wirtschaftlichen Hilfsbedürftigkeit nicht sprechen kann. Infolgedessen werden auch die Ansprüche erhöht, man begnügt sich nicht mehr mit den Minimalleistungen, man will erweiterte Leistungen, aber womöglich ohne erhöhte Beiträge. Durch die Vermehrung der Leistungen einerseits und durch die Ausdehnung der Versicherung auf Personenkreise, die für sich selber im Notfalle sorgen können, wird die freie Initiative doch mehr gelähmt, als man nach den oben zitierten Worten des amtlichen Leitfadens zur Arbeiter-

versicherung annehmen sollte. Vor allem werden viele Berufskreise davon abgehalten, sich der volkswirtschaftlich viel höher zu bewertenden Kapitalversicherung zuzuwenden. Dieser Vorwurf ist vor allem der neuen Angestelltenversicherung zu machen. Außerdem werden aber durch die schrankenlose Ausdehnung der sozialen Versicherung die weitesten Kreise daran gewöhnt, daß sie nicht selber mit eigenen Mitteln für ihre spätere Versorgung aufzukommen haben, sondern einen Teil der Lasten auf ihre Arbeitgeber abwälzen können. Auch für die Versicherten selbst hat die dauernde Ausdehnung der Versicherung eine solche finanzielle Belastung zur Folge, daß hierdurch die freie Initiative gehemmt wird. Ein junger Bureaugehilfe bei der Bremerhavener Stadtverwaltung z. B. mit einem Gehalt von 1650 M. hat folgende Beiträge aufzubringen:

Krankenkasse	31,20 M.
Invalidenversicherung	12,48 „
Ruhelohnkasse (staatsbremische Einrichtung) .	11,44 „
Angestelltenversicherung	57,60 „
insgesamt	112,72 M.

Das ist ein nicht unbeträchtlicher Teil des Verdienstes. Bei den Arbeitern fällt zwar die Angestelltenversicherung fort, sie werden aber in nicht minderem Grade durch die Gewerkschaftsbeiträge getroffen, deren Zahlung sich die meisten aus rein äußeren Gründen nicht entziehen können.

Auch die Belastung der Arbeitgeber ist nicht unbeträchtlich. Zahn hat die Versicherungslasten einzelner Betriebe zu den bezahlten Löhnen untersucht und gefunden, daß sie ungefähr 3—4 % ausmachen. Nach Dawson, dessen Zusammenstellung auf Angaben großer Firmen aus dem Jahre 1911 beruht, beträgt die Belastung im Durchschnitt 3,8 % der Lohnsumme, steigt aber bei der Glasindustrie auf 5,1 und bei Kohlengruben selbst auf 5,4 und 8,2 %. Im Durchschnitt betrug die Belastung bei der Krankenversicherung 1,13 %, bei der Unfallversicherung 1,72 %, bei der Invalidenversicherung 0,67 % der Lohnsumme. Nach einer Untersuchung des Hansabundes beträgt die Versicherungslast bei 304 Betriebsgesellschaften einschließlich der Angestelltenversicherung und der Belastung durch private Arbeiterfürsorge im Jahre 1909 2,14 % des Aktienkapitals und 23,37 % der Dividende, während sie an direkten Steuern (Reichs-, Staats-, Kreis- und Gemeindesteuern) 1,36 % des Aktienkapitals, an sonstigen öffentlichen Abgaben (Handelskammerbeiträge usw.) 0,05 % des Aktienkapitals und 14,8 bzw. 0,5 % der Dividende zu entrichten hatten (zitiert nach Zahn).

Auf die sonstigen Vorwürfe, die man der Arbeiterversicherung hinsichtlich der Rechtsprechung, der Verweichlichung, der Züchtung von Simulationen und Neurosen usw. macht, bin ich an entsprechender Stelle eingegangen. Diese Vorwürfe entbehren mehr oder minder jeder Berechtigung.

Wenn man die Leistungen der deutschen Arbeiterversicherung überblickt, so hat man das Gefühl, daß hier ein Kulturwerk ersten Ranges vorliegt. Die deutsche Volkskraft hat der Arbeiterversicherung viel zu verdanken, denn die soziale Versicherung hat zahllosen Menschen das Leben gerettet, sie vor Siechtum und Verkrüppelung bewahrt, ihnen die Arbeitsfähigkeit erhalten oder wieder verschafft, sie vor Unglück und Not geschützt. Sie hat die Verhütung der Krankheiten in die Wege geleitet, sie hat die Menschheit zum Kampfe gegen die Tuberkulose und andere Volkskrankheiten in großem Maßstabe animiert und ihr die Überzeugung beigebracht, daß es sich um heil-

bare Krankheiten handelt. Sie hat in einem Zweige ihrer Versicherung auch dem heranwachsenden Geschlecht ihre Fürsorge zuteil werden lassen, und wird sie nun auch in dem anderen Zweige hierauf ausdehnen. In bewunderungswürdiger Weise ist Kleinarbeit mit großzügiger Inangriffnahme von Problemen höchster Tragweite vermischt. Dem Einzelnen ist sein Recht geworden, und dem Ganzen sind unschätzbare Dienste geleistet.

Literatur.

Geschichte und Wirkungskreis des Reichsversicherungsamts. Berlin 1911.
Die Deutsche Arbeiterversicherung. Festschrift zur Hygieneausstellung in Dresden. Berlin 1911.
Leitfaden zur Arbeiterversicherung des Deutschen Reichs. Berlin 1913.
Zur Frage des Alkoholmißbrauchs bei den auf Grund des Invalidenversicherungsgesetzes eingerichteten Versicherungsanstalten und zugelassenen Kasseneinrichtungen. Reichsarbeitsblatt 1909, S. 60.
Arbeiterversicherung und Alkoholismus. Monatsblätter für Arbeiterversicherung 1912, S. 41.
Rundschreiben des RVA. über Invalidenhauspflege im Jahre 1910. Amtl. Nachr. des RVA. 1911, S. 360.
Gemeinnützige Vermögensanlagen der Träger der Invalidenversicherung. Reichsarbeitsblatt 1912, S. 375.
Zahn, Die Arbeiterversicherung in Deutschland, ihre sozialhygienische und sozialpolitische Bedeutung. Münch. med. Wochenschr. 1912. S. 2612.
— Die Belastung durch die deutsche Arbeiterversicherung. Bulletin des assurances sociales 1913, S. 43.

Siebenter Abschnitt.

Besondere Maßnahmen und Einrichtungen zum gesundheitlichen Schutze innerhalb und außerhalb der Reichsversicherungsordnung.

Vierundzwanzigstes Kapitel.

Ersatzkassen.

Die Ersatzkassen sind in dem zehnten Abschnitt des zweiten Buches der RVO., der die Krankenversicherung umfaßt, abgehandelt. Hinter dem Namen Ersatzkassen verbergen sich Krankenversicherungsorgane, die wir schon seit längerer Zeit unter dem Namen Hilfskassen kennen, und die als Vorläufer der Krankenversicherung anzusehen sind und in der Zeit bis zur Einführung der RVO. rechtliche Träger der Krankenversicherung waren. Ich bin auf die geschichtliche Entwicklung des Hilfskassenwesens schon in dem Kapitel über die Entwicklung der Reichsversicherung und in dem über die Krankenkassen näher eingegangen, so daß ich hier mit einigen Worten die dortigen Ausführungen skizzieren kann. In der Ära vor der Krankenversicherung bestanden Kassen, die gegen einen Beitrag die Versicherung für allerlei Zufälle des Lebens, insbesondere für Krankheit, übernahmen. Diese Kassen besaßen eine gewisse Verbreitung und hatten Zufluß von Personen, die sich freiwillig versicherten oder durch einen statutarischen Zwang zum Abschluß irgendeiner Krankenversicherung genötigt waren. Um dem Unwesen der Schwindelkassen zu begegnen, wurden durch das Hilfskassengesetz vom 7. April 1876 gewisse Normen für die eingeschriebenen Hilfskassen aufgestellt, die durch die Einschreibung und dadurch bedingte Prüfung eine behördliche Approbation erhielten. Das Gesetz erlitt durch die Novelle vom 1. Juni 1884 eine Reihe von Änderungen. Als durch das Krankenversicherungsgesetz nun der Kassenzwang eingeführt wurde, wandelten sich alle bisherigen Zwangskassen in Orts-, Betriebs- und Innungskassen um, und es blieben die auf freier Übereinkunft beruhenden Kassen als „freie" Hilfskassen übrig. Diese freien eingeschriebenen Hilfskassen blieben aber rechtliche Träger der Krankenversicherung. Wer sich bei einer eingeschriebenen Hilfskasse versicherte, blieb von der Pflicht, sich bei der zuständigen Orts- oder Betriebs- usw. kasse zu versichern, befreit, wenn die Hilfskasse mindestens diejenigen Leistungen gewährte, wie sie für die Gemeindekrankenversicherung am Sitz der Kasse vorgeschrieben waren. Den Hilfskassen blieb ein gewisser Zustrom von Personen gewahrt, die so durch

mancherlei Privilegien im Besitze einer Reihe von Vorzügen waren. Eben deshalb konnten die Hilfskassen günstigere Versicherungsbedingungen gewähren, als es vielfach die Zwangskassen zu tun vermochten. Dadurch, daß die Hilfskassen die Annahme von Mitgliedern von ihrem Gesundheitszustande und Lebensalter abhängig machen durften, bekamen sie ein Versichertenmaterial, das sehr günstige Krankheitsrisiken zeigte. An Stelle der ärztlichen Behandlung durften sie anfangs einen Geldbetrag gewähren; das verhinderte Konflikte mit der Ärzteschaft und zog viele Personen an, denen die höhere Geldleistung als Mehrleistung gegenüber den Leistungen der Zwangskassen imponierte. Weiter waren die Hilfskassen von dem Berufe und der Lebensstellung ihrer Versicherten insofern unabhängig, als sie versicherungspflichtige wie versicherungsberechtigte, aber auch nicht versicherungsberechtigte Personen aufnehmen konnten. Dadurch erweiterte sich ihr Wirkungskreis, und Leute, die heute noch versicherungspflichtig waren, aber Aussicht hatten, dadurch die Versicherungspflicht und auch -berechtigung in Kürze zu verlieren, daß sie selbständig wurden oder die Einkommensgrenze überschritten, hatten infolgedessen eher Veranlassung sich in einer eingeschriebenen Hilfskasse zu versichern. Im Anfange der Krankenversicherung waren auch viele Personen aus angeborener Opposition nicht bereit, sich dem Versicherungszwang zu fügen und der vorgeschriebenen Zwangskasse beizutreten, sondern zogen es vor, durch Versicherung bei einer freien Hilfskasse, deren Wahl in ihrem Belieben stand, ihrer Pflicht zu genügen. Selbst solche Momente, die nach ursprünglicher Annahme die Hilfskassen hätten schädigen sollen, schlugen zu ihren Gunsten aus. Der Beitrag bei den Hilfskassen wird von jeher durch die Versicherten allein aufgebracht, während bei den Zwangskassen der Arbeitgeber zu einem Drittel die Beitragskosten trägt. Das führte dazu, daß die Arbeitgeber gern sahen, wenn ihre Untergebenen in Hilfskassen versichert waren, da sie selber so an Beiträgen etwas sparten, und daß sie wohl auch derartige Hilfskassenmitglieder bei Stellenvakanz bevorzugten. Dieser Umstand trug natürlich dazu bei, daß auch aus solchen Erwägungen heraus manche Personen sich bei Hilfskassen versicherten. Das Korrelat der alleinigen Beitragszahlung durch den Arbeitnehmer war auch die alleinige Vertretung in der Verwaltung, was wohl manchen aufrechten und steifnackigen Geist ihnen zuführen mochte.

Die weitere Entwicklung der Krankenkassenversicherung hat dann noch zweimal auf die Hilfskassen eingewirkt, das eine Mal in ungünstigem, das andere Mal in günstigerem Sinne. Das Krankenversicherungsgesetz von 1892 brachte die erhebliche Erschwerung, die natürlich sozialmedizinisch zu begrüßen war, daß an Stelle der seither gewährten Barentschädigung freie ärztliche Behandlung, Arznei und Heilmittel in natura geleistet werden müssen. Die räumliche Entwicklung der Hilfskassen war allmählich so ganz anders vor sich gegangen wie bei den Zwangskassen. Während eine Orts- oder Betriebskrankenkasse auf den Ort ihrer Gründung angewiesen war, war der Wirkungskreis der Hilfskassen örtlich nicht beschränkt. Auch die Hilfskassen haben ihre Entwicklung von einem Zentrum aus genommen, das zunächst alle Mitglieder und späterhin den größeren Teil oder doch zum mindesten eine beträchtliche Anzahl stellte. Wenn diese Mitglieder infolge ihres Berufes in andern Städten ihren Wohnsitz nahmen, blieben sie doch Mitglieder ihrer Hilfskasse und warben ihr an diesem Platze sogar noch neue Mitglieder. Je größer die Kasse war, um so weiter ging auch ihr Wirkungskreis, so daß die ganz großen Kassen in ihrer Gründungsstadt dasaßen wie

eine Spinne in ihrem Netz, das sich nun nach allen Seiten hin erstreckte und durch zirkuläre Verbindungen in Knotenpunkten befestigt wurde. Diese Knotenpunkte waren örtliche Verwaltungsstellen an allen größeren oder kleineren Plätzen, die für sie durch den Mitgliederbestand Bedeutung hatten. Die Kasse des Verbandes deutscher Handlungsgehilfen z. B., die im Jahre 1910 46 105 Mitglieder zählte, hatte damals 105 verschiedene örtliche Verwaltungsstellen und 420 Zahlstellen in ganz Deutschland. Die Gewährung ärztlicher Hilfe und Arznei an die Mitglieder brachte daher auch den Hilfskassen Verwaltungsschwierigkeiten, die mit denen anderer Krankenkassen überhaupt nicht in Vergleich zu setzen sind. Auch sonst brachte das Gesetz von 1892 noch Erschwerungen für die Hilfskassen, so daß einer großen Anzahl Kassen die Lebenskraft genommen war.

1892 bestanden noch 2182 Hilfskassen (einschließl. 443 landesrechtl.) mit 927 864 Mitgliedern;
1893 dagegen sank die Ziffer auf 1632 Hilfskassen (einschließl. 271 landesrechtlichen) mit 725 367 Mitgliedern.

Auf der anderen Seite haben gerade infolge dieser eigentümlichen Entwicklung, die sich über das ganze Reich erstreckte, die meist verbreiteten Hilfskassen sich am ersten mit der freien Arztwahl abgefunden, derart, daß z. B. die Kasse des Hamburger Vereins für Handlungskommis von 1858 schon im Jahre 1892 aus freien Stücken die freie Arztwahl einführte, die Kassenverwaltung des Verbandes deutscher Handlungsgehilfen in Leipzig als erste den Tarifvertrag mit dem Leipziger ärztlichen Verbande unterzeichnete.

Wenn somit das Krankenversicherungsgesetz dem Hilfskassenwesen allerlei Erschwerungen brachte, so hat das Abänderungsgesetz von 1903 den kaufmännischen Hilfskassen dadurch eine wesentliche Förderung gebracht, daß es alle Handlungsgehilfen mit einem Gehalt bis zu 2000 M. dem Versicherungszwange zuführte. So stieg z. B. bei der Kasse des Hamburger Vereins von 1858 die Mitgliederzahl schnell von rund 7000 auf 12 000. Seitdem hat das Hilfskassenwesen gerade für den Kaufmannsstand eine besondere Bedeutung gewonnen. Ein junger Kaufmann, der irgendwo in die Lehre tritt, und im Laufe der Jahre bald hier, bald dort in Stellung ist, findet in den einzelnen Orten ganz verschiedenartige Zwangskassen vor, deren Statuten oft erheblich voneinander abweichen. Im Erkrankungsfalle weiß der Betreffende dann oft nicht, wie er sich verhalten soll, da auch die Formalitäten bei der Krankmeldung verschieden sind. Bei diesen Elementen, die infolge ihres Berufes im jüngeren Lebensalter oft über ein Jahrzehnt nicht bodenständig werden können, kann die örtliche Zwangskasse überhaupt nicht denjenigen Vorteil haben wie die Versicherung bei einer Hilfskasse, die gerade für Bevölkerungsklassen, die häufig ihren Wohnsitz wechseln, viel mehr diesen besonderen Lebensbedingungen angepaßt ist. Für kaufmännische Reisende nun gar, die auf der Reise erkranken und am fremden Platze Schwierigkeiten haben, die Krankenhilfe und den Ersatz für derartige Ausgaben bei ihrer heimischen Ortskrankenkasse zu finden, muß die Versicherung in der Ersatzkasse, wie der Name jetzt lautet, auch heute noch als die alleinige ideale Versicherungsform angesehen werden. Vielfach gehen die jungen Kaufleute ins Ausland und können bei einer Reihe von Ersatzkassen auch dann noch im Ausland vollberechtigte Mitglieder mit Anspruch auf Krankenhilfe bleiben. Kehren sie dann nach Deutschland zurück, so

hat sich nichts an ihrem Versicherungsverhältnis geändert, und sie bleiben somit vor zahlreichen Scherereien bewahrt.

Die Gründung von Hilfskassen, die zu erheblicher Bedeutung gelangt sind, ist meist von besonderen Berufsorganisationen erfolgt und reihte sich damit früher folgerichtig der beruflichen Organisation der anderen Krankenkassen ein. Wenn jetzt das Prinzip der beruflichen Organisation in der Krankenversicherung zugunsten lokaler großer Kassen aufgegeben wird, so hat man doch mit Recht dieses Prinzip beibehalten, wo es galt, alte bewährte Organisationen zu erhalten. Dieses trifft für die Ersatzkassen zu, die für besondere Berufskreise, wie für die Kaufleute, die Versicherungsvertreter und ähnliche Gruppen geschaffen sind. Aus ähnlichen Erwägungen haben die Ersatzkassen eine begründete Berechtigung, die in Hafenstädten für Bootsbauer, Seeleute usw. und im Inlande für die Saisonarbeiter im Ziegeleibetriebe bestehen. Man hat mit Recht hervorgehoben, daß bei den örtlichen Kassen, den Orts- und Betriebs Krankenkassen, in der Verwaltung der Einfluß der Arbeiterschaft überwiegt und sich durch ihre beruflichen Organisationen auch durchsetzt. Die weniger zahlreichen Personen, die zwar versicherungspflichtig sind, aber nicht zur Arbeiterschaft gehören, wie junge Kaufleute, Künstler, Apotheker u. a.. haben nicht die Möglichkeit, ihre Interessen bei der Verwaltung und bei der Durchführung der Versicherung zum Ausdruck zu bringen. Es muß diesen Mittelstandskreisen darum unbenommen bleiben, ihrer Versicherungspflicht in solchen Krankenkassen gerecht zu werden, die auf ihre soziale Lage und die Besonderheiten ihrer wirtschaftlichen Existenz hinreichend Rücksicht nehmen und ihnen Gelegenheit geben, ihren Einfluß auf den Ausbau der Versicherung auch in der Verwaltung zur Geltung zu bringen. Das ist sonst z. B. nur in besonderen Ortskrankenkassen für Kaufleute möglich, wie sie in Berlin, Hamburg und Magdeburg blühen. Die Ortskrankenkassen selber haben auch die Berechtigung der freien Hilfskassen durchaus anerkannt. So wurde auf dem Verbandstage des Zentralverbandes der Ortskrankenkassen in Nürnberg ausgeführt, „die freien Hilfskassen bildeten eigentlich den Grund und Boden der ganzen Krankenversicherung überhaupt, es seien die Organisationen, welche zuerst aus eigener Initiative eine Krankenversicherung geschaffen hätten".

Die neuen gesetzlichen Grundlagen basieren auf dem Gesetz betreffend die Aufhebung des Hilfskassengesetzes vom 20. Dezember 1911. Dieses Gesetz stellt die Ersatzkassen (Hilfskassen) unter das Reichsgesetz vom 12. Mai 1901 als Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit. Die Reichsversicherungsordnung selber beschäftigt sich mit den Ersatzkassen insoweit, als sie für versicherungspflichtige Personen der Krankenversicherung in Frage kommen. Als Ersatzkassen können nur ehemalige „eingeschriebene" Hilfskassen zugelassen werden, die vor dem 1. April 1909 approbiert waren. Soweit „landesrechtliche" Hilfskassen durch ihre Regierung dem Privatversicherungsgesetz unterworfen werden, können sie in der allgemeinen Krankenversicherung nur als Zuschußkassen mitwirken, kommen also als Ersatzkassen überhaupt nicht in Frage. Bedingung für die Zulassung als Ersatzkassen ist ferner ein Mitgliederbestand von 1000 Personen (§ 503). Der Entwurf rechnete daher, daß von 1310 eingeschriebenen Hilfskassen mit 899 000 Mitgliedern nur 119 mit einem Gesamtmitgliedbestande von 633 000 Personen als Ersatzkassen in Frage kommen würden. Es wird also eine erhebliche Reduktion eintreten, die nicht so sehr den Mitgliederbestand, als die Zahl

der Kassen beschneiden und durch die Auflösung von mehr als tausend kleinen Kässchen geradezu segensreich wirken wird. Es ist allerdings zugelassen worden, daß die oberste Verwaltungsbehörde die Mindestzahl der Mitglieder auf 250 herabsetzen darf. Es ist das hauptsächlich im Interesse der lippischen Zieglerkassen geschehen. In Preußen werden jedenfalls grundsätzlich nur Ersatzkassen mit mindestens 1000 Mitgliedern zugelassen werden. Der 1. April 1909 ist nun weiter der Tag, der die Entwicklungsmöglichkeit der Kassen festlegt, denn der Bezirk und der Mitgliederkreis muß in Zukunft so gestaltet sein, wie er an jenem Tage war (§§ 504 bis 511). Die Aufsichtsbehörde ist, soweit der Geschäftsbereich der Ersatzkasse über das Gebiet des Bundesstaates nicht hinausgeht, die Landesbehörde (in Preußen der Regierungspräsident), im übrigen das Aufsichtsamt für Privatversicherung in Berlin. (Hoffmann.) Bei der Zulassung des Vereins als Ersatzkasse entscheidet darüber die höhere Verwaltungsbehörde seines Sitzes. Geht sein Bezirk über die Grenzen des Bundesstaates hinaus, so entscheidet das Reichsversicherungsamt. Die Ersatzkasse hat eine Krankenordnung zu erlassen (§ 507). Die Genehmigung dazu ist dem Versicherungsamt übertragen, da der Aufsichtsbehörde diese Fragen ferner liegen. (Begr. S. 249.)

Gegen die Entscheidung des Versicherungsamts findet das übliche Beschwerdeverfahren an das Oberversicherungsamt statt. Bei Streit zwischen Ersatzkassen und Krankenkassen über den Ersatz zu Unrecht gewährter Leistungen entscheidet das Versicherungsamt im Spruchverfahren (§ 525). Die Ersatzkassen haben somit einmal, soweit versicherungstechnische Dinge in Frage kommen, mit der Aufsichtsbehörde bzw. dem Aufsichtsamt für Privatversicherung, das andere Mal, soweit die eigentliche Krankenversicherung in Frage kommt, mit den Versicherungsbehörden der Reichsversicherungsordnung zu tun. Streitigkeiten über Unterstützungsansprüche sind im ordentlichen Rechtswege zu entscheiden, sofern nicht die Entscheidung einem Schiedsgericht übertragen ist. (Hoffmann.)

Bezüglich der Leistungen finden sich folgende bindende Vorschriften. An Leistungen sind dem Versicherungspflichtigen mindestens die Regelleistungen der Krankenkassen nach dem Grundlohne zu gewähren, der bei seiner Krankenkasse maßgebend ist. Der Verein kann eintretende Versicherungspflichtige auf die niedrigste der Mitgliederklassen beschränken, die dieser Anforderung genügen (§ 507, Abs. 1). Der Verein darf seinen Mitgliedern und ihren Angehörigen ohne Beschränkung der Dauer und Höhe alle Leistungen gewähren, die § 179 ihrer Art nach bei den Krankenkassen zuläßt. Die Beihilfe an Hinterbliebene verstorbener Mitglieder darf das zehnfache der Wochenleistung nicht übersteigen, auf die der Verstorbene Anspruch hatte (§ 508). — Befindet sich ein Versicherungspflichtiger in einer Ersatzkasse, so ist er kraft Gesetzes Mitglied der zuständigen Orts-, Betriebs- oder Landkrankenkasse, jedoch ruhen auf Antrag Rechte und Pflichten (§ 517). Der Antrag muß von dem Versicherungspflichtigen bei Eintritt in die Zwangskasse entweder selbst oder durch die Ersatzkasse gestellt werden (§ 519). Ist der Antrag beim Eintritt in die Krankenkasse nicht rechtzeitig gestellt worden, so kann er frühestens für den Beginn des nächsten Kalendervierteljahres gestellt werden; es muß mindestens einen Monat zuvor beim Kassenvorstande geschehen, ihm ist auch der Beitritt zur Ersatzkasse nachzuweisen. Das gleiche gilt für die Mitglieder der Krankenkasse, die erst nach dem Eintritt einer Ersatzkasse beitreten (§ 520). Ent-

sprechende Vorschriften gelten für den Austritt aus der Ersatzkasse. Bisher war der Arbeitgeber von jeder Beitragspflicht befreit, wenn der Angestellte einer Ersatzkasse angehörte. Das führte zu den oben geschilderten Unzuträglichkeiten. Infolgedessen ist angeordnet, daß nunmehr der Arbeitgeber seinen eigenen Beitragsteil an die zuständige Zwangskasse, bei der die Mitgliedschaft des Versicherten nur ruht, abführt. Besteht der Mitgliederkreis einer Ersatzkasse überwiegend aus Versicherten der im § 165 Abs. 1 Nr. 3 bis 5 bezeichneten Art oder aus Bureauangestellten oder Zieglern oder andern Versicherten, in deren Beruf ein häufiger Wechsel der Beschäftigung von Ort zu Ort üblich ist, so kann auf Antrag dieser Ersatzkasse der Bundesrat widerruflich anordnen, daß die Krankenkassen an die Ersatzkasse die bei ihnen für deren Mitglieder nach § 517 Abs. 2 eingehenden Beitragsteile der Arbeitgeber zu vier Fünfteln abzuführen haben. Der Bundesrat kann hierüber und über die Bekanntgabe der Anordnung näheres bestimmen (§ 518). So einschneidend die neuen Bestimmungen auch wirken mögen, so ist doch mit dieser Neuerung den Ersatzkassen, die hierfür in Frage kommen, ein außerordentlicher Vorteil in den Schoß gefallen.

Bei der Kasse des Verbandes deutscher Handlungsgehilfen z. B. waren 1910 von den 46 105 Mitgliedern 32 835 versicherungspflichtig, das sind 71,22 %. Man kann also ermessen, welch große Summen den Ersatzkassen als direktes Geschenk der Reichsversicherungsordnung zufließen werden. Auf der andern Seite ist die Lage der Ersatzkassen eine ganz andere als die der Zwangskassen, da bei ihnen der Beitrittszwang fehlt, und daher für die Gewinnung der Mitglieder hohe Agitationskosten erforderlich sind. Der Mitgliederbestand ist ferner dadurch dauernd bedroht, daß jedermann, der da glaubt bei Krankheit oder anderen Zufällen von der Ersatzkasse nicht Vorteil genug gehabt zu haben, oder der sonst unzufrieden ist, sogleich mit seinem Austritt kommt. Andere Mitglieder werden wegen säumiger Zahlung ausgeschlossen. Daher ist die Mitgliederbewegung ziemlich groß. So stand bei der Berliner Kasse des Vereins der deutschen Kaufleute in den Jahren 1903 bis 1906 einem Eintritt von 7112 Mitgliedern der Austritt von 3737 Mitgliedern aus mannigfachsten Ursachen gegenüber, bei einem Endbestande von 7197 Mitgliedern. Eine Reihe von Prinzipalen im Kaufmannsstande haben auch bisher schon ohne gesetzliche Verpflichtung ihren Arbeitgeberbeitrag bezahlt, indem sie diesen Beitrag an den Versicherungspflichtigen direkt abführten. Soweit dieses geschehen ist, stehen sich die Versicherten nun natürlich etwas schlechter, da der Arbeitgeberbeitrag verkürzt an die Ersatzkassen gelangt, und die Ersatzkassen werden dieses nur wett machen können, wenn sie die Beiträge herabsetzen oder die Leistungen erhöhen.

Die meisten kaufmännischen Ersatzkassen, über die allein mir ausreichendes Material vorlag, haben drei Klassen von Mitgliedern, nichtversicherungspflichtige Personen, versicherungspflichtige Gehilfen und versicherungspflichtige Lehrlinge. Häufig ist der Beitrag nach dem Eintrittsalter abgestuft und bleibt dann dauernd auf derselben Höhe, sodaß die langjährige Zugehörigkeit zur Ersatzkasse gerade im reiferen Alter, wenn die Familie größer geworden und Sparsamkeit notwendig ist, einen niedrigeren Mitgliederbeitrag zur Folge hat, als er bei der Zwangskasse beträgt. Bei einer großen kaufmännischen Ersatzkasse betrug das Verhältnis des gegenwärtigen Alters der Mitglieder zu dem die Beitragsstufe bestimmenden Alter:

Altersstufen	Nach dem Aufnahmealter verteilt	Nach dem gegenwärtigen Alter verteilt
unter 20 Jahre	33,02 %	10,33 %
über 20—25 Jahre	33,55 %	20,02 %
„ 25—30 „	18,97 %	21,21 %
„ 30—40 „	11,91 %	31,28 %
„ 40—50 „	2,55 %	13,66 %
„ 50—60 „	—	3,11 %
„ 60—70 „	—	0,37 %
„ 70 „	—	0,02 %

Alle Ausführungen beziehen sich nur auf die versicherungspflichtigen Mitglieder. Vor der Aufnahme muß ein ärztliches Attest beigebracht werden, durch das das Fehlen einer Krankheit bescheinigt wird. Disposition zu einer Krankheit und höheres Lebensalter schließen von der Aufnahme nicht mehr aus. Gerade mit Rücksicht auf die ärztliche Untersuchung ist hervorgehoben worden, daß die Ersatzkassen dadurch in der Lage seien, den Zwangskassen die besseren Versicherungsrisiken wegzunehmen. Hedrich hebt demgegenüber den Unterschied zwischen der obligatorischen und der freiwilligen Versicherung hervor, indem bei der obligatorischen Versicherung die ungünstigen Risiken sehr leicht auf die Menge der günstigen übertragen werden, während bei der freiwilligen Versicherung solch ein Ausgleich fehlt. Die ärztliche Untersuchung ist weniger ein Privileg als vielmehr ein Schutz gegen Ausbeutung. Das zeigt sich, wenn man die Erkrankungshäufigkeit während der ersten

Krankheitsverhältnisse verschiedener

Die Kassen sind errichtet vom	Mitglieder		Krankheitsfälle mit Arbeitsfähigkeit		Krankheitsfälle mit Arbeitsunfähigkeit	
	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.
Verband deutscher Handlungsgehilfen, Leipzig	46 105	—	35 760	—	11 388	—
Verein für Handlungskommis von 1858 (Kaufmännischer Verein), Hamburg	20 335	—	15 894	—	4 377	—
Deutschnationale Kranken- u. Begräbniskasse, Hamburg .	20 256	—	17 144	—	4 741	—
Kaufmännischer Verband für weibliche Angestellte, E. V., Berlin	—	11 234	—	?	—	2 289
Verein der deutschen Kaufleute, Berlin	6 385	—	?	—	1 363	—
Handlungsgehilfenverein zu Breslau, gegr. 1774. . . .	3 625	—	?	—	?	—
Kaufmännischer Verein zu Magdeburg	3 564	1 289	5 082	2 636	1 273	731
Kaufmännischer Verein zu Frankfurt a. M.	3 406	—	?	—	762	—
Verein junger Kaufleute, Görlitz	675	75	495		187	
Verein Merkur, Kaufmänn. Verein E. V., Nürnberg. .	506	—	197	—	112	—
Buchhandlungsgehilfen-Verb. Leipzig	236	—	?	—	31	—

6 Mitgliedermonate mit der Erkrankungshäufigkeit der totalen Mitgliedschaft vergleicht. Bei der Leipziger Kasse des Verbandes deutscher Handlungsgehilfen betrug auf je 100 Mitglieder die Erkrankungshäufigkeit (insgesamt)

	1906	1907	1908
in den ersten 6 Mitgliedermonaten	47,0	51,1	56,9
überhaupt	97,8	102,0	105,0,

Die Zahl der Krankentage mit Arbeitsunfähigkeit

	1906	1907	1908
in den ersten 6 Mitgliedermonaten	241,6	245,4	305,7
überhaupt	563,1	553,1	595,2

Unter Berücksichtigung des Umstandes, daß die neuaufgenommenen Mitglieder fast ausschließlich in Jahresklassen sich befinden, die eine geringere Erkrankungshäufigkeit zeigen, muß man die Aufnahmeuntersuchung, insbesondere in der Form, daß nur ausgesprochen kranke Personen abgewiesen werden dürfen, auf Grund dieser Zahlen als einen nur mäßigen Schutz der Ersatzkasse ansehen.

Die Beiträge können meistenteils bei Notfällen bis zu 6 Monaten gestundet werden. Das bedeutet bei unverschuldeter Arbeitslosigkeit eine außerordentliche Wohltat, während die Zwangskassen bei Erwerbslosigkeit nur innerhalb einer Zeit von 3 Wochen zur Leistung von Krankenhilfe verpflichtet sind (§ 214.) Über die ärztliche Behandlung ist nichts Besonderes zu sagen. Ich habe schon erwähnt, daß die meisten Kassen freie

kaufmännischer Ersatzkassen 1910.

Krankheitsfälle zusammen		Krankheitstage mit Arbeitsfähigkeit		Krankheitstage mit Arbeitsunfähigkeit		Krankheitstage zusammen	
männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.
47 148	—	?	—	261 224	—	?	—
20 271	—	?	—	107 440	—	?	—
21 885	—	?	—	88 146	—	?	—
—	?	—	?	—	73 105	—	?
?	—	?	—	31 542	—	—	—
?	—	?	—	21 879	—	?	—
6 355	3 367	?	?	17 588	11 833	?	?
?	—	?	—	13 105	—	?	—
570	112	4 264		12 428		12 704	3 987
309	—	6 078	—	1 925	—	8 003	—
?	—	?	—	792	—	?	—

Arztwahl gewähren. Im Jahre 1908 kam ein Tarifvertrag des ärztlichen Verbandes mit den kaufmännischen Hilfskassen zustande, der für die Kassen den Vorzug möglichster Gleichmäßigkeit der Honorarnormierung und der ärztlichen Kontrolleinrichtungen hat. Von der Schwierigkeit, die ohne einen derartigen Vertrag mit der Ärzteschaft besteht, kann man sich eine Vorstellung machen, wenn man bedenkt, daß für die mehrfach erwähnte Leipziger Kasse z. B. in 1906 Orten 10 613 Ärzte als Kassenärzte vertraglich verpflichtet sind. Im Deutschen Reiche bestehen 18 zum Teil ganz verschiedenartige Gebührenordnungen für Ärzte, und dementsprechend sind auch die Forderungen durchaus verschieden. Der Tarifvertrag hat somit den Ersatzkassen eine Gleichmäßigkeit und Stetigkeit gebracht, die von nicht zu unterschätzender Bedeutung ist. Der Leipziger wirtschaftliche Verband der Ärzte seinerseits war nicht wenig stolz auf dieses Werk, das er folgendermaßen charakterisiert: „Dieser Vertrag stellt den ersten großzügigen Versuch einer Vereinbarung von Organisation zu Organisation dar, er ist ein Vorbild für einheitliche vertragliche Regelung der Beziehungen zwischen Ärzten und Kassen auf der Grundlage der Gleichberechtigung beider, in ihm sind alle langjährigen Forderungen der deutschen Ärztetage zum ersten Male erfüllt (organisierte freie Arztwahl, Belassung der nicht versicherungspflichtigen Kassenmitglieder in der Privatpraxis, Bezahlung der Einzelleistung zu angemessenen Sätzen, paritätische Schiedsinstanzen, Beschränkung der Familienbehandlung auf die Versicherungspflichtigen)." Der Tarifvertrag ist in der Anlage zu dem 16. Kapitel abgedruckt, ebenso der Dienstvertrag für kassenärztliche Lokalorganisationen und der Dienstvertrag für Ärzte, die keiner kassenärztlichen Lokalorganisation angehören.

Zum Schluß sei noch eine Tabelle (s. S. 558 u. 559) über eine Anzahl kaufmännischer Ersatzkassen gegeben, die eine Übersicht über die Stärke- und Krankheitsverhältnisse im Jahre 1910 gibt und eine Mitgliederzahl von mehr als 100 000 Personen umfaßt.

Die größeren Ersatzkassen haben sich gelegentlich der Vorbereitungen zur Reichsversicherungsordnung geeinigt und eine ständige Kommission zur Wahrung ihrer Interessen in Hamburg gegründet. Die kleineren kaufmännischen Kassen haben 1905 den Verband kaufmännischer Krankenkassen Deutschlands gebildet, der am 1. Januar 1911 30 Kassen mit 29 193 männlichen und 7413 weiblichen Mitgliedern und einem Gesamtvermögon von rund 600 000 M. vereinigte.

Wenige Worte sind noch hinzuzufügen für den Fall, daß die Ersatzkassen als Zuschußkassen wirken. Wenn jemand sowohl in der Zwangskasse, als auch in einem Versicherungsverein versichert ist, so empfängt er bei dieser Doppelversicherung die ordnungsmäßige Krankenhilfe durch die Zwangskasse. In diesem Falle erhöht sich infolge der Doppelversicherung durch den Zuschuß des Versicherungsvereins das Krankengeld für den Versicherten. Der Verein kann das Krankengeld um ein Viertel des Grundlohns erhöhen (§ 507, Absatz 3). Er ist dazu in der Lage, da für ihn die Kosten der ärztlichen Behandlung und Arzneilieferung fortfallen. Die Doppelversicherung könnte dazu führen, daß der Versicherte in einzelnen Fällen einen größeren Betrag an Unterstützungen bezieht, als er in gesunden Tagen verdient. Daher bestimmt die Reichsversicherungsordnung im § 189: „Erhält ein Versicherter Krankengeld gleichzeitig aus einer anderen Versicherung, so hat die Krankenkasse ihre Leistung soweit zu kürzen, daß das gesamte Krankengeld des Mitglieds den Durchschnittsbetrag seines täglichen Arbeitsverdienstes nicht

übersteigt. Die Satzung kann die Kürzung ganz oder teilweise ausschließen." Denjenigen Hilfskassen, die aus irgendwelchen Rücksichten, wie Größe der Kasse, Termine der Gründung usw., nicht als Ersatzkassen zugelassen werden, bleibt es unbenommen, ihre Tätigkeit für nichtversicherungspflichtige Personen wie bisher und für versicherungspflichtige als Zuschußkassen auszuüben.

Die Bedeutung der Versicherungsvereine für die Krankenversicherung nichtversicherungspflichtiger Personen, die ja auch in ihren Tätigkeitsbereich fällt, geht über den Rahmen dieses Kapitels und dieses Buches hinaus, das lediglich ihre Wirksamkeit als Ersatzkassen im Rahmen der Reichsversicherung behandelt.

Literatur

Leyers, Die Hilfskassen in Gegenwart und Zukunft. Tübingen 1908.
Hedrich, Rückblick auf die Entwicklung des Hilfskassenwesens. — Fünfundzwanzig Jahre eingeschriebene Hilfskasse. Im Bericht der Kranken- und Begräbniskasse des Verbandes deutscher Handlungsgehilfen für 1908.
Jahresberichte und Satzungen verschiedener Hilfskassen.
v. Frankenberg, Die Umgestaltung des Hilfskassenwesens. Reformblatt für Arbeiterversicherung 1906, S. 342.
Woermbke, Zur Aufhebung des Hilfskassengesetzes. Arbeiterversorgung 1906, S. 89.

Fünfundzwanzigstes Kapitel.

Das Knappschaftswesen.

Einer ganz besonderen Kompliziertheit erfreut sich die heutige Gestaltung der sozialen Versicherung im Bergwesen, die teils durch die Landesgesetzgebung, teils durch die Vorschriften der RVO. bedingt wird.

Um den jetzigen Zustand begreifen zu können, ist es notwendig, in Kürze auf die Entwickelung des Knappschaftswesens einzugehen, das ein bedeutender Faktor in der Sozialversicherung ist, da die durchschnittliche Belegschaft z. B. im Jahre 1910 872 505 Männer und 13 093 Frauen, zusammen also 885 598 Personen umfaßt. Der romantische Schleier, der früher die Bergknappen in ihrer privilegierten Stellung, mit ihren seltsamen Gebräuchen und ihrer besonderen Tracht umwob, ist allerdings zerrissen; aus der interessanten Persönlichkeit des Bergmanns ist die ziemlich uninteressante Persönlichkeit des Bergarbeiters geworden, das enorme Hineinfluten wenig wertvoller und ausländischer Elemente hat schädigend auf den ganzen Stand eingewirkt, ist doch die Vermehrung der Arbeiterschaft so außerordentlich, daß sie in etwas über 22 Jahren mehr als einer Verdoppelung gleichkommt. Die durchschnittliche Mitgliederzahl betrug

1885	1902	1907
376 786	671 094	806 276.

Auch die inneren Verhältnisse des Bergbaus haben sich verändert. Früher dominierte der Erzbergbau, heute steht der Kohlenbergbau an erster Stelle. Bis zum 19. Jahrhundert war Stollen- und Tagebau vorherrschend, heute bringen Sprengarbeiten, Maschinenbetrieb, Schlagwetterexplosionen, Stein- und Kohlenfall ein ganz anderes Gefahrenrisiko als ehemals zustande.

Vor mehr als sieben Jahrhunderten wurde der Bergbau in Deutschland auf genossenschaftlicher Basis betrieben von den „Gewerken", den Personen, die sich beim „Werken" betätigten. Später beteiligten sich Bürger und Adlige mit Geld an der „Gewerkschaft", die damit ein kapitalistisches Gepräge bekam. Es war in den Bergleuten gewissermaßen ein neuer Stand geschaffen, der im Laufe des 13. Jahrhunderts zwischen Stadtbürger und Adlige einerseits und die große Masse der Hörigen andererseits trat. Dieser Stand war etwas Besonderes, da er die Eigenschaften des freien Lohnarbeiters mit dem Genuß zahlreicher Vorrechte verband. Die Bedeutung der Gewerke veränderte sich dann allmählich dahin, daß sie in der Hauptsache die Aktionäre waren, die Geld einnahmen oder Zubußen zu erlegen hatten, während die Behörden den eigentlichen Bergbau leiteten. Damit war der Staat auch am Wohlergehen des Bergbaus besonders interessiert, und die Fürsten bedachten die knappschaftlichen Genossenschaften mit allerhand Privilegien, z. B. der Befreiung vom Kriegsdienst und anderen Lasten. Lange Jahrhunderte hindurch war die Bergbevölkerung gewissermaßen ein Staat im

Staate und schloß sich darum auch enger aneinander an und mehr von der übrigen Bevölkerung ab. So kam es zu der Bildung von kameradschaftlichen Organisationen. Allmählich bezogen diese Organisationen allerlei Leistungen in den Kreis ihrer Aufgaben, während sie es ursprünglich nur auf Geselligkeit, kameradschaftliche Gesinnung und Wahrung der wirtschaftlichen Interessen abgesehen hatten. Man unterstützte notleidende Kameraden und Witwen und Waisen und sammelte in einer „Büchse" freiwillige Spenden. Die hieraus entstehenden „Büchsen-" oder Knappschaftskassen erfuhren dadurch eine festere Gestalt, daß dann später die Gewerkschaft einen gewissen Prozentsatz ihrer Produktion einzahlte und die Knappen gewisse Beiträge entrichteten. Aus diesen Kassen (Knappschaftskassen, Bruderkassen, Bruderladen) wurden die erwähnten Unterstützungen gewährt, außerdem Darlehen, Sterbegelder, auch wurden Leistungen besonderer Art daraus bestritten, wie die Errichtung eines Krankenhauses oder die Anstellung eines Bergpredigers. Mit der Krankenfürsorge hatten die Kassen ursprünglich nichts zu tun, da hierfür das Gewerk aufkommen mußte. Bei Krankheits- oder Betriebsunfällen hatte die Gewerkschaft die Kosten zu tragen und für 4—6 Wochen den Lohn auszuzahlen.

Besonderer Wert wurde dem bergmännischen Nachwuchs gezollt. Die Söhne der Bergleute wurden in die bergmännischen Knabenlisten eingetragen und mußten dem Berufe des Vaters folgen. Dafür wurde dann meist das Schulgeld von der Knappschaft gezahlt, oder es wurden eigene Schulen unterhalten. Solche Personen hatten von vornherein ein Anrecht auf Beschäftigung im Bergbau. Sie wurden später „ständige" Bergarbeiter mit allen Rechten und Privilegien gegenüber den „unständigen", die aus anderen Berufen kamen und erst nach jahrelanger Wartezeit in den Kreis der „ständigen" Kameraden aufgenommen werden konnten. Nur die „ständigen" Bergleute hatten ein Anrecht auf die vorher erwähnten Leistungen, sie konnten auch nicht vom Gewerk entlassen werden. Die Kassen wurden ursprünglich von Ältesten verwaltet, die aus der Reihe der Bergleute gewählt wurden.

Eine gänzliche Umgestaltung wurde durch das preußische Berggesetz von 1854 gebracht. Während des früher erwähnten „Direktionsprinzipes" lag die Leitung des Bergwerkes in der Hand der Behörde, während die Gewerken eigentlich nur Kuxeninhaber waren. Jetzt wurde in liberalster Weise die Selbstverwaltung gewährt, während der behördliche Einfluß zurücktrat oder schwand. Bei dem Knappschaftswesen, das uns hier allein interessiert, wurden die Knappschaftsvereine selbständig, die Verwaltung wurde in die Hände eines von den Werkbesitzern und den Knappschaftsältesten zu gleichen Teilen gewählten Vorstandes gelegt, und die Behörde behielt sich nur das Aufsichtsrecht und bei Stimmengleichheit die Entscheidung vor. Die Knappschaftskassen wurden allgemein für Zwangskassen erklärt, für die seitens der Besitzer und der Arbeiter Beiträge zu zahlen sind. Die Leistungen waren folgende:

1. in Krankheitsfällen eines Knappschaftsgenossen Kur, Arznei und Krankengeld, bei Todesfällen Sterbegeld;
2. Invalidenunterstützung bei Unfähigkeit zur Berufsarbeit;
3. Witwen- und Waisenversorgung.

Die vollberechtigte Mitgliedschaft konnte von statutarisch bestimmten Voraussetzungen, wie Alter, Geschlecht, Dauer der Beschäftigung, Un-

bescholtenheit, Abwesenheit körperlicher Gebrechen, abhängig gemacht werden.

Das Berggesetz von 1865 brachte noch einige Erweiterungen der Rechte und gestattete, daß der Knappschaftsvorstand innerhalb des Vereins lediglich für die Krankenzwecke besondere Krankenkassen einrichten könne. Diese Bestimmung war außerordentlich bedeutungsvoll, weil bei dem alten Zustand, der für zeitliche und dauernde Unterstützung eine ungetrennte Kassenführung hatte, sehr leicht eine Verschleierung der Finanzlage entstehen konnte. Da der Bergbau einen ungeahnten Aufschwung nach der liberalen Berggesetzära nahm, so mehrte sich dauernd die Zahl der Knappen, damit stiegen die Einnahmen, denen wohl entsprechende Ausgaben bei der Krankenunterstützung, aber nicht bei dem Pensionswesen entgegenstanden, denn die Zunahme der Invalidität stand bei dem frischen, gesunden und jugendlichen Arbeitermaterial nicht im Verhältnis zur Zunahme der Belegschaft. Bei der ungetrennten Kassenverwaltung ließen sich die Gründe zunächst nicht übersehen, man stand vor einer dauernden Zunahme des Reservefonds und glaubte unbedenklich die Leistungen erhöhen zu können. Als nun der wirtschaftliche Rückschlag kam, verringerten sich die Einnahmen, die Ausgaben aber blieben. Man mußte die Beiträge erhöhen, aber auch das half wenig und man stand häufig vor einem Defizit.

Das Berggesetz von 1906 brachte einige wesentliche und einschneidende Änderungen. Der Unterschied zwischen „ständigen" und „unständigen" Arbeitern wurde beseitigt, allerdings mit einer gewissen Einschränkung für die nächste Zeit, so daß Arbeiter, die am 1. Januar 1908 das 40. Lebensjahr überschritten hatten, „unständige" geblieben sind. Des weiteren wurde Trennung der Leistungen, Zusammenlegung von Vereinen im Hinblick auf ihre Pensionskassen und die Sanierung der Finanzverhältnisse teils begünstigt, teils direkt gefordert. Die bedeutungsvollsten Neuerungen des Gesetzes sind folgende:

1. Die Knappschaftspensionskassen werden hinsichtlich ihrer Leistungsfähigkeit auf eine zuverlässige versicherungstechnische Grundlage gestellt. Das Gesetz bestimmt, daß die Beiträge so zu bemessen sind, daß „die dauernde Erfüllbarkeit" der Vereinsleistungen gesichert ist. Als Minimum für Erfüllung dieser Vorschrift fordert die Aufsichtsbehörde die Ermittelung der Beiträge auf Grund des Kapitaldeckungsverfahrens.

2. Alle preußischen Knappschaftsvereine werden in ein Gegenseitigkeitsverhältnis gebracht, derart, daß Mitglieder des einen Vereins in den anderen unter Anrechnung ihres im früheren Verein erworbenen Dienstalters übernommen werden müssen. Im Falle der Invalidisierung wird die zu zahlende Rente auf die beteiligten Knappschaftsvereine nach Maßgabe der erhobenen Beiträge verteilt. Die Freizügigkeit der Bergleute wird hierdurch gewährleistet.

3. Das Gesetz bestimmt, daß jeder auf einem Vereinswerk beschäftigte Bergmann Mitglied der Pensionskasse sein muß, sofern er die gesetzlichen oder statutarischen Voraussetzungen erfüllt.

4. Das Gesetz setzt endlich die Altersgrenze für die Aufnahme auf 40 Jahre fest, während sie bisher z. B. beim Bochumer Knappschaftsverein 30 Jahre betrug. Der Erfolg war bei diesem Verein, daß mit dem Inkrafttreten des Gesetzes nahezu 100 000 Bergleute, welche bisher wegen Überschreitung der Altersgrenze nicht hatten aufgenommen werden können, im Laufe des Jahres 1908 noch aufgenommen werden mußten (Bülow).

Die Regelung des Knappschaftswesens in Preußen wurde für fast sämt-

liche anderen Bundesstaaten vorbildlich, während das Königreich Sachsen einen anderen Weg einschlug. Das sächsische Gesetz von 1868 macht einen Unterschied zwischen dem Erzbergbau und dem Kohlenbergbau. Für den Erzbergbau dienen als Pensionskassen die Revierknappschaftskassen, während die Fürsorge für die Kranken, solange die Knappschaftskassen nicht zugleich als Krankenkassen dienen, von den Bergwerksbesitzern zu leisten ist — also ganz wie in den Bergordnungen sächsischen Ursprungs im 16. Jahrhundert. Für den Kohlenbergbau sollen Unterstützungskassen bestehen, die wenigstens dem Zwecke von Kranken- und Begräbniskassen entsprechen müssen, die Errichtung eigentlicher Knappschaftskassen zur Gewährung von Pensionen bleibt im Kohlenbergbau freigestellt (Karwehl). Es mag hier sogleich vorweg genommen werden, daß ein neues Gesetz 1884 das Pensionswesen in Sachsen völlig vom Krankenkassenwesen trennte und letzteres auf den Boden der reichsgesetzlichen Bestimmungen stellte. Auf Grund desselben Gesetzes wurde an Stelle von Knappschaftspensionskassen der einzelnen Werke eine einzige große Pensionskasse für ganz Sachsen errichtet, so daß jeder einzelne Bergarbeiter direkt mit dieser Kasse zu verkehren hat. Die Allgemeine Knappschaftspensionskasse für das Königreich Sachsen gilt als Sonderanstalt für die Invalidenversicherung.

Wenn wir zu den Verhältnissen in Preußen zurückkehren, so mußte durch die Einführung der Arbeiterversicherung das Knappschaftswesen erheblich beeinflußt werden. Gänzlich neu geschaffen wurde die Unfallversicherung, die den Werkbesitzern die alleinige Beitragspflicht für diesen Versicherungszweig wieder auferlegte und somit zu dem Prinzip zurückkehrte, das in früheren Jahrhunderten Geltung gehabt hatte. Die sämtlichen Bergwerke des Deutschen Reiches wurden in der Knappschaftsberufsgenossenschaft zusammengefaßt, über deren Organisation und Leistungen später noch ausführlicher zu sprechen ist.

Die Krankenversicherung ist in ihrem Umfange durch die früheren Versicherungsgesetze und durch die Reichsversicherungsordnung für die Knappschaftskrankenkassen verbindlich geworden, während die Krankenversicherung als obligatorische Versicherung an sich durch das preußische Knappschaftsgesetz in Preußen und in anderen Bundesstaaten durch besondere Berggesetze bedingt ist. Das Berggesetz schreibt außerdem Pensionskassenleistungen vor. Die Rechnungsführung muß in den Knappschaftsvereinen seit dem Gesetz von 1906 getrennt für Krankenkasse und Pensionskasse erfolgen. Da die Pensionskasse gemeinhin höhere Leistungen gewährt als die Reichsinvalidenversicherung, so ist von vielen preußischen Knappschaftsvereinen auch die Invalidenversicherung in den Rahmen ihrer Tätigkeit einbezogen, so daß nun noch eine dritte Kassenführung für die Geschäfte der Invalidenversicherung notwendig wird. Im Jahre 1904 waren von rund 720 000 Bergarbeitern nur etwa 280 000 in den gewöhnlichen Versicherungsanstalten ihres Bezirks und nicht in den Sonderanstalten der Knappschaftsvereine versichert. Die erste zugelassene Sonderanstalt war der Saarbrücker Knappschaftsverein, dessen Statut im Jahre 1890 vom Bundesrat genehmigt wurde. Ihm folgte im Jahre 1892 der Allgemeine Knappschaftsverein zu Bochum, welcher der größte Verein ist. Die dritte in Preußen bestehende Sonderanstalt ist die im Jahre 1890 gegründete Norddeutsche Knappschaftspensionskasse in Halle a. S., die aus 18 im übrigen völlig selbständigen Knappschaftsvereinen besteht. Die Vereine sind Mitglieder der Pensionskasse, mit der die Bergarbeiter indirekt durch

ihre Knappschaftsvereine verkehren. Die große Zahl anderweitiger Knappschaftsvereine fungieren zum Teil als Zuschußkassen.

Als im Jahre 1881 die Entwürfe der Reichsversicherung vorlagen, kam es auf Einladung des „Verbandes der Knappschaftsvorstände im OBAB. (Oberbergamtsbezirk) Bonn", der bereits seit 1870 bestand, zu einer Vereinigung der deutschen Knappschaftsvereine, um eine Aussprache über die soziale Versicherung und die Hineinbeziehung des Bergbaus herbeizuführen. Die Versammlung fand im Juni 1882 statt, führte aber vorläufig nur zu einer losen Vereinigung, die späterhin recht unregelmäßig zusammentrat. Erst im Jahre 1906 kam es zu einem engen Zusammenschluß, als die Beratung über die Durchführung des neuen preußischen Berggesetzes auf der Tagesordnung stand. Es wurde eine Satzung ausgearbeitet, und seitdem hat der Allgemeine Deutsche Knappschaftsverband, der seinen Sitz in Berlin hat, erfolgreich für die Interessen des Bergbaus weitergearbeitet. — Die schwierige Finanzlage einzelner Pensionskassen war die Veranlassung gewesen, daß in dem neuen preußischen Berggesetz eine Bestimmung (§ 177 b) aufgenommen wurde, wonach dem Oberbergamt als Aufsichtsbehörde die Befugnis zusteht, im Interesse der dauernden Sicherstellung der Mitgliederansprüche zwei oder mehrere Pensionskassen vollständig oder unter Belassung ihrer Selbständigkeit zu einem Rückversicherungsverband zu vereinigen. Mit dieser Frage beschäftigte sich dann der Allgemeine Deutsche Knappschaftsverband. Nach gründlicher Durchsprechung des Materials kam es dann zur Bildung der „Knappschaftlichen Rückversicherungsanstalt E. G.", die ihren Sitz in Charlottenburg hat, und der im Jahre 1910 von den 68 preußischen Vereinen 39 angehörten. — Während das preußische Gesetz das Verhältnis der Mitglieder der preußischen Knappschaftsvereine zueinander geregelt hatte, fehlte es an einer solchen Grundlage für das Verhältnis der preußischen zu den nichtpreußischen Vereinen. Es wurde deshalb auf der Mitgliederversammlung des Allgemeinen Deutschen Knappschaftsverbandes 1908 ein Gegenseitigkeitsvertrag zwischen allen deutschen Knappschaftsvereinen geschlossen, wodurch die Freizügigkeit der Mitglieder unter allen Vereinen gewährleistet wird, ohne daß dadurch Pensionsansprüche verloren gehen. Da die Pensionsverhältnisse und Pensionsleistungen überall verschieden sind, so wird für ein Mitglied, das mehreren Vereinen angehört hat, die Pension in Teilleistungen seitens der Vereine, denen das Mitglied angehört hat, entsprechend der Mitgliedszeit aufgebracht.

Die Stellung der Knappschaftsvereine ist im Laufe der Jahre eine völlig andere geworden. Während sie früher die Stelle waren, wo die Bergarbeiter ihre Rechte vertraten und ihre Wünsche geltend machten, haben sie heute lediglich noch die Bedeutung von Kranken- und Pensionskassen. So wichtig diese Eigenschaft auch sein mag, so haben die Vereine doch ihre alte, universelle Bedeutung verloren. Die Träger der Ideen, von denen die Arbeiter bewegt werden, sind die Gewerkvereine geworden, die auch z. T. die bergarbeitende Bevölkerung umfassen. Die freien Gewerkschaften hatten Ende des Jahres 1910 einen Bestand von insgesamt 123 437 Mitgliedern, die Hirsch-Dunckerschen einen solchen von 3613, die christlichen einen von 82 855. Die Verbände reichstreuer Bergarbeitervereine in Waldenburg und Eisleben zählten zusammen über 12 000 Mitglieder. Außerdem bestehen noch eine Reihe lokaler Knappenvereine, die die alte Romantik hoch zu halten versuchen und Kameradschaft und altertümliche Gebräuche pflegen.

Die Unfallversicherung im Bergbau.

Eine Reihe von Umständen kommen zusammen, um die Unfallgefahr im Bergbau auf eine besondere Höhe zu bringen. Einmal ist die Arbeit an sich schwer, sodann erfolgt sie fast stets unter Tage und wird dadurch noch weiter erschwert. Besonders tritt aber der Umstand hinzu, daß hier wie kaum in einem anderen Beruf Massenunglücksfälle vorkommen, die oft zugleich Hunderten von Personen das Leben kosten und dann allgemein Aufsehen erregen. Nicht weniger bedeutungsvoll sind die Unfälle, die zugleich eine Anzahl von Personen betreffen, aber doch wegen der verhältnismäßig geringen Zahl der Opfer weiter nicht in die Öffentlichkeit dringen. So kamen z. B. im Jahre 1910 allein im Bezirk der Sektion Halle a. S. folgende größere Unfälle zur Beobachtung:

1.	Zusammenbruch einer Arbeitsbühne im Schacht	5	Pers. verletzt
2.	Vorzeitige Explosion eines Schusses	3	„ „
3.	Zusammenbruch einer Arbeitsbühne im Schacht	11	„ „
4.	Zusammenbruch eines Schornsteingerüstes . . .	3	„ „
5.	Vergiftung durch beim Schichten ausgebrochene Gase	3	„ „
6.	Kohlenstaubexplosion	3	„ „
7.	Aufstauchen eines Förderkorbes bei der Seilfahrt	7	„ „
8.	Elektrischer Kurzschluß beim Einwechseln einer Baggerschwelle	12	„ „
9.	Platzen eines Kondenstopfes	3	„ „
10.	Zusammenbruch eines Streckenkreuzes	3	„ „

Die Zusammenstellung läßt schon die Mannigfaltigkeit der Möglichkeiten erkennen, die beim Zustandekommen größerer Unfälle mitwirken. Die wichtigste Rolle spielen dabei die Schlagwetter- bzw. Kohlenstaubexplosionen, deren während des Jahres 1910 in der Sektion Bochum nicht weniger als 37 beobachtet wurden. Eine weitere Ursache der Unfälle ist der außerordentlich häufige Wechsel der Belegschaft, der natürlich ein Steigen der Unfälle zur Folge hat. So kehrten im Ruhrrevier während des Jahres 1910 von 100 Arbeitern 48 Mann ab und 50 wurden angelegt, auf manchen Zechen und Schächten kehrten aber weit mehr, bis 74%, ab. In der Unfallstatistik von 1907 läßt sich allerdings nicht nachweisen, daß der Wechsel der Belegschaft einen Einfluß auf die Unfallziffer hat. Von den mehr als 50 000 Unfällen der Sektion Bochum ereigneten sich 17% über und 83% unter Tage.

Einer solchen Gefährlichkeit des Betriebes entspricht die tatsächlich vorhandene Unfallziffer, die nur bei wenigen Berufen (Fuhrwesen, Steinbruch, Tiefbau) übertroffen wird. Der vierte Teil aller überhaupt in der gewerblichen Unfallversicherung zur Anzeige gelangten Unfälle fällt ganz allein auf den Bergbau, der stets mit mehr als 100 000 Unfällen in den letzten Jahren beteiligt war. Die hohe Unfallziffer ist aber außerdem noch verbunden mit einer besonderen Schwere und Gefährlichkeit der einzelnen Unfälle. Mehr als der dritte Teil aller Todesfälle in der gesamten Unfallversicherung kommt wieder allein auf den Bergbau.

Gegenüber einer solchen außerordentlichen Unfallbelastung wäre es seinerzeit verfehlt gewesen, wenn man den Bergbau bei der Unfallversicherung ebenso exzeptionell behandelt hätte wie bei der Krankenversicherung und den Knappschaftsvereinen die Versicherung der Unfälle überlassen hätte. Nach § 537 der RVO. unterliegen der Versicherung 1. Bergwerke, Salinen usw. Nach dieser aus den früheren Gesetzen übernommenen Bestimmung ist seinerzeit für das ganze Reich eine einzige große Berufsgenossenschaft,

die Knappschafsberufsgenossenschaft, mit dem Sitz in Berlin errichtet worden, die zu den leistungsfähigsten Berufsgenossenschaften überhaupt gehört, und deren Reservefonds 1910 fast 63 Millionen Mark betrug. Die Aufwendungen überhaupt betrugen für dasselbe Jahr über 31 Millionen Mark, von 1885 an über 340 Millionen, davon allein an Entschädigungen über 268 Millionen. Die Berufsgenossenschaft ist in 8 Sektionen eingeteilt: Bonn I, Bochum II, Clausthal III, Halle a. S. IV, Waldenburg i. Schl. V,

Auf 1000 versicherte Personen kamen Unfälle:

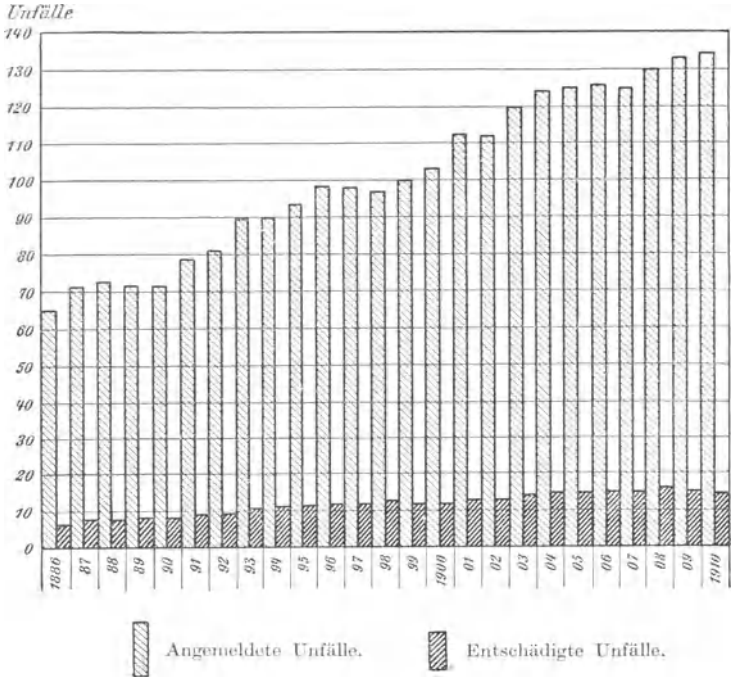


Fig. 59. Entwicklung der Unfallhäufigkeit bei der Knappschafts-Bg.

Die Zahl der angemeldeten Unfälle ist in dauernder Steigerung. Sie betrug 135,20 im Jahre 1910. Bei der Erhöhung der Zahl kommen aber hauptsächlich nur solche Unfälle in Betracht, die nicht entschädigungspflichtig werden. Die Zahl der entschädigten Unfälle ist von 6,60 (im Jahre 1886) mit kleinen Unterbrechungen langsam bis auf 16,03 (1908) gestiegen, um sich dann auf 15,41 und 14,72 zu erniedrigen.

Beuthen VI, Zwickau VII, München VIII. Durch die Satzung kann bestimmt werden, daß die Sektionen der Knappschaftsberufsgenossenschaft auch über die Grenze von 75%, die für die anderen Berufsgenossenschaften gilt, für Unfälle in ihren Bezirken einzutreten haben (§ 713 RVO.). Tatsächlich wird die gesamte Entschädigungslast von den Sektionen selbst getragen, solange die bei einer Sektion erwachsenden Kosten im Laufe eines Jahres nicht um mehr als 10% höher sind als die normale Ausgabe (§ 35 der Satzung). Zur Sektion I gehören die rheinischen, lothringischen Bergwerke mit 150 000 Arbeitern und der Saarbezirk; Sektion II umfaßt den rheinisch-westfälischen Bergbau und hat 344 000 Arbeiter; III den Harz mit 26 000 Arbeitern; IV Thüringen mit 93 000 Arbeitern; V Niederschlesien mit 32 000 Arbeitern; VI Oberschlesien mit 131 000 Arbeitern; VII das Königreich Sachsen mit

32 000 Arbeitern; VIII ganz Süddeutschland außer Lothringen mit 13 000 Arbeitern. Im Steinkohlenbergbau mit Nebenbetrieben sind von den 825 000 Versicherten des Jahres 1910 allein 618 000 beschäftigt, davon in Bochum 341 000, in Beuthen 117 000 und in Bonn 88 000. Der Braunkohlenbergbau umfaßt 74 000 Versicherte, hier sind besonders Thüringen (51 000) und Bonn (10 000) beteiligt. In Erzgruben und Metallhütten arbeiten 90 000 Mann, hier steht Bonn mit 45 000 an erster Stelle, dann folgt Thüringen mit 21 000 und Oberschlesien mit 13 000. Der Salzbergbau, in dem 33 000 Arbeiter beschäftigt sind, entfällt fast vollständig auf Thüringen (20 000) und den Harz (11 000). Die Unfallhäufigkeit entspricht der angeführten Reihenfolge derart, daß der Steinkohlenbergbau am gefährlichsten, der Salzbergbau am wenigsten gefährlich ist, dort kommen 152 Unfälle zur Meldung auf 1000 Versicherte, hier nur 71,8, während die anderen Gewinnungsarten Ziffern von 103 und 78 aufweisen.

Wenn man die Unfallversicherung der Bergleute auf ihre geschichtliche Entwicklung hin ansieht (Fig. 59), so erkennt man, daß die Zahl der auf 1000 Versicherte angemeldeten Unfälle dauernd im Laufe der Jahre gestiegen ist, und zwar von 65,45 bis auf 135,20 während der Jahre 1886 bis 1910. Diese Steigerung der Unfälle ist auf dieselben Ursachen zurückzuführen, wie die Steigerung der Unfälle in der gewerblichen Unfallversicherung überhaupt, und ist bedingt durch die vermehrte Kenntnis der Unfallgesetzgebung, durch die größere Beachtung, die heutzutage Betriebsunfällen geschenkt wird, und durch die Anmeldung selbst leichter und unbedeutender Unfälle. Für den Bergbau kommt hinzu das Eindringen in größere Tiefen der Erde, die Zunahme des Maschinenbetriebs und die Heranziehung unqualifizierter Arbeiter. Demgegenüber zeigt die Kurve der zur Entschädigung gelangten Unfälle ein ganz anderes Aussehen. Einmal sind die Zahlen hier an sich kleiner, sodann ist auch der Anstieg im Laufe der Jahre nicht etwa parallel dem der Unfallmeldungen, sondern ganz erheblich niedriger. Es ist schon vorher bemerkt worden, daß im Bergbau besonders schwere Unfälle zur Beobachtung kommen. Man hätte daher erwarten sollen, daß auch viele Unfälle zur Entschädigung kommen und schwer und dauernd die Berufsgenossenschaft belasten würden. Das ist jedoch nicht der Fall. Während die Knappschaftsberufsgenossenschaft den dritten Teil aller Todesfälle und den vierten Teil aller Unfallmeldungen in der gewerblichen Unfallversicherung aufzuweisen hat, ist sie bei den entschädigungspflichtigen Unfällen nur zu einem Sechstel beteiligt. Weiterhin ist von den entschädigungspflichtigen Unfällen bei der Gesamtheit der gewerblichen Berufsgenossenschaften vorübergehende Erwerbsunfähigkeit in 57,4%, beim Bergbau trotz der schweren Unfälle nur in 62,2% vorhanden. Die entschädigungspflichtigen Unfälle zeigen außerdem neuerdings die Tendenz zu sinken, die absolute Ziffer fiel 1909 erstmalig von 12 799 auf 12 621 und weiterhin 1910 auf 12 155; die Zahl auf 1000 Versicherte berechnet, von 16,03 auf 15,41 und 14,72. Sehr bemerkenswert ist der Vergleich zwischen gewerblicher Unfallversicherung und Bergbau in bezug auf die Folgen der Unfälle. Es erlitten auf 1000 Versicherte im Jahre 1910

		überhaupt	bei der Knappschaftsberufsgenossenschaft
dauernde Erwerbsunfähigkeit	völlige	0,05	0,07
	teilweise	2,87	3,57
vorübergehende Erwerbsunfähigkeit		4,80	9,12

Je schwerer also die Unfallfolgen sind, um so mehr nähert sich die Knappschaftsberufsgenossenschaft den übrigen Berufsgenossenschaften, während andererseits die vorübergehenden Folgen und die Todesfälle sehr zahlreich sind. Der einzige Faktor, der einen Einfluß dahin ausüben kann, daß trotz schwerer Unfälle eine verhältnismäßig geringe Rentenbelastung auftritt, ist die frühzeitige und intensive Heilbehandlung.

Die Heilbehandlung ist gerade im Bergbau zu einer erfreulichen Höhe gelangt. Zunächst ist die Versorgung durch die Knappschaftskassen gut; viele Kassen haben eigene Krankenhäuser, und schließlich stehen der Berufsgenossenschaft auch eigene Unfallkliniken zur Verfügung. Eine besondere Sorgfalt wird auf die eigene Übernahme der Heilbehandlung während der Wartezeit innerhalb der ersten dreizehn Wochen nach einer Verletzung gelegt. Im Jahre 1910 betrugen die Aufwendungen der gesamten gewerblichen Berufsgenossenschaften hierfür 800 000 M., die der Knappschaftsberufsgenossenschaft allein 273 000 M., also mehr als ein Drittel des Gesamtbetrages. Die Fürsorge erstreckte sich auf 2183 Fälle, von denen 1932 einen günstigen, 251 einen ungünstigen Erfolg hatten und 2066 in Anstalten, 117 ambulant behandelt wurden.

Eine ebenso große prophylaktische Bedeutung für die Minderung der Unfallast hat die Verhütung von Unfällen. Die Knappschaftsberufsgenossenschaft hatte lange gezaudert, Unfallverhütungsvorschriften zu erlassen, da die bergpolizeiliche Überwachung der Betriebe überall landesgesetzlich geregelt ist, und man unnötige Streitigkeiten über die Zuständigkeitsfrage fürchtete. Am 1. Januar 1910 sind nun Unfallverhütungsvorschriften für diejenigen Betriebe in Kraft getreten, die der Aufsicht der Bergbehörden nicht unterstehen. Da dieses Nebenbetriebe sind, für deren Beaufsichtigung besondere technische Beamte nicht vorhanden sind, so hat man sich mit den Aufsichtsbeamten anderer Berufsgenossenschaften, denen der Betrieb, wenn er Hauptbetrieb wäre, unterstellt sein würde, zwecks Kontrolle ins Benehmen gesetzt. Besondere Anstrengungen sind innerhalb des Bergwesens der ersten Hilfe bei Unglücksfällen gewidmet. Im allgemeinen sind auch diese Einrichtungen durch die Bergbehörde veranlaßt, und ich verweise auf die im ersten Bande S. 311 abgedruckte Bergpolizeiverordnung, betr. Maßregeln zum Schutze der Gesundheit der Bergleute sowie zur ersten Hilfeleistung bei Unfällen. Im übrigen wird seitens der Behörden eher zu viel als zu wenig getan, um die übermäßige Nervosität des großen Publikums, das bei großen Massenunfällen mit Vorwürfen über Nachlässigkeit sogleich bei der Hand ist, zu beruhigen. So enthält der letzte Entwurf einer für den Oberbergamtsbezirk Dortmund bestimmten und alle bergpolizeilichen Bestimmungen zusammenfassenden Bergpolizeiverordnung in 376 Paragraphen nahezu 800 Vorschriften. Ich bin in einem anderen Kapitel näher auf das Rettungswesen im Bergbau eingegangen und möchte hier nur hervorheben, daß die einzelnen Sektionen der Knappschaftsberufsgenossenschaft auch auf diesem Gebiete sich hervorragend betätigt und Rettungszentralen und Grubenrettungsstellen aus eigenen Mitteln geschaffen haben. Besondere Erwähnung verdient an dieser Stelle die Errichtung einer „Versuchsstrecke“ in der Gemeinde Kirchderne (Dortmund) durch die Knappschaftsberufsgenossenschaft. Es soll dort in einer etwa 300 m langen, eine Grubenstrecke darstellenden Räumlichkeit der Versuch gemacht werden, künstlich Schlagwetter und Kohlenstaubexplosionen zu erzeugen und die Mittel festzustellen, durch die solche Explosionen vermindert oder

vermieden werden können. Die Gesamtkosten der Anlage belaufen sich auf etwa 265000 M.

Diese Bemühungen, die sich auf die Bekämpfung der Unfälle und der Unfallfolgen richten, können natürlich nur eine relative Wirkung entfalten. Eine Verminderung der absoluten Unfallzahlen ist von vielen anderen Faktoren abhängig; stabile Verhältnisse werden erst dann zu erwarten sein, wenn auch der Zufluß neuer Elemente und die Steigerung der Belegschaftsziffern aufhört. Aber das würde einen Stillstand der wirtschaftlichen Entwicklung bedeuten, der nicht erwünscht wäre. Die verschiedenen Maßnahmen haben aber doch den Erfolg gehabt, daß trotz fortschreitender wirtschaftlicher

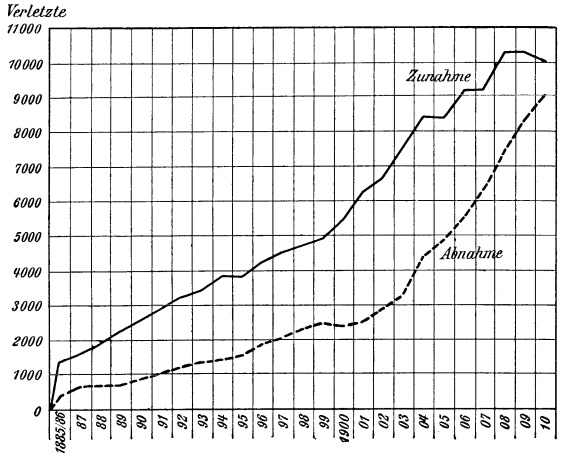


Fig. 60. Zu- und Abnahme der Rentenempfänger bei der Knappschafts-Bg.

Die schwarze Linie bezeichnet die jährliche Zunahme der Verletzten, die gestrichelte Linie die Abnahme infolge von Ausscheidung durch Tod, Kapitalabfindung oder Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit. In den letzten Jahren tritt eine Annäherung zwischen Zugang und Abgang deutlich in Erscheinung.

Entwicklung die absolute und relative Ziffer der entschädigungspflichtigen Unfälle zurückgeht. In der Figur 60 ist die jährliche Zunahme von Renten infolge von neuen Unfällen und die Abnahme der Renten infolge von Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit oder Todesfall gegenübergestellt. Die Kurven, die in den 90 er Jahren und in den ersten Jahren dieses Jahrhunderts stark divergierten, zeigen immer stärker das Bestreben, sich zu nähern, so daß man die Hoffnung auf wenigstens annähernd stabile Verhältnisse in der Zukunft haben kann.

Die Berufsgenossenschaft untersteht im Rechtsverfahren den örtlichen oder besonderen Oberversicherungsämtern und dem Reichsversicherungsamt. Im Königreich Sachsen sind die Aufgaben des Versicherungsamts für manche Zwecke den Knappschaftsvorständen bzw. Geschäftsausschüssen, auf dem Gebiete der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung den Bezirkskommissionen und den Vorständen der Knappschaftspensionskassen übertragen. Ähnlich ist die Regelung in den sächsischen Herzogtümern. In Preußen sind den Vorständen von 37 Knappschaftsvereinen die Aufgaben des Versicherungsamts übertragen.

Folgende Knappschafts-Oberversicherungsämter (abgekürzt KOVA.) sind für Preußen zugelassen:

1. KOVA. Bonn mit einer besonderen Spruchkammer in Saarbrücken;
2. „ Dortmund;
3. „ Clausthal;
4. „ Halle a. S.

In Sachsen ist für die Bergwerksbetriebe, die einer Knappschaftspensionskasse angehören, ein besonderes „Knappschaftliches-Oberversicherungsamt für das Königreich Sachsen" in Freiberg errichtet. Außerdem besteht ein besonderes K. Bayerisches Knappschaftsoberversicherungsamt in München und ein Großherz. Oberversicherungsamt für die Staatseisenbahnen und Salinen in Karlsruhe.

Die Berufsgenossenschaft ist berechtigt (§ 730) und macht davon Gebrauch, die Renten und sonstigen Entschädigungen nicht durch die Post, sondern durch Knappschaftsvereine zur Auszahlung gelangen zu lassen. Zur Beratung über Unfallverhütungsvorschriften und zum Beschluß hat der Vorstand Vertreter der Versicherten mit gleichem Stimmrecht und in demselben Stimmverhältnis hinzuzuziehen und kann bestimmen, daß diese Vertreter Knappschaftsälteste sein müssen (§ 853 und § 858). Auch sonst kann der Vorstand Vertreter der Versicherten und speziell die Knappschaftsältesten auf Grund der Satzung hinzuziehen (§ 687).

Besonders bemerkenswert ist noch der § 557 der RVO., nach dem ein Schadenersatz ganz oder teilweise versagt werden kann, wenn der Verletzte sich den Unfall beim Begehen einer Handlung zugezogen hat, die nach strafgerichtlichem Urteil ein Verbrechen oder vorsätzliches Vergehen ist. Jedoch gilt die Verletzung bergpolizeilicher Verordnungen nicht als Vergehen im Sinne des vorstehenden Satzes.

Im übrigen bietet die Organisation, Verwaltung und Durchführung nichts, was als spezifisch für die Knappschaftsberufsgenossenschaft anzusehen wäre. Im Reigen der gewerblichen Berufsgenossenschaften hat sie sich als eine der größten und leistungsfähigsten erwiesen, die ihren Aufgaben mustergültig nachgeht und Ersprießliches erzielt hat.

Die Knappschaftsversicherung.

Die Reichsversicherungsordnung kümmert sich nur so weit um Knappschaftskrankenkassen, als deren Mitglieder nicht den reichsgesetzlichen Krankenkassen angehören dürfen (§ 225) und für die Mindestleistungen und gewisse Maßnahmen der Knappschaftskassen bestimmte Vorschriften erlassen sind (§§ 495—502).

Einschneidender sind die Bestimmungen hinsichtlich der Invaliden- und Hinterbliebenenfürsorge. Die Knappschaftskassen brauchen sich einmal um die reichsgesetzliche Versicherung überhaupt nicht zu kümmern, dann sind ihre Mitglieder bei der zuständigen Versicherungsanstalt versicherungspflichtig und werden von dieser versorgt. Ob und in welcher Höhe anderweite Entschädigungen von der Knappschaftskasse gezahlt werden, unterliegt dann nicht den Bestimmungen der Reichsversicherungsordnung.

In zweiter Linie können die Knappschaftskassen als sogenannte Zuschußkassen dienen. Sie erheben alsdann die Beiträge für die landesgesetzliche Fürsorge und für die reichsgesetzliche Invalidenfürsorge, haben somit auch die landesgesetzlichen Leistungen und außerdem die reichsgesetzlichen zu gewähren. Sie können die Leistungen der Invaliden- und Altersversorgung

herabsetzen, dürfen das aber nur innerhalb der Höhe der reichsgesetzlichen Bezüge und müssen dann auch dementsprechend die Beiträge herabsetzen (§ 1321). Sie können mit Zustimmung der Arbeitgeber auch nur die Beiträge der Kassenmitglieder herabsetzen. Die Beiträge brauchen nicht ermäßigt zu werden, wenn die an den Unterstützungen gemachten Ersparnisse entweder nötig sind, um die derKasse verbleibenden Leistungen zu decken, oder satzungsgemäß mit Genehmigung der Aufsichtsbehörde zu Wohlfahrtseinrichtungen für Betriebsbeamte, Arbeiter oder deren Hinterbliebene verwendet werden.

Die Hinterbliebenenunterstützungen der Knappschaftsvereine dagegen vermindern sich kraft Gesetzes (§ 1322) um den halben Wert der reichsgesetzlichen Bezüge der gleichen Art, nur müssen die Unterstützungen unter Hinzurechnung der reichsgesetzlichen Bezüge mindestens um den Betrag des Reichszuschusses höher sein, als die satzungsmäßigen Unterstützungen ohne die Ermäßigung sein würden; dafür müssen die Beiträge, zum mindesten die der Mitglieder, entsprechend herabgesetzt werden. Diese teilweise Anrechnung der reichsgesetzlichen Leistungen auf die Untersützungen der genannten Kassen rechtfertigt sich dadurch, daß die Kassen auf Grund landesrechtlicher Vorschriften den Hinterbliebenen ihrer Mitglieder schon vor Einführung der RVO. Unterstützungen gleicher Art und von mindestens gleicher Höhe, wie sie die RVO. vorsieht, zu gewähren hatten, und daß sie ohne eine solche Anrechnung nunmehr zu doppelten Leistungen, die Arbeitgeber und Arbeitnehmer in den in Betracht kommenden Betrieben zu doppelten Beiträgen verpflichtet wären.

In dritter Linie können die Knappschaftsvereine auf Antrag durch den Bundesrat als Sonderanstalten und somit als Ersatz für eine Versicherungsanstalt zugelassen werden (§ 1360). Die Sonderanstalten gewähren also doppelte Leistungen: 1. die landesgesetzliche Bergpension bei Unfähigkeit zur Berufsarbeit; 2. die reichsgesetzlichen Leistungen der Invalidenversicherung, in erster Linie also die Invalidenrente bei Invalidität. Die 4 Kassen, die als Sonderanstalten wirken, sind schon erwähnt. Die Leistungen der Sonderanstalt müssen den gesetzlichen Leistungen der Versicherungsanstalt mindestens gleichwertig sein (§ 1361). Dabei erstreckt sich die Prüfung der Gleichwertigkeit der Witwen- und Waisenbezüge darauf, daß der Wert der den Hinterbliebenen der Kassenmitglieder insgesamt zu gewährenden Fürsorge hinter den reichsgesetzlichen Ansprüchen der Hinterbliebenen nicht zurückbleibt (Begründung S. 419 ff.). Den Sonderanstalten steht es frei, die Beiträge nach einem beliebigen Verfahren zu erheben, jedoch sind gewisse Maßregeln getroffen, daß die Beiträge der Arbeiter nicht höher sind als bei dem Verfahren der Versicherungsanstalten (§ 1362). An der Verwaltung der Sonderanstalten müssen die Versicherten durch Vertreter beteiligt sein, die in geheimer Wahl bestimmt sind. Ihre Zahl muß nicht wie bei den Versicherungsausschüssen der Zahl der Arbeitgeber gleich sein, sondern muß mindestens dem Beitragsverhältnis der Arbeiter zu dem der Besitzer entsprechen (§ 1363). Für die Berechnung der Wartezeit und der Rente ist es gleichgültig, ob die Versicherungszeit bei Versicherungsanstalten oder Sonderanstalten zurückgelegt war (§ 1364). Während bisher die schiedsgerichtlichen Bestimmungen dem Statut oder der Landesgesetzgebung überlassen waren, da es eine reichsgesetzliche Hinterbliebenenversicherung nicht gab, muß jetzt das ganze Verfahren nach der RVO. geregelt sein (§ 1365). Es gilt dies besonders hinsichtlich des Verfahrens vor dem Versicherungsamte. Wenn die Sonderanstalt besondere oder erhöhte Beiträge erhebt, so muß

doch mindestens der Reichszuschuß auf jede einzelne Rente unverkürzt ausgezahlt werden (§ 1366). Die Sonderanstalten sind sonst in jeder Weise den Versicherungsanstalten gleichgestellt (§ 1367) und erhalten insbesondere zu ihren Leistungen den Reichszuschuß (§ 1368). Für ihre Leistungen haftet das Reich oder der Bundesstaat oder der Gemeindeverband (§ 1373). Sie müssen sich an der Bildung des Gemeinvermögens nach Höhe der Beiträge beteiligen (§ 1374). Die Sonderanstalten brauchen die Beiträge nicht durch Marken zu erheben; von diesem Rechte machen die Knappschaftsvereine auch Gebrauch, da hierdurch die Verwaltung erleichtert wird und Ersparnisse erzielt werden. An Stelle der Quittungskarte und der Aufrechnungsbescheinigung muß sie dem austretenden Versicherten eine Bescheinigung ausstellen (§ 1370). — Bei freiwilliger Versicherung ist die Freizügigkeit zwischen Sonderanstalten und Versicherungsanstalten insofern aufgehoben, als ein Übergang von der Sonderanstalt zu einer anderen Versicherungseinrichtung ausgeschlossen ist (§ 1371). In allen übrigen Beziehungen gelten die für die Versicherungsanstalten bestehenden Vorschriften (§ 1372).

Die ganz verschiedenartige Entwicklung der einzelnen Knappschaftsvereine und die Mannigfaltigkeit der gesetzlichen Bestimmungen hat es mit sich gebracht, daß sowohl Beiträge als Leistungen und insbesondere auch die Vermögensverhältnisse überall andersartige sind. Auf dem Gebiete des Krankenkassenwesens findet man bald Fortfall der dreitägigen Wartezeit beim Bezuge des Krankengeldes, Familienversicherung und erhöhtes Krankengeld oder andere Mehrleistungen, bald halten sich die Kassen eng an die gesetzlichen Mindestleistungen. Ebenso steht es bei dem Pensionswesen. „Bei dem größten der Knappschaftsvereine, Bochum, beträgt die Invalidenpension nach 5 Jahren 114 M., 10 Jahren 228 M., 20 Jahren 384 M., 30 Jahren 481 M., 40 Jahren 569 M. Die Witwenrente beträgt 60% der Invalidenpension, die Erziehungsbeihilfe für eine Halbwaise 3,20 M., für eine Vollwaise 6,40 M. Der zweitgrößte Verein, der Oberschlesische, gewährt nach 5 Jahren 69 M., 10 Jahren 129 M., 20 Jahren 285 M., 30 Jahren 414 M., 40 Jahren 542 M. Die Witwenrente beträgt 50%, die Erziehungsbeihilfen 6 M. für Halb- und 12 M. für Vollwaisen. Die höchsten Leistungen dürfte der Tieder Knappschaftsverein haben (nach 40 Jahren 951 M. Invalidenpension), die niedrigsten der für Nassau (nach 40 Jahren 99 M.). Bei einer Anzahl Vereine (z. B. der Allgemeinen Knappschaftspensionskasse für das Königreich Sachsen, dem Brückenberger Knappschaftsverein (in Sachsen), dem Halberstädter usw.) tritt die Pensionsberechtigung ohne den Nachweis der Arbeitsunfähigkeit nach einem gewissen Dienstalter (das bei den einzelnen Vereinen zwischen dem 25. und dem 40. schwankt) oder bei einem bestimmten Lebensalter (das zwischen 52 und 65 Jahren sich bewegt) ein“ (Kleeis). Den 70 Knappschaftsvereinen in Preußen mit 785 504 Mitgliedern stehen 111 Vereine in dem übrigen Deutschland mit 90 573 Mitgliedern gegenüber, ein Zeichen, daß die Konsolidierung in Preußen viel weitergehend ist. Bei den Beitragsleistungen fällt auf, daß der Anteil der Arbeiter und der Bergwerksbesitzer außerordentlich wechselt, und daß auch die Beitragshöhe sehr verschieden ist.

Wenn wir nun auf die Merkmale der Krankheit und der Invalidität im Bergbau eingehen und sie in ihren Beziehungen zur allgemeinen Reichsversicherung betrachten, so ist zunächst bemerkenswert, daß in der allgemeinen Krankenversicherung auf rund 10 Millionen versicherte Männer 3½ Millionen versicherte Frauen kommen, in der Krankenversicherung der Knappschafts-

kassen dagegen auf 870 000 Männer 13 000 Frauen, daß also in den allgemeinen Krankenkassen nicht ganz dreimal soviel Männer sind als Frauen, in denen des Bergbaues 67mal soviel. Daraus geht hervor, daß es sich um eine besonders schwere und gefährliche Arbeit handelt, zu der die Frauen im allgemeinen nicht geeignet sind. Sie werden nur in kleiner Zahl bei Verrichtungen

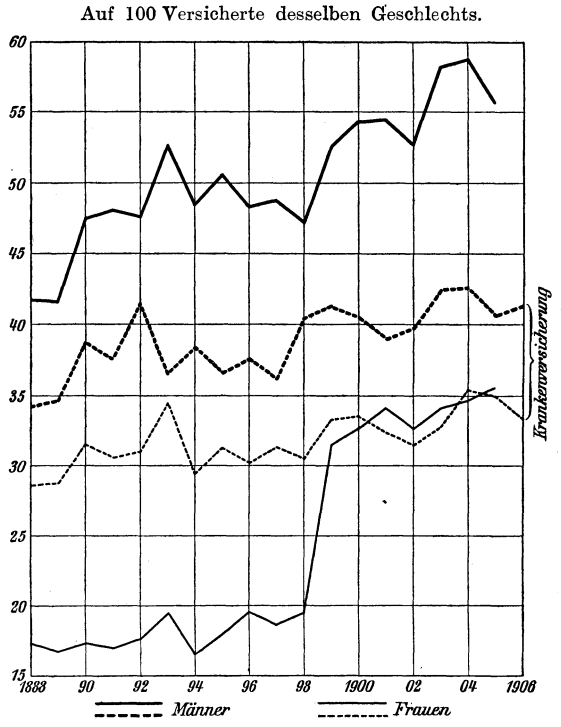


Fig. 61. Entwicklung der Krankheitshäufigkeit in der Knappschaftsversicherung.

Bei der allgemeinen Krankenversicherung (punktierte Linien) sind die Erkrankungsfälle bei den Männern häufiger als bei den Frauen, jedoch verlaufen beide Kurven in ziemlicher Nähe. Dagegen ist der Abstand der Kurven in der Knappschaftsversicherung (ausgezogene Linien) ursprünglich doppelt vergrößert, da die Erkrankungsfälle der Frauen viel seltener waren als in der allgemeinen Versicherung, die der Männer dagegen viel häufiger. Das Jahr 1899 bringt eine auffallende Änderung der Krankheitsfälle sowohl bei den Männern als den Frauen in der Knappschaftsversicherung derart, daß die Kurve steil ansteigt und seitdem auf der Höhe bleibt. Besonders bei den Frauen ist der Anstieg so stark, daß die Kurve der allgemeinen Krankenversicherung erreicht und zeitweise überschritten wird. Seit diesem Jahre herrscht die Influenza endemisch in großer Verbreitung unter der Bergbevölkerung. Jedoch ist es unwahrscheinlich, daß die Influenza allein die Steigerung der Krankheitshäufigkeit verursacht.

beschäftigt, die außerordentlich leicht zu handhaben sind. Da die Mitglieder der Knappschaft vor ihrem Eintritt in den Verein durch die Knappschaftsärzte untersucht werden, so werden besonders bei den Frauen nur gesunde Personen in die Versicherung gelangen, die keine Gelegenheit haben, durch die leichte Beschäftigung im Beruf zu erkranken. Es ist somit zu erwarten, daß die Krankheitshäufigkeit der Frauen innerhalb des Bergbaues nur gering sein wird. Tatsächlich war dies auch der Fall bis zum Jahre 1898, wo die Krankheitsfälle der Frauen erheblich seltener waren als in der allgemeinen Krankenversicherung. Seit dem Jahre 1899 ist eine plötzliche Änderung eingetreten, die dann angehalten hat, so daß von jenem Zeitpunkt

an die Erkrankungshäufigkeit und damit indirekt die Krankheitsdauer sich nicht von der in der allgemeinen Krankenversicherung unterscheidet (vgl. die Abbildungen 61 und 62). Die Ursache dieser Erscheinung ist nicht leicht zu finden und muß durch Änderungen im Geschäftsbetrieb oder beim Ausleseverfahren bedingt sein.

Ganz anders liegen die Verhältnisse bei den männlichen Arbeitern. Daß die absolute Zahl der Krankheitsfälle von 150 000 auf 500 000

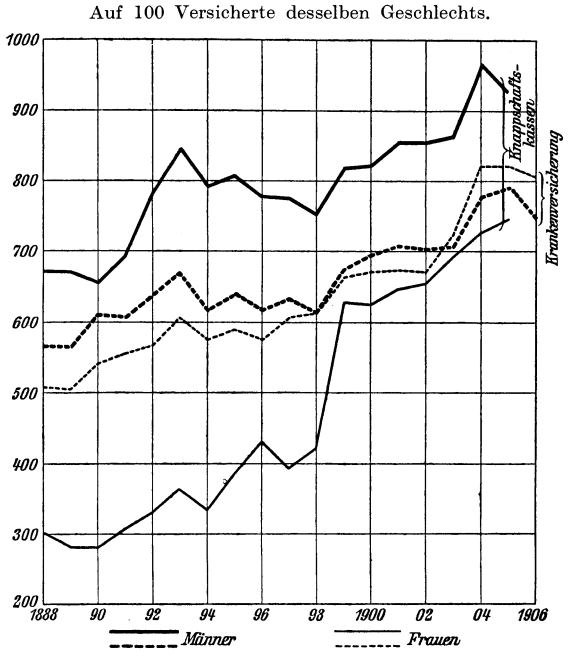


Fig. 62. Entwicklung der Krankheitsdauer in der Knappschaftsversicherung.

Der Verlauf der Kurven, die die Krankheitsdauer bei der allgemeinen Krankenversicherung (punktierte Linien) und der Knappschaftsversicherung (ausgezogene Linien) zeigen, ist ähnlich wie der Verlauf der vorigen Kurve, die die Erkrankungsfälle berücksichtigt. Auch hier ist wieder ein Anstieg der Kurve im Jahre 1899 vorhanden, der besonders bei den Frauen auffallend und charakteristisch ist. Die stark divergenten Kurven bei der Knappschaftsversicherung zeigen seitdem eine unverkennbare Tendenz sich zu nähern.

(1885—1910) und die der Krankheitstage von 2 500 000 auf 8 600 000 gestiegen ist, will an sich noch nicht viel sagen, da in dieser Zeit auch eine außerordentliche Zunahme der Mitglieder erfolgt, nämlich von 151 806 auf 872 505. Viel erstaunlicher ist die Tatsache, daß die relative Zahl der Erkrankungsfälle auf 100 Mitglieder gestiegen ist, von 41 auf 57 (1888—1910), und die Zahl der Krankheitstage von 670 auf 810. Die Krankheitshäufigkeit und Krankheitsdauer ist damit nicht nur viel bedeutender als in der allgemeinen Versicherung, sondern sie ist auch dauernd und schneller als in der Krankenversicherung gestiegen. Was nun zunächst die Tatsache betrifft, daß die Bergleute so viel häufiger erkranken, so liegt das darin begründet, daß der Beruf besonders schwer und anstrengend ist, und daß häufig Unfälle leichterer und schwererer Art darin vorkommen. Als Gewerbekrankheiten erfreuen sich die Wurmkrankheit und das Augenzittern einer gewissen Verbreitung. Über die erstgenannte Krankheit habe ich

bereits im ersten Bande berichtet. Da die Arbeit der Bergleute meist unter Tage bei dem matten Grubenlicht verrichtet wird, so werden die Augen übermäßig angestrengt, so daß Augenkrankheiten, Augenzittern und selbst Erblindung keine seltene Erscheinung sind. Bei einem Betriebe, der so leicht zu Unfällen führt, müssen die Unfälle auch eine Bedeutung für die Krankheitsziffer haben. Denn jeder Unfall kommt in ärztliche Behandlung und fällt der Krankenkasse zur Last. Aus der Tabelle, die nähere Angaben über die

Erkrankungen und Verletzungen in der Knappschaft des Saarbrücker Vereins.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Jahr	Durchschnittliche Höhe der Belegschaft	Gesamtkrankenzahl	Davon Verletzte	Von 100 Arbeitern wurden verletzt	Von 100 Kranken waren Verletzte	An Verletzungen sind gestorben	Unter 100 Gestorbenen waren Verletzte	Auf 1000 Arbeiter kommen Getötete	Wegen Verletzung wurden pensioniert	Von 100 Pensionierten waren Verletzte	In den Lazaretten wurden Verletzte behandelt
1899	38 296	25 896	6437	16,7	24,9	70 (210)*	33,3	1,8	77 (681)*	11,3	2068
1900	40 473	28 123	6737	16,6	24,0	66 (617)	27,8	1,6	52 (617)	8,4	2097
1901	41 892	27 231	6876	16,4	25,3	68 (226)	30,1	1,6	68 (698)	9,7	2060
1902	42 694	27 212	6928	16,2	25,5	74 (218)	33,9	1,7	55 (647)	8,5	2086
1903	43 883	28 896	7203	16,4	24,9	75 (231)	32,5	1,7	64 (662)	9,7	2216
1904	45 035	28 651	7127	15,8	24,9	49 (203)	24,1	1,09	64 (527)	12,1	2125
1905	45 913	28 203	7563	16,5	26,8	57 (225)	25,3	1,2	71 (609)	11,7	2193
1906	47 728	29 163	8027	16,8	27,5	69 (249)	27,7	1,4	102 (522)	19,6	2283
1907	48 917	33 417	8231	16,8	24,6	233 (382)	61,3	4,8	89 (1349)	6,6	2217
1908	49 905	32 615	8932	17,9	27,4	69 (207)	33,3	1,4	70 (1011)	6,9	2488

* Die in Klammern gesetzten Zahlen bedeuten die in den entsprechenden Jahrgängen überhaupt verstorbenen bzw. pensionierten Knappschaftsmitglieder.

Zahlen der Kranken, Verletzten und Getöteten beim Saarbrücker Knappschaftsverein enthält, ist ersichtlich, daß in den letzten Jahren auf rund 30 000 Kranke etwa 8000 Kranke mit Verletzungen kamen, und daß während 10 Beobachtungsjahren ihr Anteil zwischen 25 und 27% schwankte. Bei den Verstorbenen ist die Ziffer der Verletzten noch erheblicher, sie ist hier größeren Zufälligkeiten und Schwankungen unterworfen, beträgt im Mittel aber etwa 30—32%. Die Berufsarbeit geht nun weiter derart vor sich, daß die Arbeiter bei der heißen und feuchten Grubenluft leicht in Schweiß geraten und darum allen möglichen Erkältungskrankheiten ausgesetzt sind. Vogel, der sich mit dem Studium dieser Fragen eingehend befaßt hat, glaubte, daß auch die Tuberkulose bei der großen Krankheitshäufigkeit eine Rolle spiele. Im Einklang damit steht es, wenn von den Verstorbenen des Saarbrücker Vereins während der Jahre 1905—1910 30—40% an Tuberkulose gestorben sind. Wenn man nun die Schaubilder (Fig. 63 und 64) betrachtet, die die wichtigeren Erkrankungen im Saarbrücker und Bochumer Verein während der Jahre 1910 enthalten, so wird man bei aller Vorsicht in der Beurteilung, die sich aus der geringen Beobachtungszeit ergibt, doch feststellen können, daß die vorher erwähnten Faktoren sich auch in der Statistik nachweisen lassen. Augenkrankheiten sind nicht erwähnt, da sie weniger bei der Behandlung als bei der Invalidisierung ins Gewicht fallen. Dagegen erkennt man den bedeutenden Einfluß der Verletzungen. Quetschungen und Zerreißungen im Betriebe machen allein 7 Krankheitsfälle auf 100 Arbeiter aus und Verwundungen 3,5—4. Die Verletzungen im Betriebe schwanken allein um 15 und 17 Krankheitsfälle herum, während im

Gegensatz dazu die gesamte Krankheitshäufigkeit in der Gemeindekrankenversicherung im Jahre 1909 nur 28,2 bei Männern und 23,49 bei Frauen beträgt. Weiterhin machen sich Erkältungskrankheiten, wie chroni-

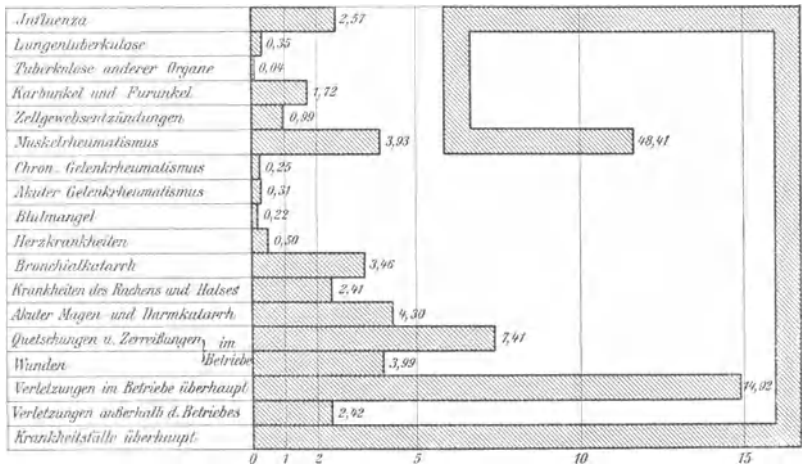


Fig. 63. Besondere Krankheitshäufigkeit (mit Arbeitsunfähigkeit) im Saarbrücker Knappschaftsverein 1910.

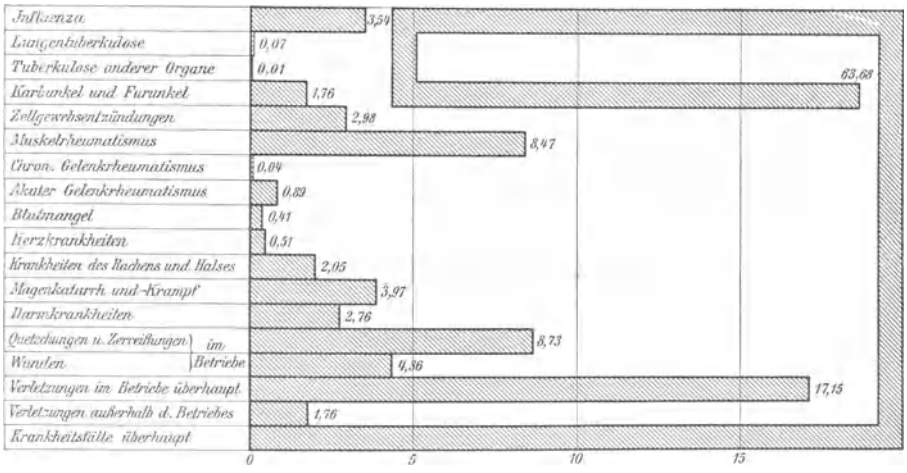


Fig. 64. Besondere Krankheitshäufigkeit (mit Arbeitsunfähigkeit) im Allgemeinen Knappschaftsverein zu Bochum 1910.

scher und akuter Gelenkrheumatismus, Muskelrheumatismus, Bronchialkatarrh und Influenza, stark bemerkbar. Die Verschmutzung der Haut durch den Staub der Steinkohlen führt ferner häufig zu Furunkeln und Abszessen.

Eine Erscheinung, die nun weiter einer gesonderten Betrachtung bedarf, ist die dauernde und schnell steigende Zunahme der Krankheitshäufigkeit.

In erster Linie kommt auch hier die Steigerung der Unfälle im Laufe der Jahre in Betracht. Milde weist darauf hin, daß in früheren Jahren (1887) das Verhältnis der gewöhnlichen Krankheiten zu den Unfallkrankheiten $3\frac{3}{4}$: 1 war, und daß es sich verschoben hat auf $2\frac{3}{4}$: 1. Man erkennt daraus, wie die Zunahme der Unfälle auch eine Steigerung der Krankheitshäufigkeit bewirkt haben muß. Jeder Unfall wird heutzutage angemeldet und gewöhnlich zur ärztlichen Behandlung gebracht, sei es auch nur, um bei späteren Folgen den Tatbestand durch das ärztliche Attest nachweisen zu können. So erwünscht dieses Verhalten der Verletzten auch ist, so sehr muß es andererseits die Krankenkassen belasten, die durch diese Einwirkung eine Steigerung ihrer Ausgaben erfahren. Zu der Steigerung der Krankheitshäufigkeit haben aber noch zwei weitere Momente beigetragen. Die Entwicklung des Bergbaus war in den letzten Jahrzehnten erfreulich gut, die Produktion stieg immer mehr und damit der Bedarf an Arbeitermaterial. Man konnte nicht genug Arbeiter bekommen und mußte sie daher nehmen, wie sie kamen. „Die Produktion betrug im Jahre 1888 54 Millionen Tonnen, sie ist im Jahre 1906 gestiegen auf 128 Millionen Tonnen, also auf das $2\frac{1}{2}$fache. Da ist es nur natürlich, daß die Arbeiterschaft, welche nötig war, um diese Förderung zu bewältigen, nicht immer sofort und in guter Qualität beschafft werden konnte. Es mußte zunächst zurückgegriffen werden auf die jüngeren Kräfte, und es mußten Arbeiten von jüngeren Leuten geleistet werden, die bisher von älteren und geschulten Arbeitern verrichtet worden waren". Das hat einmal auf die Steigerung der Unfälle gewirkt, sodann aber wird das Menschenmaterial durch die frühzeitige Beschäftigung früher abgenutzt und neigt leichter zu Erkrankungen. Eine weitere Ursache für die starke Zunahme der Krankheitshäufigkeit ist das starke Hereinfluten von Ausländern, die man mangels anderen Arbeitermaterials in zunehmendem Umfange beschäftigt. Der ausländische Arbeiter ist dem inländischen nicht gleichwertig, er ist schlecht genährt und gewohnt, unter schlechten hygienischen Verhältnissen zu leben. Er neigt auch besonders zu Alkoholismus und zu Exzessen aller Art. Infolgedessen hat der ausländische Arbeiter eine Veranlagung, leichter und häufiger zu erkranken als der Inländer. Hierauf habe ich in dem Kapitel über Krankheit schon hingewiesen.

Nach § 30 des preußischen Knappschaftsgesetzes gehört zu den Mindestleistungen u. a. eine lebenslängliche Invalidenpension bei eingetretener Unfähigkeit zur Berufsarbeit. Auf die Erörterung des Begriffs Berufsunfähigkeit soll hier nicht näher eingegangen werden. Auf die Berufsunfähigkeit ist in dem Kapitel über die Verminderung der Erwerbsfähigkeit kurz eingegangen. Hier handelt es sich zunächst nur um die Feststellung der Tatsache, daß auch die Bergpensionen ebenso wie die Invalidenrenten eine unverhältnismäßige Zunahme erfahren haben. Diese Erscheinung, die überall zur Beobachtung kommt, mag an dem Beispiel des Saarbrücker Knappschaftsvereins näher dargetan werden. Auf der Fig. 65 sind die Bergpensionen, die Reichsinvalidenrente, die Witwen- und Waisenbezüge seit dem Jahre 1860 graphisch dargestellt. Die Zahl der Witwen nimmt regelmäßig und ziemlich gleichmäßig zu; seit den 80er Jahren steigt die Kurve etwas steiler an, ohne aber ihre Gleichmäßigkeit zu verlieren. Während die Zahl der Vereinsmitglieder von 12 667 auf 52 362 wuchs, schwoll die der Witwen von 628 auf 6500 an. Wenn man die Vermehrung der Unfälle und damit die Vermehrung der Todesfälle berücksichtigt, so wird man die stärkere Steigerung der Witwenzahlen wohl für selbstverständlich halten. Die Kurve der Witwen wird also

etwa der Normalkurve entsprechen. In auffallendem Gegensatz dazu steht zunächst die Kurve der Waisen, die Mitte der 80er Jahre ansteigt, dann konstant bleibt und dabei die aufsteigende Kurve der Witwen kreuzt. Es bleiben also trotz steigender Sterbezahlen verhältnismäßig nicht soviel Kinder zurück als früher. Die Kinderarmut der neueren Ehen dürfte einmal auf tatsächlich vorhandene geringere Kinderzahl, sodann darauf zurückzuführen sein, daß viele Todesfälle bereits wenige Jahre nach der Eheschließung liegen, weil die Leute in verhältnismäßig jungen Jahren zu Tode kamen. Wieder ein völlig anderes Verhalten zeigt die Kurve der Bergpensionäre, deren Zahl in alten Zeiten vom Jahre 1817 an sich immer unter der Zahl der Witwen

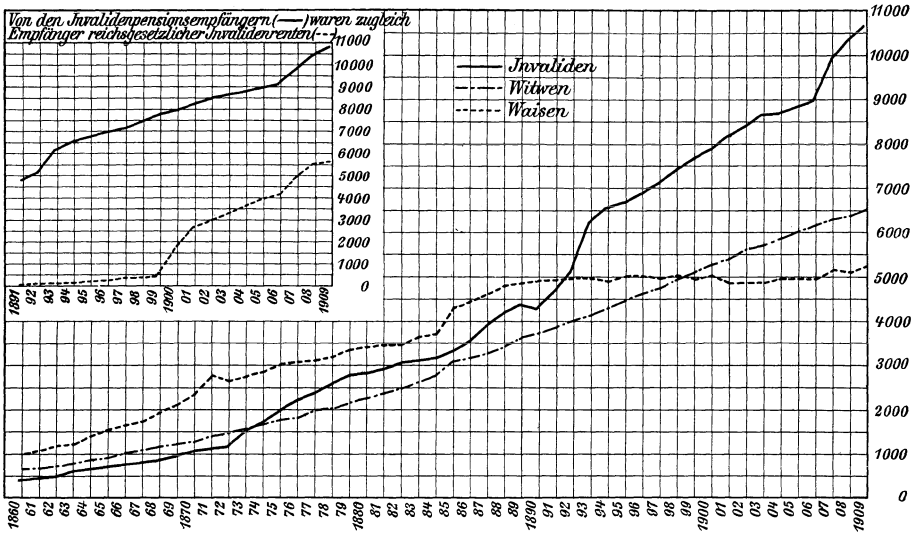


Fig. 65. Die Pensionsempfänger beim Saarbrücker Knappschaftsverein 1860—1909.

hält. Im Jahre 1873 erfolgt ein Anstieg, der sich als konstant erweist und erst langsamer, dann immer schneller zu einer Steigerung führt, die sich bis zu einer außerordentlichen Höhe aufschwingt. Die Unregelmäßigkeiten dieser Kurve und ebenso der der Reichsrentner sind durch Statutenänderungen bedingt, auf die nicht näher eingegangen werden kann. Im Grunde wird überall derselbe Vorgang beobachtet, wie er hier geschildert ist, so daß man es nicht mit einer Einzelerscheinung, sondern mit einer allgemeinen Tatsache zu tun hat. Natürlich hat das Aufsehen erregt. Die Öffentlichkeit, die Knappschaftsvereine und die Aufsichtsbehörden haben sich beunruhigt, und von gewisser Seite sind dabei Vorwürfe gegen den Bergbau gerichtet worden, als ob er zu einer besonderen Ausnutzung der Menschenkraft führe, und als ob die Berginvaliden in einem abgearbeiteten und gesundheitlich heruntergekommenen Zustande die Arbeit verließen. Ich habe die Ursachen für die Zunahme der Krankheitshäufigkeit erwähnt, und die nämlichen Ursachen werden für die Zunahme der Invalidenfälle ins Treffen geführt. Man hat besonders die zunehmende Unfallhäufigkeit angeschuldigt, und tatsächlich mögen derartige Ursachen mancherorts in Frage kommen. Ich habe deshalb das Beispiel des Saarbrücker Vereins gewählt, weil hier ein derartiger Faktor unerheblich ist; denn die Zahl der sogenannten Unfallinvaliden hat wohl geschwankt,

im ganzen aber dauernd etwa 10% der Pensionäre überhaupt betragen. Ebenso kommen Ausländer nicht in Betracht, weil sie im Gebiet des Saarbrücker Vereins nur selten beschäftigt werden. Trotzdem kann in dieser Zunahme keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes gesehen werden, denn eine solche müßte sich auch in der Zunahme der Sterblichkeit kundtun. Nun ist aber nach der Statistik von Laspeyres die Sterblichkeit insbesondere der Steinkohlenbergleute nicht höher als die der preußischen Gesamtbevölkerung. Nach Lindemann ist überhaupt die allgemeine Sterblichkeit der Bergleute nicht höher als die der Gesamtbevölkerung und stimmt mit der allgemeinen Sterblichkeit in den betreffenden Provinzen überein. Dasselbe Sinken der Sterblichkeit, das für die jüngeren Altersklassen der männlichen Bevölkerung schon seit mehreren Jahrzehnten besteht, trifft nun auch für die Steinkohlenbergleute zu, in den jüngeren Jahresklassen fällt die Sterblichkeit sogar steiler ab als bei der Gesamtbevölkerung. Es liegt also lediglich eine Erscheinung vor, die eine Zunahme der Invalidisierungsursachen vortäuschen muß. Wenn auch die Invalidisierungsursachen zugenommen haben, so haben sie es doch nicht in dem Maße getan, wie es die Kurve dartut, sondern die starke Steigerung ist als eine statistische Täuschung anzusehen. Ich möchte auf eine Übersicht (Fig. 66) hinweisen, die die prozentuale Altersbesetzung bei den Bergleuten und der übrigen männlichen Bevölkerung vergleicht. Man erkennt daraus, wie viel stärker die jüngeren Altersklassen vertreten sind als die älteren. Man darf allerdings nicht den Schluß aus der Betrachtung der Kurve ziehen, daß nun die älteren Jahrgänge besonders stark abgestorben seien, und daß daher die Sterblichkeit der Bergleute hauptsächlich in verhältnismäßig jüngeren Jahren erfolge. Es geht lediglich die zurzeit vorhandene Verteilung der Altersklassen daraus hervor, diese Verteilung ist aber nicht dadurch bedingt, daß so viel alte Leute sterben, sondern dadurch, daß so viel junge in den Beruf hineinkommen und so die Prozentzahl der alten herabdrücken. Der Bergmannsberuf ist geradezu überladen mit jungen Arbeitskräften. Das hat nun Folgen besonderer Art. Ich habe in einer Übersicht (Fig. 67) das Verhältnis der Berginvaliden zu den aktiven Knappen nach Altersklassen für den Saarbrücker Verein dargestellt. Da zeigt sich, daß schon in den jüngsten Altersklassen Pensionäre vorhanden sind, deren Zahl schnell zunimmt. Nur wenig Personen über 50 Jahre sind noch berufsfähig. Nach Kayser betrug nun im Jahre 1888 der Zugang an Invaliden von 26 Jahren und darunter 2,45%, in den 90er Jahren, seitdem die jugendlichen Arbeiter von 14 Jahren an beschäftigt worden sind, ist die Zahl auf 9,5, 9,44 und 9,29 und im Jahre 1906 gar auf 12,67 gestiegen. Wenn man nach einigen Jahren die obige Darstellung erneuern würde, dann würden also voraussichtlich die schwarzen Quadrate in den jüngeren Jahresklassen viel größer geworden sein. Nun werden diese jungen Berginvaliden aber unter Umständen ihr ganzes Leben

Auf 100 Personen kamen in der Altersklasse:

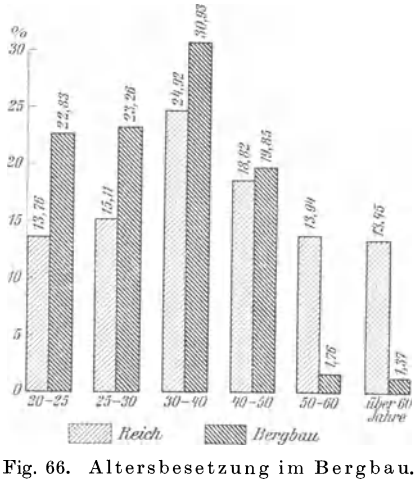


Fig. 66. Altersbesetzung im Bergbau.

weiter als Pensionäre hindurchgeschleppt, in jedem Jahre kommen neue hinzu, so daß eine außerordentliche Zunahme der absoluten Ziffern entstehen muß. Dazu kommt noch etwas anderes. Während sozusagen von unten ein Zufluß neuer Berginvaliden entsteht, der früher nicht existierte, staut sich oben auch der Abfluß, da im allgemeinen die Sterblichkeit geringer geworden ist. Denn im Jahre 1888 betrug das durchschnittliche Todesalter der Invaliden 56,32 Jahre, im Jahre 1906 war es dagegen auf 61,92 gestiegen. Auch die durchschnittliche Bezugsdauer der Pensionen stieg dementsprechend von 8 Jahren auf 12 Jahre. Damit ist die Steigerung der Rentnerzahl wohl hinreichend erklärt und hat alles Beunruhigende verloren.

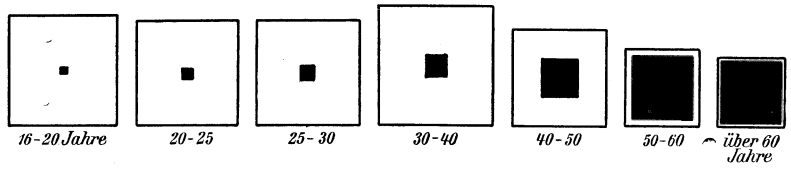


Fig. 67. Die Berginvaliden nach Altersklassen in der Knappschaft des Saarbrücker Vereins 1900—1908.

Die Zahl der Berginvaliden ist durch die schwarzen Quadrate, die der aktiven Mitglieder des Knappschaftsvereins durch den übrig bleibenden Raum des weißen Quadrats dargestellt, so daß die großen Quadrate die Zahlen der aktiven und inaktiven Mitglieder ausdrücken. Es ist dabei eine Einteilung nach Altersklassen vorgenommen, um den Alterseinfluß zu verdeutlichen. Die Zahl der Berginvaliden ist in den jüngeren Altersklassen sehr gering, sie wächst dauernd mit zunehmendem Alter und erreicht zwischen dem 40. und 50. Lebensjahr schon eine ansehnliche Größe. Nach dem 50. Lebensjahr ist die Zahl der tätigen Arbeiter so gering, daß sie durch einen schmalen Saum dargestellt wird, der nach dem 60. Lebensjahr kaum noch sichtbar ist.

Die Mitglieder des Knappschaftsvereins in Saarbrücken nach Altersklassen. 1900—1908.

a = aktive b = Invaliden.

	16—20 Jahre		20—25 Jahre		25—30 Jahre		30—40 Jahre		40—50 Jahre		über 50 Jahre	
	a	b	a	b	a	b	a	b	a	b	a	b
1900	9 342	11	7763	54	6757	68	8 997	259	5709	886	1444	6591
1901	9 261	17	7752	62	7336	92	9 335	275	5749	926	1459	6806
1902	9 307	20	7764	55	8068	105	9 438	285	5819	920	1518	7001
1903	9 571	23	8095	63	8211	98	10 072	265	5934	918	1512	7272
1904	9 218	15	8231	72	8447	110	10 579	313	6138	907	1652	7387
1905	9 154	15	8222	73	8654	115	11 244	333	6322	899	1731	7437
1906	10 025	23	8389	70	8728	123	11 852	355	6614	859	1898	7520
1907	9 607	25	8251	93	8745	146	12 346	391	6620	991	1532	8247
1908	10 329	22	8419	90	8986	149	12 824	421	6659	1043	1497	8631

Wenn wir nun näher auf die besonderen gesetzlichen Bestimmungen eingehen, so ist zu bemerken, daß die Krankenversicherung in derselben Weise gehandhabt wird, wie es sonst bei der reichsgesetzlichen Versicherung üblich ist. In dieser Hinsicht unterscheiden sich die Knappschaftsvereine kaum von den Betriebskrankenkassen. In Elsaß-Lothringen erfolgt sogar die Krankenversicherung nicht in landesgesetzlichen Knappschaftskassen, sondern in reichsgesetzlichen Orts- oder Betriebskrankenkassen.

Die Krankheitsursachen für die Berginvalidität und die reichsgesetzliche Invalidität werden naturgemäß voneinander abweichen, da die Voraussetzungen, die in der Unfähigkeit zur Berufsarbeit und der

allgemeinen Erwerbsunfähigkeit zu mehr als 66⅔% begründet sind, zu verschiedener Art sind und daher für die Berginvalidität auch noch viel mehr andere Krankheiten in Betracht kommen als für die reichsgesetzliche Invalidität. Es wird von vornherein angenommen werden können, daß die Zahl der Bergpensionen aus dem genannten Grunde viel größer sein wird als die Zahl der Invalidenrenten. Im übrigen wird die Zahl der Bergpensionen dadurch beeinflußt sein, wie hoch die Leistungen sind und an welche näheren Bedingungen sie geknüpft werden. In allen Knappschaftsvereinen hat man immer wieder die Erfahrung gemacht, daß Statutenänderungen auf die Zahl der Bergpensionen eine erhebliche Rückwirkung hatten; wurde die Pensionierung erleichtert, so nahm die Zahl zu, im umgekehrten Falle sank sie. Da überall die Pensionsleistungen verschieden sind und auch die Pensionsbedingungen vielfach sich unterscheiden, liegen bei allen Knappschaftskassen die Verhältnisse anders. Es sind darum auch keine Vergleiche zwischen den einzelnen Kassen möglich. Wenn man den Krankheitsursachen der Berginvalidität nachgehen will, so kann man sich nur an das Material einer einzigen Pensionseinrichtung halten, und an dieses nur während eines Zeitraumes, in dem keine Statutenänderungen vorgekommen sind. Ich werde deshalb die Krankheitsursachen der Invalidität an einer einzigen Kasseneinrichtung allein näher beleuchten und greife dazu die größte, den Allgemeinen Knappschaftsverein zu Bochum, heraus. Die Ergebnisse lassen sich auf die Allgemeinheit nur mit einer gewissen Reserve übertragen, zumal die Beteiligung der Ausländer und der Anteil der Unfälle in den einzelnen Gruben sehr verschieden ist und die Art des Grubenbaues (Salz-, Metall-, Kohlenbergbau) die Invalidisierungsursachen beeinflußt. Im Jahre 1910 wurden beim Allgemeinen Knappschaftsverein gewährt:

Krankenrenten	119
Invalidenrenten	1 978
Bergpensionen	4 183.

Die Gründe für die Differenz in der Zahl der Bergpensionen und der Invalidenrenten habe ich eben erwähnt, die geringe Ziffer der Krankenrenten erklärt sich aus denselben Ursachen wie bei den übrigen Versicherungsanstalten, worauf ich in dem Kapitel über die Ursachen der Invalidität näher eingegangen bin. Bei der geringen Zahl der Krankenrenten handelt es sich um eine allgemeine Erscheinung, die nichts Spezifisches für die Knappschaftsversicherung an sich hat. Die Krankheitsursachen der Bergpensionen, der Invalidenrenten und der Krankenrenten sind nun in drei verschiedenen Schaubildern nach der prozentualen Beteiligung der einzelnen Krankheitsgruppen dargestellt. Die Reihenfolge der Krankheitsgruppen bei den drei Figuren ist dieselbe und so gewählt, wie sie sich bei der Darstellung der Pensionierungsursachen ergibt. Die Länge einer jeden Säule läßt erkennen, welchen Anteil die betreffende Krankheitsgruppe an der Gesamtheit der Ursachen hat. Bei manchen Krankheitsgruppen ist es häufig eine bestimmte Krankheit, die die Bedeutung der ganzen Krankheitsgruppe beeinflußt. In solchen Fällen ist die Krankheit in der Säule durch Schraffierung kenntlich gemacht, so daß ihre Bedeutung als Invalidisierungsursache ersichtlich ist.

Die bedeutungsvollsten Pensionierungsursachen (Fig. 68) sind die Folgen von Verletzungen und die Augenkrankheiten, die mehr als 43% ausmachen. Unter den Augenkrankheiten ist das Augenzittern diejenige

Krankheit, die fast allein die Bedeutung der Gruppe verursacht. Die äußeren Einwirkungen betreffen, wie aus der Tabelle S. 585 hervorgeht, in der Hauptsache Knochenbrüche und Quetschungen und Zerreißungen, sie sind größtenteils Betriebsunfälle und belasten auch die Pensionskasse nicht direkt. Immerhin bleiben die Unfallinvaliden Mitglieder der Kasse, brauchen keine Beiträge zu zahlen, auch fällt der Pensionskasse die Versorgung der Hinterbliebenen zu, falls ein Unfallinvalide an einer interkurrenten Krankheit stirbt. Insofern ist also die Zahl der Unfallinvaliden für die Pensionskasse nicht

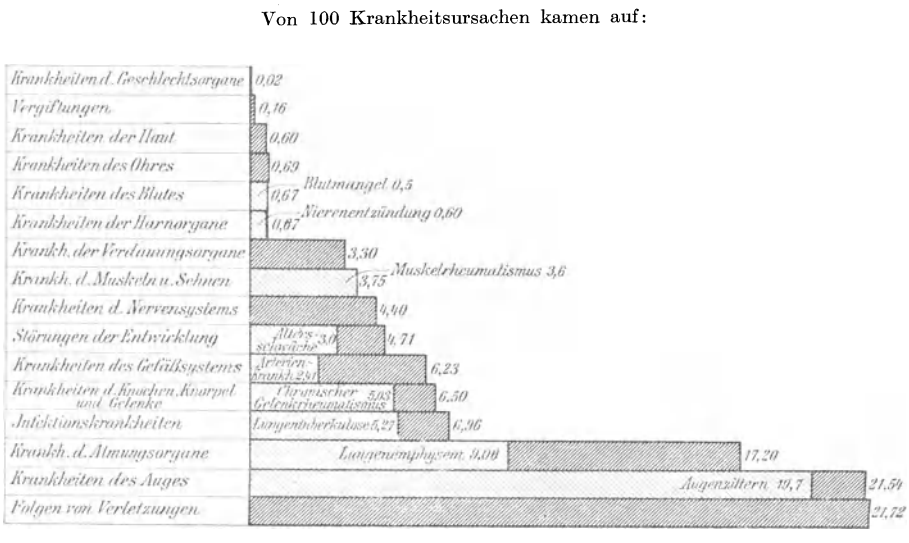


Fig. 68. Krankheitsursachen der Berginvalidität (Allgemeiner Knappschaftsverein zu Bochum 1910).

Die Krankheitsursachen sind nach der prozentualen Beteiligung der Krankheitsgruppen in Säulenform dargestellt. In manchen Krankheitsgruppen überwiegt eine Krankheitsursache, die dann gemäß ihrer Beteiligung in der Säule der betreffenden Krankheitsgruppe durch Schraffierung kenntlich gemacht ist. Auffallend ist die besondere Beteiligung der Verletzungen und der Augenkrankheiten. Unter diesen fällt der Hauptanteil auf das Augenzittern. Die geringen Ziffern für die Krankheiten der Geschlechtsorgane rühren daher, daß das weibliche Geschlecht fast gar nicht in Frage kommt.

gleichgültig. Unter den Augenkrankheiten treten die sonst so folgenschweren Leiden des inneren Auges, wie Sehnervenentzündung und -schwund, Netzhautablösung, Glaskörpertrübung usw., als Pensionierungsursachen zurück, fast der fünfte Teil aller Pensionierungsursachen überhaupt ist allein das Augenzittern. Beide Pensionierungsursachen sind nun aber Leiden, die doch nur eine beschränkte Invalidität verursachen. Die Leute sind meistens noch imstande, einer Beschäftigung nachzugehen, die allerdings in ihrem eigentlichen Berufe nicht zu finden ist. Wenn die Berufsunfähigkeit zwar auch voraussetzt, daß es sich um einen dauernden Zustand handelt, so ist damit doch die Hoffnung auf Wiedererlangung der Fähigkeit zur Berufsarbeit für eine fernere Zukunft verträglich (Entsch. d. Oberschiedsgerichts in Knappschaftsangelegenheiten vom 16. 12. 08, Kompaß 1909, S. 59). Bei der reichsgesetzlichen Krankenrente ist es unsicher, wie der weitere Verlauf des Leidens sein wird, sie tritt nach Ablauf der Krankenversicherung ein. Es wird hier also nur der Grad der Invalidität verlangt. Bei der eigentlichen

Ursachen des Zuganges an Kranken- und Unfallinvaliden
beim Allgemeinen Knappschaftsverein zu Bochum 1910

			absolut	in %
I. Infektionskrankheiten.				
Blutvergiftung	1			
Akuter Gelenkrheumatismus	52			
Lungentuberkulose	220	(5,27 %)		
Tuberkulose anderer Organe	17			
Wurmkrankheit	1			
			291	6,96
II. Vergiftungen.				
Giftige Gase	2			
Alkoholvergiftung	5			
			7	0,16
III. Äußere Einwirkungen.				
a) Im Betriebe.				
Quetschungen und Zerreißungen	233			
Knochenbrüche	378			
Verstauchungen	13			
Verrenkungen	6			
Wunden	89			
Verbrennung und Verbrühung	15			
Gehirnerschütterung	6			
Sonstige Verletzung	150			
	890	(21,3 %)		
b) Außerhalb des Betriebes.	17			
			907	21,72
IV. Störungen der Entwicklung und Ernährung.				
Altersschwäche	128	(3,0 %)		
Zuckerkrankheit	15			
Gicht	9			
Fettsucht	20			
Bösartige Neubildungen	22			
Gutartige Neubildungen	4			
			198	4,71
V. Krankheiten der Organe.				
1. Krankheiten der Haut.	25	(0,6 %)		
2. Krankheiten der Muskeln und Sehnen.				
Muskelrheumatismus	151	(3,6 %)		
	157	(3,75 %)		
3. Krankheiten der Knochen, Knorpeln und Gelenke.				
Knochenentzündung	11			
Gelenkentzündung	11			
Chron. Gelenkrheumatismus	232	(5 %)		
Verkrümmung der Wirbelsäule	5			
Sonstige	13			
	272	(6,5 %)		
4. Krankheiten des Bluts und der blutbildenden Drüsen.	28	(0,67 %)		
5. Krankheiten des Gefäßsystems.				
Herzfehler	46			
Herzmuskelentartung	61			
Herzschlag	9			
Herzkrampf, Herzneurosen	29			
Arterienk.	107			
Venenkrankheiten	7			
	259	(6,23 %)		

		absolut	in %
6. Krankheiten des Nervensystems.			
Schlaganfall	6		
Gehirnleiden	3		
Geisteskrankheiten	33		
Rückenmarkentzündung, Schüttellähmung	10		
Tabes	9		
Epilepsie	13		
Neurasthenie	48		
Neuralgie	48		
Sonstige	14		
	184 (4,40 %)		
7. Krankheiten des Ohres.	27 (0,64 %)		
8. Krankheiten des Auges.			
Bindehaut und Lider	11		
Trachom	4		
Augenzittern	824 (19.7 %)		
Sonstige	58		
	897 (21,54 %)		
9. Krankheiten der Atmungsorgane.			
Nasenkrankheiten	3		
Kehlkopfentzündung	5		
Lungenentzündung	3		
Emphysem	379 (9,06 %)		
Rippenfellentzündung	18		
Sonstige	312		
	720 (17,20 %)		
10. Krankheiten der Verdauungsorgane	138 (3,30 %)		
11. Krankheiten der Harnorgane.			
Nierenentzündung	25		
	28 (0,67 %)		
12. Krankheiten der Geschlechtsorgane.	2 (0,02 %)		
		2737	65,52
VI. Alle übrigen Krankheiten.		43	1,03

Invalidenrente wird aber nicht nur dieser höhere Grad von Erwerbsunfähigkeit verlangt, sondern nach der Ansicht des Reichsversicherungsamts wird die Invalidität nur dann als dauernd angesehen, wenn sie nach vernünftiger menschlicher Voraussicht in absehbarer Zeit nicht zu beseitigen sein wird. Sowohl das Augenzittern als auch die meisten Folgen von Verletzungen pflegen nun auch dann, wenn sie dauernd sind, einer Besserung zugänglich zu sein, die teils durch die Änderung des Zustandes selbst, teils durch Gewöhnung bedingt wird. Auch bei andern Krankheiten kommt dieses Verhalten öfter vor. In allen solchen Fällen wird dieser Unterschied in der Auffassung des Wortes „dauernd" auch für die Beurteilung von Krankheiten als Ursachen der Berufsunfähigkeit oder der Invalidität bedeutungsvoll sein. Es ist also nicht verwunderlich, wenn die genannten beiden Krankheitsgruppen als Invalidisierungsursachen zurücktreten, da hier einmal ein höherer Grad von Schädigung der Erwerbsunfähigkeit verlangt wird, sodann aber auch die Aussichtslosigkeit einer Besserung in absehbarer Zeit. Als dritthäufigste Pensionierungsursache sind die Krankheiten der Atmungsorgane zu nennen. Mit den Unfallfolgen und den Augenkrankheiten zusammen machen sie 60% aller Pensionierungsursachen aus.

Unter den Krankheiten der Atmungsorgane tritt besonders das Lungenemphysem hervor, das mehr als die Hälfte der Fälle verursacht. Bei den Infektionskrankheiten, die nun folgen, fällt der Löwenanteil auf die Lungentuberkulose, die aber mit 5% der Pensionierungsursachen nicht so wichtig erscheint, wie es bei den Invalidisierungssurachen derselben Sonderanstalt und viel mehr noch der andern Versicherungsanstalten der Fall ist. Unter den Krankheiten der Knochen und Gelenke, die als Pensionierungsursachen neben den Krankheiten des Gefäßsystems fast ebenso häufig auftreten wie die Infektionskrankheiten, macht sich der chronische Gelenkrheumatismus besonders geltend. Er tritt ebenfalls in 5% aller Fälle auf, ist also eine nicht unbeträchtliche Pensionierungsursache. In ziemlich gleicher Häufigkeit sehen wir dann vier Krankheiten: Störungen der Entwicklung, Krankheiten des Nerven-

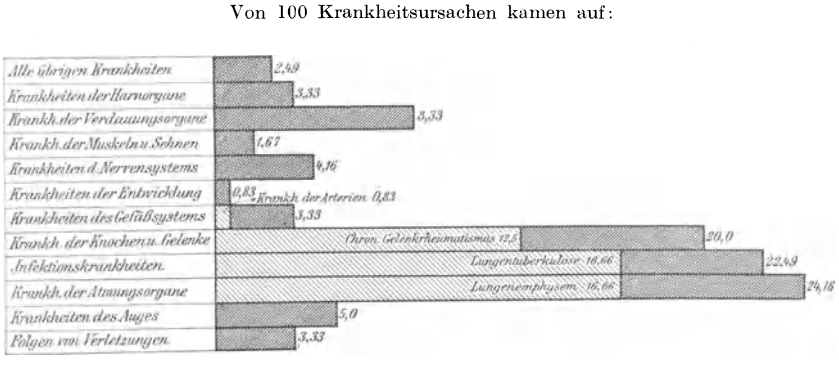


Fig. 69. Krankheitsursachen der Reichsinvalidität bei Bergleuten (Allgemeiner Knappschaftsverein zu Bochum 1910). a) Krankenrenten.

systems, Krankheiten der Muskeln und Sehnen und die Krankheiten der Verdauungsorgane. Die Gruppe „Krankheiten der Muskeln usw." wird fast ausschließlich von dem Muskelrheumatismus gebildet, der mit einer Gesamthäufigkeit von 6,3% auftritt. Fast ebenso oft kommt die Altersschwäche vor; sie ist also hier erheblich seltener, als man es bei ihrer Häufigkeit als Invalidisierungsursache erwarten sollte. Jedoch spielt hierbei vielleicht die besondere Altersbesetzung im Bergmannsberuf etwas mit. Von gleicher Wichtigkeit untereinander sind nun die vier folgenden Krankheitsgruppen: Krankheiten der Harnorgane, des Bluts, der Ohren und der Haut. Unter ihnen sind als häufigere Diagnosen die Nierenentzündung und der Blutmangel bemerkenswert.

Wenn wir dieselben Krankheitsursachen (Fig. 69) bei den Krankenrenten untersuchen, wie sie die Sonderanstalt in derselben Zeit bewilligt hat, so fällt auf, daß die Verletzungsfolgen und die Augenkrankheiten an Bedeutung ganz außerordentlich zurücktreten. Die Krankheiten der Atmungsorgane haben dagegen nicht nur ihre Stelle behauptet, sondern sie rücken sogar an den ersten Platz. Sie machen nunmehr mit den nächsten beiden Krankheitsgruppen, den Infektionskrankheiten und den Krankheiten der Knochen und Gelenke, 66,5% der Ursachen aller Krankenrenten aus. Auch hier dominieren wieder Lungenemphysem, Lungentuberkulose und chronischer Gelenkrheumatismus, die aber jetzt einen viel bedeutenderen Anteil an der Gesamtheit der Ursachen haben. Auffällig ist von den andern Krankheitsgruppen die Gruppe: Krank-

heiten der Verdauungsorgane und Krankheiten der Harnorgane, während der Muskelrheumatismus unter den Krankheiten zurücktritt; er macht eben doch nur selten so heftige Beschwerden, daß er Invalidität verursacht.

Die Änderungen, die sich bei den Krankenrenten zeigen, sind allein dadurch bedingt, daß eine stärkere Schädigung der Erwerbsfähigkeit vorliegen muß, als es bei der Berufsunfähigkeit der Fall ist. Hier wird Invalidität verlangt. Wenn wir uns nun zu den Invalidenrenten (Fig. 70) wenden, so sehen wir weitere Unterschiede, die dadurch bedingt sind, daß an die Invalidität der Anspruch der Dauer gestellt wird, daß die Krankheit keine Aussicht auf Besserung mehr bieten soll. Nunmehr schrumpfen die Säulen, welche die Folgen von Verletzungen und die Augenkrankheiten darstellen, ganz erheblich zusammen. Die Krankheiten der Atmungsorgane gewinnen dagegen noch

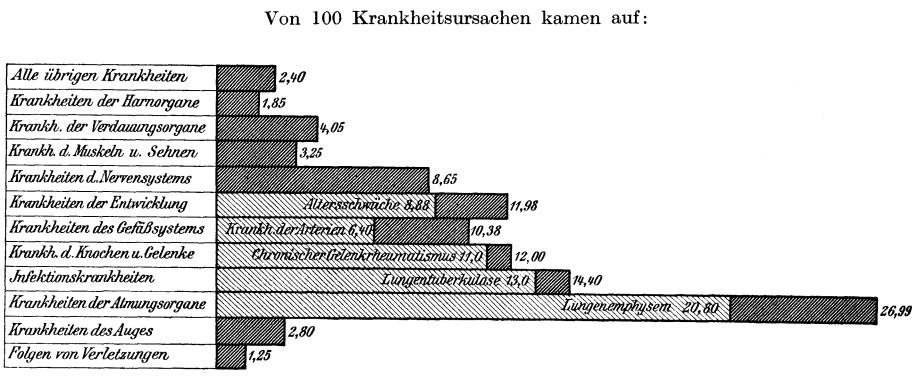


Fig. 70. Krankheitsursachen der Reichsinvalidität bei Bergleuten (Allgemeiner Knappschaftsverein zu Bochum 1910). b) Invalidenrenten.

größere Bedeutung. Unter ihnen ragt das Lungenemphysem hervor und macht allein mehr als ein Fünftel aller Invaliditätsursachen aus. Alsdann folgen die Infektionskrankheiten, die fast allein von der Lungentuberkulose gebildet werden, die Krankheiten der Knochen und Gelenke mit dem auch hier wieder so häufigen chronischen Gelenkrheumatismus, die Krankheiten des Gefäßsystems, der Entwicklung und Ernährung und des Nervensystems. Unter ihnen treten die typischen Alterskrankheiten Altersschwäche und Arterienkrankheiten wieder in derselben Stärke hervor, wie wir es sonst bei ihnen als Invaliditätsursachen gewohnt sind. Auch die Krankheiten der Muskeln und Sehnen, der Verdauungsorgane und der Harnorgane zeigen sich jetzt in der gewöhnlichen Häufigkeit.

Wir dürfen bei dieser vergleichenden Betrachtung nicht vergessen, daß bei der Berginvalidität fast stets nur ein Leiden in Betracht kommt, daß bei der Reichsinvalidität Hauptursachen und Nebenursachen zusammenwirken und also die Bedeutung der Hauptursache übertrieben erscheint; trotzdem hat der Vergleich einen Wert, weil er Gelegenheit gibt, die eigentümlichen Verhältnisse der Knappschaftsversicherung in das rechte Licht zu stellen und die so verschiedene Bewertung der Krankheiten als Pensionierungs- oder Invaliditätsursache zu betonen.

Die Leistungen, welche die Pensionskassen der Knappschaftsvereine nach näherer Bestimmung der Satzung ihren Mitgliedern mindestens zu gewähren haben, sind (§ 30 KG.):

1. eine lebenslängliche Invalidenpension bei eingetretener Unfähigkeit zur Berufsarbeit;
2. eine Pension für die Witwen auf Lebenszeit oder bis zur Wiederverheiratung;
3. eine Beihilfe zur Erziehung der Kinder verstorbener Mitglieder und Invaliden bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres;
4. ein Beitrag zu den Begräbniskosten der Invaliden.

Dem Mitgliede steht ein Anspruch auf Invalidenpension nicht zu, wenn die Arbeitsunfähigkeit vorsätzlich herbeigeführt ist. Die Gewährung der Invalidenpension kann ganz oder teilweise versagt werden, wenn das Mitglied sich die Arbeitsunfähigkeit bei Begehung eines durch strafgerichtliches Urteil festgestellten Verbrechens oder vorsätzlichen Vergehens zugezogen hat. In Fällen der letzteren Art kann die Invalidenpension, sofern der Versicherte eine im Inlande wohnende Familie besitzt, deren Unterhalt er bisher aus seinem Arbeitsverdienste bestritten hat, ganz oder teilweise der Familie überwiesen werden.

Die Leistungen können durch die Satzung an die Zurücklegung einer bestimmten Wartezeit gebunden werden. Die Wartezeit darf auf einen längeren Zeitraum als 5 Jahre nicht festgesetzt werden. Eine Invalidenpension nach Nr. 1 ist bereits vor zurückgelegter Wartezeit zu gewähren, wenn die Arbeitsunfähigkeit durch Verunglückung bei der Berufsarbeit verursacht ist.

Steht eine der vorher bezeichneten Unterstützungen einem Ausländer zu, so kann der Berechtigte, falls er einen Wohnsitz im Deutschen Reiche nicht besitzt oder seinen Wohnsitz im Deutschen Reiche aufgibt, mit dem dreifachen Jahresbetrage der Unterstützung abgefunden werden.

Tritt in den Verhältnissen des Empfängers einer Invalidenpension eine Veränderung ein, welche ihn nicht mehr als unfähig zur Berufsarbeit erscheinen läßt, so kann ihm die Pension entzogen werden (§ 30 KG.).

Die Bemessung der Invalidenpensionen und der Witwenpensionen erfolgt durch die Satzung, und zwar lediglich nach alljährlich oder allmonatlich oder allwöchentlich eintretenden Steigerungssätzen, so daß der Betrag der im Einzelfall zu gewährenden Pension gleich der Summe der von dem Mitglied erdienten Steigerungssätze ist. Der Betrag der Steigerungssätze ist sowohl für die Invalidenpensionen und — soweit für die Pensionskassenleistungen Mitgliederklassen bestehen — auch für jede Mitgliederklasse besonders festzusetzen. Hierbei ist zulässig, die Steigerungssätze nach Dienstalterszeiten verschieden zu bemessen.

Die hiernach zu gewährenden Invalidenpensionen und Witwenpensionen sind in Tabellen ersichtlich zu machen, welche der Satzung beizufügen sind.

Die Bemessung der Beihilfen zur Erziehung der Kinder verstorbener Mitglieder und Invaliden erfolgt durch die Satzung entweder unter Berücksichtigung des von dem Mitgliede zurückgelegten Dienstalters, und alsdann gleichfalls nach den vorstehenden Grundsätzen, oder ohne Berücksichtigung dieses Dienstalters in festen Monatssätzen für die einzelnen etwa bestehenden Mitgliederklassen (§ 31 KG.).

Mitglieder der Pensionskassen werden bei Übernahme von Beschäftigung im Bezirke eines anderen Knappschaftsvereins ohne Rücksicht auf ihr Lebensalter Mitglieder der Pensionskasse dieses Vereins mit ihrem bisherigen Dienstalter, sofern sie nicht erst zu einem Zeitpunkt Pensionskassenmitglied geworden sind, zu welchem sie das in der Satzung des neuen

Vereins als Erfordernis für die Aufnahme aufgestellte Lebensalter bereits überschritten hatten, und sofern sie zur Berufsarbeit nicht bereits unfähig sind. Liegt zwischen dem Ausscheiden aus der die Mitgliedschaft im bisherigen Vereine begründenden Beschäftigung und der Übernahme der Beschäftigung im Bezirke des neuen Vereins ein Zeitraum von mehr als drei Monaten, so ist die Übernahme in die Pensionskasse des neuen Vereins an die weitere Voraussetzung gebunden, daß das Mitglied den in der Satzung des neuen Vereins für die Aufnahme in die Pensionskasse aufgestellten Erfordernissen über Gesundheit genügt.

Sowohl die Mitglieder als auch die Werksbesitzer haben zu den Krankenkassen und den Pensionskassen Beiträge zu leisten. Die Beiträge der Werksbesitzer für beitrittspflichtige Mitglieder dürfen nicht geringer als die Beiträge dieser Mitglieder sein.

Der Vorstand oder Ausschuß entscheidet über Ansprüche auf Leistungen der Krankenkasse und der Pensionskasse sowie über das Mitgliedverhältnis und die zu entrichtenden Eintrittsgelder und Beiträge nach Stimmenmehrheit. Bei Stimmengleichheit gilt ein Antrag als abgelehnt (§ 56 KG.).

Gegen Entscheidungen der Verwaltung über Ansprüche auf Leistungen der Krankenkasse sowie über das Mitgliedverhältnis zur Krankenkasse und die zu dieser zu entrichtenden Eintrittsgelder und Beiträge kann die Entscheidung des Vorstandes oder eines zu bestellenden Ausschusses angerufen werden (§ 57 KG.). Auch kann der Minister einem Versicherungsamt für eine einzelne Kasse diese Aufgabe übertragen (§ 58 KG.).

Gegen Entscheidungen des Ausschusses oder des Vorstandes oder des Versicherungsamts über die eben bezeichneten Angelegenheiten findet unter Ausschluß des ordentlichen Rechtsweges die Berufung auf schiedsgerichtliche Entscheidung statt (§ 70 KG.). Für den Bezirk jedes Oberbergamts werden nach dem jeweiligen Bedürfnis ein Schiedsgericht oder mehrere Schiedsgerichte gebildet (§ 71 KG.). Die schiedsgerichtliche Entscheidung der Streitigkeiten kann aber durch den Minister für Handel und Gewerbe auch einem besonderen Oberversicherungsamte übertragen werden (§ 80 KG.). Die Berufung auf schiedsgerichtliche Entscheidung ist bei dem zuständigen Schiedsgericht oder besonderen Oberversicherungsamte zu erheben (§ 81 KG.). Gegen die Entscheidungen der Schiedsgerichte oder besonderen Oberversicherungsämter steht beiden Teilen die Revision an das Oberschiedsgericht in Knappschaftsangelegenheiten zu.

Um eine Übersicht zu geben, wie die gesetzlichen Bestimmungen, die sich aus dem preußischen Gesetze und der Reichsversicherungsordnung ergeben, bei einem Knappschaftsverein gehandhabt werden, soll auf die Verhältnisse bei dem Saarbrücker Verein näher eingegangen werden. Der Saarbrücker Knappschaftsverein umfaßt die der Königlichen Bergwerksdirektion zu Saarbrücken unterstellten Werke und ist als Sonderanstalt zugelassen. Er trennt die Mitglieder als Mitglieder der Krankenkasse, der Pensionskasse und der Invalidenversicherungskasse.

Mitglieder der Krankenkasse sind ohne Rücksicht auf das Alter alle Arbeiter und Beamten (Werks- und Knappschaftsbeamter), die der Krankenversicherung auf Grund gesetzlicher Verpflichtung unterliegen.

Mitglieder der Pensionskasse werden diese Arbeiter und Beamten mit vollendetem 16. Lebensjahre (jedoch nicht mehr nach vollendetem 40. Lebensjahre), wenn sie körperlich und geistig gesund und dauernd brauchbar zur Werksarbeit befunden sind.

Berechtigt zur Mitgliedschaft bei beiden Kassen sind auch die übrigen Werks-

beamten, sofern sie nicht unmittelbare Staatsbeamte sind, und die Knappschaftsbeamten, bei der Pensionskasse jedoch nur, wenn sie den angegebenen Voraussetzungen für die Aufnahme genügen.

Mitglieder der Invalidenversicherungskasse sind die nach der RVO. versicherungspflichtigen oder freiwillig versicherten Arbeiter und Beamten ohne Rücksicht auf die Tauglichkeit zur Werksarbeit.

Einteilung der Mitglieder, Beginn und Erlöschen der Mitgliedschaft.

Die Mitglieder zerfallen:

bei der Krankenkasse in

a) jugendliche Arbeiter, d. h. Arbeiter bis zum vollendeten 16. Lebensjahre;
b) erwachsene Arbeiter II. Klasse, d. h. solche, die einen Schichtlohn bis zu 3 M. ausschließlich beziehen;
c) erwachsene Arbeiter I. Klasse, d. h. solche, die einen Schichtlohn von 3 M. und darüber beziehen;
d) Beamte II. Klasse, d. h. solche, die ein monatliches Gehalt bis zu 120 M. ausschließlich beziehen;
e) Beamte I. Klasse, d. h. solche, die ein monatliches Gehalt von 120 M. und darüber beziehen;

bei der Pensionskasse in:

a) aktive Pensionskassenmitglieder,
b) Berginvaliden.

Die Mitgliedschaft beginnt:

bei der Krankenkasse für die beitrittspflichtigen Personen mit dem Tage der Anlegung, für die beitrittsberechtigten Personen mit dem Tage der Beitrittserklärung oder der freiwilligen Zahlung des doppelten Beitrages der beitrittspflichtigen Mitglieder;

bei der Pensionskasse für die beitrittspflichtigen Personen, sobald sie den Bedingungen zur Aufnahme genügen, für die beitrittsberechtigten Personen von dem Tage des Eingangs ihrer Beitrittserklärung ab.

Die Tauglichkeit zur Werksarbeit wird durch eine Untersuchung seitens des zuständigen Knappschaftsarztes, nötigenfalls durch eine Ärztekommission, festgestellt.

Bei der Invalidenversicherungskasse erfolgt die Aufnahme der versicherungspflichtigen Mitglieder ohne weiteres mit dem Beginn der Beschäftigung, die Aufnahme der zur freiwilligen Versicherung Berechtigten auf Antrag.

Das Ausscheiden aus der Mitgliedschaft hat im allgemeinen den Verlust der erworbenen Ansprüche zur Folge. Indessen können die von den Mitgliedern für sich und ihre Angehörigen bis zum Austritt erworbenen Rechte an die Pensionskasse durch Zahlung einer monatlichen Anerkennungsgebühr von 50 Pf. aufrecht erhalten werden. Wird die Zahlung der Gebühr für sechs aufeinanderfolgende Monate unterlassen, so erlöschen die Ansprüche.

Der Verlust der Ansprüche tritt nicht ein, wenn das Mitglied in einen anderen preußischen Knappschaftsverein übertritt, oder wenn es mit Urlaub ausscheidet, um der gesetzlichen Militärpflicht zu genügen, oder um in Mobilmachungs- oder Kriegszeiten freiwillig militärische Dienstleistungen zu verrichten.

Das Erlöschen der Mitgliedschaft bei der Invalidenversicherungskasse und die Fortsetzung der Versicherung regeln sich nach den Bestimmungen der RVO.

Leistungen.

a) Krankenkasse:

Die Leistungen der Krankenkasse bestehen in Gewährung freier ärztlicher Behandlung und Arznei, Krankengeld, Sterbegeld und außerordentlichen Unterstützungen an die Krankenkassenmitglieder.

Freie ärztliche Behandlung und Arznei wird gegebenenfalls bis zum Ablauf der auf den Erkrankungsmonat folgenden sechs Monate gewährt. Der Knappschaftsvorstand kann jedoch die Unterstützungszeit auf weitere sechs Monate verlängern, wenn die Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit bis dahin zu erwarten ist.

Die Behandlung erfolgt auf Grund des von dem vorgesetzten Werksbeamten und dem Knappschaftsältesten ausgestellten Krankenscheines durch die von dem Knappschaftsverein angestellten Ärzte.

Ausnahmen hiervon sind nur statthaft in Fällen dringender Gefahr oder mit vorheriger Genehmigung des Knappschaftsvorstandes.

Aus der Krankenkasse werden ferner bestritten die Kosten für Brillen, Bruchbänder und ähnliche Heilmittel, sowie für die Überführung der Kranken in die Vereins-

krankenhäuser und Heimatsorte. Auch kann der Vorstand die Mittel zur Aufnahme in eine besondere Heilanstalt, zu einer Badekur oder für anderweite Heilmittel ganz oder teilweise gewähren.

Ist mit der Erkrankung zugleich Abeitsunfähigkeit verbunden, so wird Krankengeld für die Dauer der Krankenbehandlung, also auf sechs Monate bis zu einem Jahr gewährt. Die Höhe des Krankengeldes ist bei Krankheiten, die nur 14 Tage dauern, für die ersten drei Tage (Karenztage) und die Sonn- und Feiertage geringer als für die übrigen Tage; bei längerer Krankheitsdauer werden schon vom ersten Tage der Erkrankung ab und auch für die Sonn- und Feiertage die höheren Sätze gezahlt.

	Für die ersten drei Tage sowie für Sonn- und Feiertage	Für alle übrigen Tage
Das Krankengeld beträgt für den Tag:	M.	M.
A. Wenn die Behandlung des Erkrankten nicht in den Vereinskrankenhäusern oder in anderen Heilanstalten auf Kosten der Krankenkasse erfolgt:		
1. für jugendliche Arbeiter	0,35	0,70
2. für erwachsene Arbeiter II. Klasse:		
a) wenn sie verheiratet sind	1,15	1,50
b) wenn sie unverheiratet sind	0,60	1,50
3. für erwachsene Arbeiter I. Klasse:		
a) wenn sie verheiratet sind	1,15	2,30
b) wenn sie unverheiratet sind	0,60	2,30
B. Bei der Behandlung des Erkrankten in den Vereinskrankenhäusern oder in anderen Heilanstalten auf Kosten der Krankenkasse:		
1. für jugendliche Arbeiter	0,35	0,35
2. für erwachsene Arbeiter II. Klasse:		
a) wenn sie verheiratet sind	1,15	1,50
b) wenn sie unverheiratet sind	0,60	0,75
3. für erwachsene Arbeiter I. Klasse:		
a) wenn sie verheiratet sind	1,15	2,30
b) wenn sie unverheiratet sind	0,60	1,15

Das Sterbegeld beträgt:

für die jugendlichen Arbeiter . . . . . 40 M.
,, ,, Arbeiter II. Klasse . . . . . 75 ,,
,, ,, Beamten und Arbeiter I. Klasse . . . . . 100 ,,

In besonderen Fällen können außerordentliche Unterstützungen an Krankenkassenmitglieder und deren Angehörige oder Hinterbliebene durch den Knappschaftsvorstand aus der Krankenkasse bewilligt werden.

b) Pensionskasse:

Aus der Pensionskasse sind zu leisten: Invalidenpension, Witwenpension, Waisengeld und außerordentliche Unterstützungen, die Ausgaben für ärztliche Behandlung und Arznei der Invaliden und für den Volksschulunterricht.

Die Invalidenpension wird gewährt beim Eintritt der Bergfertigkeit, d. h. der Unfähigkeit zur bergmännischen Berufsarbeit, sofern die gesetzlichen Voraussetzungen für den Anspruch vorliegen, und das Mitglied mindestens ein Jahr lang der Pensionskasse angehört hat. Nur wenn die Arbeitsunfähigkeit durch einen Unfall bei der Berufsarbeit entstanden ist, wird auch vor Ablauf dieser Zeit die Mindestpension gewährt. Die Höhe der Pension hängt im übrigen von dem gesamten Dienstalter ab. Ihre Berechnung erfolgt nach einem Steigerungssatze für jede Woche, während der das Mitglied der Pensionskasse angehört und Beiträge entrichtet hat. Die wöchentlichen Steigerungssätze betragen in der Arbeiterklasse:

für die ersten 520 Wochen der pensionsfähigen Dienstzeit . . . 35 Pf.,
von der 521. bis 1040. Woche . . . . . 22 ,,
,, ,, 1041. Woche ab . . . . . 36 ,,

Bei Mitgliedern, die zuerst der Arbeiterklasse, dann der Beamtenklasse angehört haben, wird die Pension in jeder Klasse für die Zeit, die darin verbracht worden ist, besonders berechnet.

Außer dieser nach Steigerungssätzen berechneten Pension wird denjenigen Mitgliedern, die noch nicht invalide sind, also noch keinen Anspruch auf die Invalidenrente aus der Invalidenversicherungskasse haben, ein Invalidenwartegeld von 100 M. gezahlt; Voraussetzung ist jedoch, daß die für die Invalidenrente erforderliche Wartezeit von 200 Wochen zurückgelegt ist. Mitglieder, die diese Wartezeit noch nicht erfüllt haben, können außerordentliche Unterstützungen erhalten. Bei Eintritt der Invalidität tritt nach erfüllter Wartezeit an Stelle des Wartegeldes die Invalidenrente. Mitglieder, die infolge der Grubenarbeit erblindet sind, erhalten außerdem noch eine monatliche Zulage von 9 M.

Die Invalidenpension kann entzogen werden, sobald der Pensionsempfänger wieder arbeitsfähig wird.

Die Witwenpension wird den Witwen verstorbener Mitglieder gewährt, die der Pensionskasse mindestens drei Jahre als Mitglieder angehört haben. Die Höhe der Pension hängt von der Dienstzeit des verstorbenen Ehemannes ab und wird ebenfalls nach Steigerungssätzen berechnet.

Über eine Dienstzeit des Mannes von 2080 Wochen hinaus findet eine Steigerung der Witwenpension nicht mehr statt. Sie fällt fort, wenn eine Witwe stirbt oder sich wieder verheiratet. Ist die Ehe mit einem Invaliden eingegangen oder rechtskräftig geschieden, so wird eine Witwenpension überhaupt nicht gewährt.

Waisengeld erhalten die hinterbliebenen Kinder der Mitglieder, die der Pensionskasse mindestens drei Jahre angehört haben. Ist die Ehe erst nach der Pensionierung geschlossen worden, oder besitzen die Kinder nicht die Rechte der ehelichen Kinder, so wird ein Waisengeld nicht gewährt. Das Waisengeld wird in festen Monatsbeträgen gezahlt:

für vaterlose Waisen mit 6 M.,
für vater- und mutterlose Waisen mit 12 M.,

und zwar für Mädchen bis zum Eintritt in das 16., für Knaben bis zum Eintritt in das 17. Lebensjahr, sofern letztere nicht vor Erreichung dieses Alters dem Verein als Mitglieder angehören.

Berginvaliden, die in Kursprengeln des Vereins ihren Wohnsitz haben und nicht infolge ihrer Beschäftigung nach dem Krankenversicherungsgesetze anderweitig gegen Krankheit versichert sein müssen, wird im Falle der Erkrankung freie ärztliche Behandlung und Arznei aus der Pensionskasse gewährt.

Bei Behandlung von Invaliden in den Vereinskrankenhäusern wird von der Invalidenpension ein angemessener Betrag abgezogen. Die Entscheidung hierüber erfolgt in jedem einzelnen Falle durch den Geschäftsausschuß.

Beim Tode eines Berginvaliden wird aus der Pensionskasse ein Beitrag zu den Beerdigungskosten im Betrage von 75 M. gezahlt.

Die Pensionskassenmitglieder haben nach zehnjähriger Beitragszeit bei der Krankenkasse Anspruch auf freien Volksschulunterricht für ihre Kinder.

c) Invalidenversicherungskasse.

Die Ansprüche der bei der Invalidenversicherungskasse versicherten Mitglieder regeln sich nach den Bestimmungen der RVO.

Geltendmachung der Ansprüche, Entscheidung über die Ansprüche und Rechtsmittel.

Zur Gewährung einer Invalidenpension bedarf es des Nachweises der Unfähigkeit zur Berufsarbeit, zur Gewährung einer Invalidenrente des Nachweises der Invalidität. Hierüber ist zunächst ein von dem zuständigen Knappschaftsarzt ausgestelltes Zeugnis beizubringen.

Auf Anordnung des Geschäftsausschusses oder auf Antrag des Mitgliedes erfolgt eine weitere Untersuchung durch eine aus drei Knappschaftsärzten bestehende Kommission.

Zu dieser Kommission ernennt der Vorstand einen Arzt, der zu Untersuchende die beiden anderen Ärzte. Wird von dieser Berechtigung nach vorheriger Aufforderung nicht innerhalb 14 Tagen Gebrauch gemacht, so ernennt der Vorstand alle Mitglieder der Kommission.

Die Entscheidung über Ansprüche auf Leistungen der Krankenkasse erfolgt im Auftrage des Knappschaftsvorstandes durch die Verwaltung und die vom Vorstande hierfür als zuständig bezeichneten Organe, während über Ansprüche auf Leistungen der Pensionskasse und der Invalidenversicherungskasse der hierfür zuständige Geschäftsausschuß entscheidet.

Beiträge der Mitglieder.

Es sind Beiträge zu leisten:
a) zur Krankenkasse,
b) zur Pensionskasse,
c) zur Invalidenversicherungskasse.

Für das Jahr 1910 ist der Wochenbeitrag festgesetzt worden:

a) für die jugendlichen Arbeiter auf	14 Pf.,
b) für die erwachsenen Arbeiter II. Klasse	30 ,,
c) für die erwachsenen Arbeiter I. Klasse	45 ,,
d) für die Beamten auf	14 ,,

Der wöchentliche Beitrag der aktiven Pensionskassenmitglieder ist einschließlich des zur Invalidenversicherungskasse zu entrichtenden Beitrags zunächst festgesetzt:

a) für die Arbeiter auf	1,63 M.
b) für die Beamten II. Klasse auf	2,18 ,,
c) für die Beamten I. Klasse auf	2,60 ,,

Außer der Besserstellung, die die Bergpensionäre an sich haben, genießen sie auch im Erkrankungsfalle noch besonders freie ärztliche Behandlung und freie Arznei.

Eine Übersicht über die Leistungen der Knappschaftsvereine auf dem Gebiete der Krankenversicherung im Jahre 1910 (s. Tab. S. 596 und 597) läßt die Einnahmen und Ausgaben für Krankenzwecke erkennen. Der Saarbrücker Verein hatte im Jahre 1910 vier eigene Krankenhäuser mit 750 Betten. Der oberschlesische Knappschaftsverein hat 14 allgemeine Lazarette, eine Augen- und eine Ohrenklinik sowie ein Kurhaus in einem Solbade. Der Allgemeine Knappschaftsverein in Bochum hat zwei eigene Krankenhäuser, zwei Abteilungen für innere Krankheiten, eine Lungenheilstätte und ein Genesungsheim.

Die ärztliche Behandlung wird bei den Knappschaftskassen ausschließlich durch fest besoldete Knappschaftsärzte ausgeübt. Häufig ist die Krankenhausbehandlung gegenüber der häuslichen Behandlung bevorzugt. Die Satzung des oberschlesischen Knappschaftsvereins z. B. bestimmt, daß die freie Kur und Arznei regelmäßig in einem Vereinslazarett oder in einem anderen, vom Vorstande bestimmten Krankenhause gewährt wird. Die Mitglieder sind verpflichtet, der Einweisung in die Lazarette Folge zu leisten. Zum Zwecke der Gewährung der freien ärztlichen Behandlung sind unter Berücksichtigung der Lage der Vereinswerke und der Ortschaften Lazarettbezirke abgegrenzt. In jedem Bezirk ist ein Lazarett errichtet, in das die Mitglieder bei Erkrankungsfällen aufgenommen werden. Nur soweit keine Knappschaftslazarette vorhanden sind, werden die Mitglieder in Revierbezirke zusammengefaßt. Die Behandlung dieser Mitglieder erfolgt ambulant bzw. im Revier. Es stehen 14 Lazarettbezirke 3 Revierbezirken gegenüber, so daß auch hierin die Bevorzugung der Lazarettbehandlung sich ausdrückt. Bei Erkrankungsfällen haben sich die Mitglieder an den zuständigen Knappschaftsarzt zu wenden. Dieser trifft dann die Entscheidung darüber, ob die Behandlung des Erkrankten ausnahmsweise in dessen Behausung stattfinden soll. Nach der Satzung erhalten auch die Ehefrauen und die noch nicht 15 Jahre alten Kinder der aktiven Mitglieder, ferner die Knappschaftsinvaliden und deren Ehefrauen und Kinder unter 15 Jahren sowie die Witwen und Kinder verstorbener Mitglieder freie ärztliche Behandlung. Zu diesem Zweck ist der Vereinsbezirk in 87 Kurbezirke geteilt, und für jeden Kurbezirk ist ein Arzt angestellt. Von den im Jahre 1910 erkrankten 70 217 Mitgliedern wurden 46 127 in den Lazaretten und nur 24 090 im

Revier behandelt. Von den Lazarettkranken waren mehr als die Hälfte infolge von Betriebsunfällen erkrankt. Die Belegschaft betrug rund 150 000 Mann.

Anderswo steht die Lazarettbehandlung nicht so im Vordergrund wie in Oberschlesien, wenn sie auch stark bevorzugt ist. Es sind dann gemeinhin besondere Kursprengel abgeteilt. Für jeden Sprengel ist ein Knappschaftsarzt angestellt. Erkrankt ein Mitglied, so hat es sich an den Arzt seines Kursprengels zu wenden. Die damit verbundenen Unzuträglichkeiten haben dann dazu geführt, daß eine Anzahl von Knappschaftsvereinen das Ummelderecht zugelassen haben. Das Ummelderecht ist beim Allgemeinen Knappschaftsverein zu Bochum, beim Saarbrücker Knappschaftsverein, beim Niederschlesischen Knappschaftsverein zu Waldenburg und bei einer Anzahl anderer Knappschaftsvereine eingeführt. Das Ummelderecht hat zur Voraussetzung, daß das Mitglied, welches von ihm Gebrauch machen will, innerhalb eines abgegrenzten Kursprengels wohnt, und daß an seinem Wohnorte oder in erreichbarer Nähe (meist 4—5 km) sich ein anderer Knappschaftsarzt befindet, zu dem die Ummeldung erfolgen kann. Hat das Mitglied also den Wunsch, im Erkrankungsfalle nicht von dem Knappschaftsarzt seines Kursprengels, sondern von einem benachbarten Knappschaftsarzt behandelt zu werden, so hat es zu bestimmten Terminen das Recht, bei seinem Knappschaftsältesten die Ummeldung vorzunehmen. Hat ein Mitglied von dem ihm zustehenden Ummelderecht Gebrauch gemacht, so hat es in allen Erkrankungsfällen sich grundsätzlich an den gewählten Arzt zu wenden. Der gewählte Arzt tritt dann an die Stelle des eigentlich zuständigen Sprengelarztes. Natürlich ist bei der Eigentümlichkeit der örtlichen Verhältnisse die Auswahl unter den Ärzten sehr beschränkt, so daß der Wert des Ummelderechts nicht überschätzt zu werden braucht, wenn es ja auch einen Fortschritt gegenüber dem wahllosen Zustande bedeutet.

Im Saarbrücker Knappschaftsverein mit einer Belegschaft von rund 54 000 Mitgliedern ist der Vereinsbezirk in 49 Reviere geteilt. Jedes Revier hat einen besonderen Knappschaftsarzt. Von der Wahl eines anderen Arztes haben 3,6% der durchschnittlichen Mitgliederzahl Gebrauch gemacht. Die einer besonderen Wartung bedürftigen Kranken sowie Augenleidende werden in den 4 Vereinskrankenhäusern bzw. in den Kliniken der vier knappschaftlichen Augenärzte behandelt. Außerdem ist ein Spezialarzt für Hals-, Ohren- und Nasenkrankheiten angestellt, zahnärztliche Behandlung findet durch 8 approbierte Zahnärzte statt. Von den erkrankten Mitgliedern wurden 21 834 im Revier und nur 6131 in Krankenhäusern behandelt. Davon waren 5644 bzw. 2870 infolge eines Unfalls erkrankt. Man erkennt aus dem Vergleich dieser Zahlen mit den vorigen, daß die Krankenhausbehandlung hier lange nicht so sehr im Vordergrund steht wie in Oberschlesien. Es hat sich hier auch die Einführung der Krankenkontrolle als notwendig erwiesen.

Im Allgemeinen Knappschaftsverein zu Bochum mit einer Belegschaft von rund 375 000 Mann erfolgt die Behandlung teils in Revieren, teils in Krankenhäusern. Im ganzen sind 446 Ärzte tätig, von denen 337 Revierärzte sind. Jedes Revier wird von einem Arzt versehen und umfaßt in der Regel 1000—1500 Mitglieder. Von dem Ummelderecht machen durchschnittlich 3% der Mitglieder Gebrauch. Von 231 606 Erkrankungsfällen waren 62 390 infolge von Betriebsunfall eingetreten. Wieviel Kranke in Krankenhauspflege kommen, läßt sich aus den Berichten nicht ersehen. Der Verein hat 2 Knappschaftskrankenhäuser, in denen nur etwas mehr als 6000 Personen

Die Krankenversicherung in den Knappschaftskassen und -vereinen im Jahre 1910.

Staaten und Landesteile	Anzahl der Kassen (Vereine)	Durchschnittliche Belegschaft der aktiven Mitglieder		Der aktiven Mitglieder: Erkrankungsfälle mit Krankengeldbezug oder Krankenhauspflege		Der aktiven Mitglieder: Krankheitstage mit Krankengeldbezug oder Krankenhauspflege		Einnahmen: Beiträge der Mitglieder	Einnahmen: Eintrittsgelder, Heiratsgebühren usw.	Einnahmen: Geldstrafen der Mitglieder	Einnahmen: Beiträge der Werkseigentümer	Einnahmen: Geldstrafen	Einnahmen: Zinsen und sonstige Einnahmen	Einnahmen: Summe der Einnahmen
		männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.	M.	M.	M.	M.	M.	M.	M.
Oberbergamtsbez. Breslau	3	175119	10521	76348	2096	1467153	58889	3425835	—	7365	3422170	—	499106	7354476
,, Halle	11	90494	951	45634	588	715633	11537	1971209	1637	1938	1965537	22	80367	4020710
,, Klausthal	4	27791	41	12211	10	204674	362	573077	411	1537	546029	—	76952	1198006
,, Dortmund	10	356935	263	241557	39	4178004	72	9829862	1189	51383	9828570	—	495563	20206567
,, Bonn	39	157389	597	86693	215	1426284	4593	3008916	2379	31681	2991823	31	247733	6282563
Königreich Preußen	67	807728	12373	462443	2948	7991748	75453	18808899	5616	93904	18754129	53	1399721	39062322
Königreich Bayern	21	13084	208	9740	171	126881	2420	357338	401	8306	276276	30	26057	668408
,, Sachsen	53	33444	350	20216	211	391863	5689	924032	8545	212	495821	81	108066	1536757
,, Württemberg	3	2436	2	1996	—	30261	—	49526	6	71	49341	—	20166	119110
Großherzogtum Hessen	14	2479	3	1297	1	17616	3	37769	499	1382	23343	1	7594	70588
Herzogtum Braunschweig	3	4835	27	2388	8	35594	212	81946	—	268	86935	—	22377	191526
,, Sachsen-Meiningen	1	67	—	51	—	764	—	697	2	—	697	—	885	2281
,, Sachsen-Altenburg	1	4453	96	3969	86	43153	935	76300	1411	297	79937	—	12048	169975
,, Anhalt	1	3829	31	1774	5	27402	71	59637	380	32	59468	—	21562	141079
Fürstent. Schwarzb.-Rudolstadt	1	48	3	15	—	138	—	1000	—	—	1000	—	283	2283
,, Waldeck	1	102	—	30	—	1237	—	1516	—	—	1137	—	174	2827
Zusammen 1910	166	872505	13093	503919	3430	8666657	84783	20398660	16860	104454	19828084	165	1618933	41967156
		885598		507349		8751440		20519974			19828249			
Dagegen 1909	168	884513		515213		8821899		20043184			19386268		2101481	41530933
,, 1908	170	865505		495032		8030355		19337950			18710099		1396829	39444878
,, 1907	168	806276		448698		7734226		17497739			14086238		804632	32388609
,, 1906	168	761795		410352		7128722		15715378			12664608		747995	29127981
,, 1905	173	719318		397162		6639223		13946556			10879718		2055956	26882230
Zusammen 1885—1910	—	—		7858466		127503741		247593879			205190159		24702365	477486403

Staaten und Landesteile	Ausgaben											Vermögen Ende 1910
	für Arzt	für Arznei und Heilmittel	Krankengeld an		für Krankenhauspflege und Genesende	Sterbegelder	Unterstützung an Schwangere u. Wöchnerinnen	Summe der Krankheitskosten	Verwaltungskosten	Sonstige Ausgaben	Summe der Ausgaben	
			Mitglieder	Angehörige v. in Krankenanstalten verpflegt. Mitglied.								
	M.	M.	M.	M.	M.	M.	M.	M.	M.	M.	M.	M.
Oberbergamtsbez. Breslau	765446	499342	1981707	76858	3057784	230266	3408	6614811	354636	45548	7014995	3713207
,, Halle	933450	585498	1108654	109197	550083	153914	1932	3442728	184953	25840	3653521	1473129
,, Klausthal	282355	243266	351806	14106	72689	12653	60	976935	27209	31614	1035758	1724048
,, Dortmund	1906750	1740764	9233775	685247	3182355	325708	33	17074632	723176	11161	17808969	8119116
,, Bonn	753227	557587	2500188	111481	1008640	84970	68	5016161	189355	74945	5280461	3381011
Königreich Preußen	4641228	3626457	15176130	996889	7871551	807511	5501	33125267	1479329	189108	34793704	18410511
Königreich Bayern	123207	102045	203718	150	104461	14099	1034	548714	15483	29203	593400	403905
,, Sachsen	227280	220571	832001	20932	57752	57600	688	1416824	58097	14877	1489798	2192922
,, Württemberg	18528	9677	51476	1791	3716	1764	—	86952	1977	6905	95834	405282
Großherzogtum Hessen	16281	10261	26510	166	3365	1100	—	57683	2121	1565	61369	101083
Herzogtum Braunschweig	55108	37066	50800	3020	24341	3029	—	173364	12353	12348	198065	302247
,, Sachsen-Meiningen	385	502	1166	77	64	50	—	2244	7	30	2281	8284
,, Sachsen-Altenburg	29017	20138	95335	—	15708	2677	—	162875	7100	—	169975	144368
,, Anhalt	46031	27782	42707	2925	9665	4117	—	133227	7852	7056	148135	160552
Fürstent. Schwarzb.-Rudolstadt	1204	386	227	—	94	44	—	1955	164	—	2119	1900
,, Waldeck	461	522	1326	219	415	30	—	2973	70	39	3082	5698
Zusammen 1910	5158730	4055407	16481396	1026169	8091132	892021	7223	35712078	1584553	261131	37557762	22136752
Dagegen 1909	4930744	3855623	17385024	322396	7669163	960323	5682	35128955	1427801	244110	36800866	17683640
,, 1908	4703476	3641260	15536213	206561	6899044	943971	3686	31934211	1324291	210449	33468951	13404427
,, 1907	4225961	3188486	13916109	132816	5295838	643510	6243	27408963	1039737	163937	28612637	25269530
,, 1906	3841928	3077098	12339250	122327	4739215	633787	5824	24759429	901816	153318	25814563	24057850
,, 1905	3740741	3170832	12129092	94592	3768474	652091	3881	23559703	811726	523114	24894543	23149038
Zusammen 1885—1910	59751332	57891892	205710437	2557913	70252057	11363645	93563	407620839	15458577	5521389	428600805	—

verpflegt wurden. Jedenfalls ergibt sich, daß hier die Verhältnisse am ersten sich denen der reichsgesetzlichen Krankenkasse nähern.

Während bei einer großen Zahl von Knappschaftsvereinen auch für die Familienangehörigen durch die Satzung gesorgt ist, haben andere Vereine keine derartige Entwicklung gehabt, und es ist dann den Werksbesitzern überlassen geblieben, für Familienhilfe zu sorgen, falls sie es nicht wünschten, daß die Reichsversicherung das alte Knappschaftswesen in seinen Leistungen überholte. Im rheinisch-westfälischen Industriebezirk bestehen solche Kassen fast auf allen Zechen, und ihre Kosten werden in der Regel von den Werksbesitzern allein getragen. Über die nicht unerheblichen Kosten schreibt der Kompaß: Beispielsweise betrugen die Ausgaben hierfür (für die Familienkrankenpflege) bei der Gelsenkirchener Bergwerks-A.-G. 169 294 M. und bei der Harpener Bergbau-A.-G. 150 210 M. Auf einigen Zechen ist man dazu übergegangen, die Wöchnerinnenpflege in die Familienkrankenpflege einzuschließen. Die Gute-Hoffnungs-Hütte in Oberhausen nahm 1138 Anträge auf Wöchnerinnenpflege entgegen. Davon wurden 1004 Pflegen mit 10 932 Pflegetagen ausgeführt.

Folgende Tabelle gibt eine Übersicht über die Pensionskassen der knappschaftlichen Sonderanstalten.

Die Pensionskassen der knappschaftlichen Sonderanstalten im Jahre 1910.

	Saarbrücken	Bochum	Norddtsch.	Sachsen
Zahl der Mitglieder . . .	53 796	351 188	118 758	31 794
„ „ Krankheitsinval..	9 605	27 491	9 698	5 934
„ „ Unfallinvaliden .	1 149	5 746		507
„ „ Unfallwitwen . .	1 167	3 630	—	568
„ „ anderen Witwen.	5 444	17 710	—	5 818
„ „ Waisen	5 245	20 141	—	2 455
Vermögen d. Pensionskasse	21 Millionen	113½ Millionen	14 Millionen	24 Millionen

Besonderer Erwähnung bedarf es, daß den Knappschaftsärzten die Untersuchung der neu aufzunehmenden Personen und die Begutachtung bei Unfällen und der Invalidisierung übertragen ist.

Zum Schluß möge noch eine Übersicht folgen, in der die Bezüge der Invaliden und Hinterbliebenen im Allgemeinen Knappschaftsverein zu Bochum mit den reichsgesetzlichen Bezügen nebeneinandergestellt werden (s. Tab. S. 598). Die Bergarbeiter sind demnach in bezug auf die Pensions- und Invaliditätsleistungen erheblich besser gestellt als andere Arbeiterkategorien. Diese Besserstellung erstreckt sich auch auf das Heilverfahren. Denn das Heilverfahren wird nicht nur von der Sonderanstalt, sondern auch von den andern Kasseneinrichtungen betrieben. Beim Allgemeinen Knappschaftsverein in Bochum wurden in Heilbehandlung genommen (1910):

1. von der Krankenkasse 896 Personen, davon 154 wegen Lungenkrankheiten; die Kosten betrugen 128 911 M.;
2. von der Pensionskasse 69 Personen, davon 12 wegen Lungenkrankheiten; die Kosten betrugen 11 809 M.;
3. von der Sonderanstalt 1301 Personen, davon 596 wegen Lungentuberkulose; die Kosten betrugen 594 728 M.

Die soziale Versicherung im Bergwesen erstreckt sich nicht nur auf die eigentliche Arbeiterbevölkerung, sondern umfaßt auch die Versicherung der Beamten, die in den Bureaus oder auf den Zechen selbst tätig sind. Bisher war diese Versicherung an keine Einkommensgrenze gebunden. Im

Beim Allgemeinen Knappschaftsverein Bochum erhält:

bei einem Dienstalter von Jahren	ein Knappschaftsmitglied im Falle der		jeder andere Arbeiter im Falle der	
	Berufsunfähigkeit M.	völligen Erwerbsunfähigkeit M.	Berufsunfähigkeit M.	völligen Erwerbsunfähigkeit M.
10	228,80	441,20	—	212,40
15	314,60	558,20	—	243,60
20	384,80	659,60	—	274,80
25	442,—	748,—	—	306,—
30	481,—	813,20	—	337,20
35	525,20	893,60	—	368,40
40	569,40	969,—	—	399,60

Je nach der Dienstzeit des Mannes erhält eine Knappschaftswitwe ohne Kinder:

Dienstalter	eine Knappschaftswitwe im Falle der		jede andere Arbeiterwitwe ohne Kinder im Falle der	
	Erwerbsfähigkeit M.	Invalidität M.	Erwerbsfähigkeit M	Invalidität M.
10	135,20	185,20	—	98,72
15	166,40	220,44	—	108,08
20	200,20	258,92	—	117,44
25	239,20	302,60	—	126,80
30	283,40	351,48	—	136,16
35	332,80	405,56	—	145,52
40	392,60	470,04	—	154,88

Es erhält eine Witwe mit einem Kind:

Dienstalter	eine Knappschaftswitwe im Falle der		jede andere Arbeiterwitwe im Falle der	
	Erwerbsfähigkeit M.	Invalidität M.	Erwerbsfähigkeit M.	Invalidität M.
10	198,60	248,60	49,36	148,08
15	231,82	285,86	54,04	162,12
20	267,96	326,68	58,72	176,16
25	309,30	372,70	63,40	190,20
30	355,84	423,92	68,08	204,24
35	407,58	480,34	72,76	218,28
40	469,72	547,16	77,44	232,32

Es erhält ferner eine Witwe mit 2 Kindern:

Dienstalter	eine Knappschaftswitwe im Falle der		jede andere Arbeiterwitwe im Falle der	
	Erwerbsfähigkeit M.	Invalidität M.	Erwerbsfähigkeit M.	Invalidität M.
10	262,—	312,—	78,42	177,14
15	293,20	347,24	83,88	191,96
20	327,—	385,72	89,34	206,78
25	366,—	429,40	94,80	221,60
30	410,33	478,41	100,26	236,42
35	462,46	535,22	105,72	251,24
40	524,99	602,43	111,18	266,06

Gebiete der Krankenversicherung sind nunmehr aber infolge der Bestimmungen der RVO. nur noch Angestellte bis zu einem Einkommen von 4000 M. gegen Krankheit versicherungsberechtigt. Im Gebiete der Unfallversicherung hat die Knappschaftsberufsgenossenschaft durch ihre Satzung die Versicherung auch auf die Betriebsbeamten mit mehr als 5000 M. Einkommen ausgedehnt (§ 552 RVO.). Es waren infolgedessen bisher 1194 Bureau- und Betriebsbeamte, Markscheider und Genossenschaftsmitglieder mit mehr als 5000 M. Gehalt gegen Unfall versichert. Die Pensionsversicherung der Knappschaftskassen umfaßte bisher schon sowohl die Arbeiter als auch die Beamten. Die reichsgesetzliche Invalidenversicherung hat dann noch die Fürsorge für die Arbeiter erweitert, so daß diese bisher schon doppelt versichert waren. Durch die neue reichsgesetzliche Angestelltenversicherung müssen nunmehr auch die Beamten noch besonders versichert werden. Den Knappschaftskassen steht es jedoch frei, ihre Zulassung als Ersatzkassen der Angestelltenversicherung in die Wege zu leiten. Auch diese Versicherung wird durch eine Rückversicherung bei der knappschaftlichen Rückversicherungsanstalt sichergestellt. Die Knappschaftsvereine müssen die Leistungen an die Beamten so weit erhöhen, daß sie den Leistungen der reichsgesetzlichen Angestelltenversicherung gleichwertig sind. Es ergibt sich daraus der Vorzug, daß die Mitglieder der Knappschaftsvereine, gleichgültig ob sie Beamte oder Arbeiter sind, zusammen mit dem Werksbesitzer nur einen Knappschaftsbeitrag zu bezahlen haben. Weitere Beitragszahlungen sind nicht erforderlich, auch bei der Rentenzahlung haben es die Versicherten nur mit einer Rentenstelle zu tun. Da die Beamten vor ihrer Einstellung auf ihren Gesundheitszustand ärztlich untersucht sind, ist auch das Rentenrisiko bei den knappschaftlichen Ersatzkassen günstiger als bei der Reichsversicherungsanstalt. Die Ersatzkassen können damit auch höhere Leistungen in Aussicht stellen als die reichsgesetzliche Angestelltenversicherung.

Die Verschiedenheit der Verhältnisse und die Ungleichheit der Bestimmungen erschwert es außerordentlich, ein klares Bild über die Bedeutung der sozialen Versicherung im Bergbau zu bekommen. Aber diese Verschiedenheit macht sich auch den Werksbesitzern und der Bergarbeiterschaft in gleicher Weise unangenehm bemerkbar und drängt zur Konsolidierung der Versicherungsorganisationen. Hieraus sind die entsprechenden Bestimmungen des preußischen Gesetzes über die Zusammenlegung von Knappschaftsvereinen, die Anregung zu Rückversicherungsgesellschaften und die Bildung einer solchen, die Gründung des Deutschen Knappschaftsverbandes und die Hineinbeziehung der nichtpreußischen Vereine in die preußische Rückversicherung zu verstehen. Hoffentlich werden alle diese Bemühungen mit dazu beitragen, die Kraft der Versicherungsträger zu stärken, so daß sie ihren großen Aufgaben zum Wohle der Gesundheit der bergmännischen Bevölkerung auch weiterhin bestens nachkommen können.

Literatur.

Karwehl, Die Entwickelung und Reform des deutschen Knappschaftswesens (Literatur). Jena 1907.

Kleeis, Das deutsche Knappschaftswesen und seine Reform. Groß-Lichterfelde 1910.

Steinbrink, Knappschaftsgesetz nebst Kommentar. Berlin 1908.

Knappschafts-Berufsgenossenschaft, 26. Bericht über die Verwaltung der Beilage zum Kompaß 1911.

Der Kompaß. Amtliches Organ der Knappschafts-Berufsgenossenschaft, des Allgemeinen deutschen Knappschaftsverbandes und der Knappschaftlichen Rückversicherungsanstalt.

Milde und Kayser, Referat über „Ursachen für die Verschlechterung der Knappschaftsvereine hinsichtlich der Krankheits- und Invaliditätsfälle der Mitglieder". Sitzung des Allgem. deutschen Knappschaftsverbandes 30. X. 1908.

Jahresberichte des Saarbrücker Knappschaftsvereins, des Allgemeinen Knappschaftsvereins zu Bochum, der Norddeutschen Knappschaftspensionskasse, des Oberschlesischen Knappschaftsvereins.

Entwicklung und Ergebnisse des Saarbrücker Knappschaftsvereins. Internationale Hygiene-Ausstellung Dresden 1911.

Lindemann, Die Krankheiten der Bergleute und Tunnelarbeiter. Im Handbuch der Arbeiterkrankheiten. Jena 1908.

Bülow, Die geschichtliche Entwicklung des Allgemeinen Knappschaftsvereins. In der Denkschrift zur Einweihung des Knappschaftsverwaltungsgebäudes zu Bochum am 18. Juni 1910.

Halbach, Die Einwirkung der Arbeiterversicherungsgesetze auf die Knappschaftsvereine und ihre Einrichtungen. 3. Heft der Abhandlungen aus dem Staatswissenschaftlichen Seminare zu Münster i. W. 1906.

Simons, Das deutsche Knappschaftswesen. Mainzer Zeitschrift: Die Invaliditäts- und Altersversicherung im deutschen Reiche 1894/95, S. 67.

Milde, Die Krankheits- und Invaliditätsverhältnisse bei den größeren preußischen Knappschaftsvereinen. Zeitschrift des Oberschlesischen Berg- und Hüttenmännischen Vereins 1908. Auch Kompaß 1909, S. 90.

Festner, Über die Unfallhäufigkeit beim Oberschlesischen Bergbau. Zeitschr. des Oberschlesischen Berg- und Hüttenmännischen Vereins 1908. Referat Kompaß 1909, S. 138.

Susewind, Über die Entstehung der knappschaftlichen Rückversicherungsanstalt und ihre Zwecke. Bergmannsfreund 38. Jahrg., Nr. 26 u. 27.

Weidtmann, Einfluß des neuen Knappschaftsgesetzes und der reichsgesetzlichen Angestelltenversicherung auf das Knappschaftswesen. Kompaß 1912, S. 159.

Sechsundzwanzigstes Kapitel.

Die soziale Versicherung der Seeleute.

Die Sozialversicherung der Seeleute ist mit gewissen Schwierigkeiten verbunden, die sich aus der eigentümlichen Art der Berufstätigkeit ergeben. Der Seeman hat nur kurze Zeit im Jahre seinen festen Wohnsitz im Lande, wenn das Schiff im Heimatshafen liegt oder zur Ausbesserung ins Dock kommt. In der übrigen Zeit ist er an sein Schiff gefesselt, das ihn bald hierhin, bald dorthin bringt und unter Umständen auch jahrelang von der Heimat fernhält. Es kann bei der Aufgabe dieses Buches die wirtschaftliche Lage der Seeleute nur soweit angedeutet werden, als es für das Verständnis dieser schwierigen Materie nötig ist. Unsere großen Dampferlinien, wie Norddeutscher Lloyd, Hamburg-Amerika-Linie, Kosmos, Woermann usw., unterhalten eine Dampferflotte, die bis in die fernsten Weltteile dringt. Soweit Materialtransport in Frage kommt, pflegen die Dampfer dabei regelmäßig auf derselben Linie zu verkehren und dabei gleichzeitig den Transport von Passagieren mitzuübernehmen. Hier besteht ein ziemlich stabiler Zustand, so daß die Seeleute in einem Dauerverhältnis stehen. Die reinen Passagierdampfer dagegen sind dem Wechsel des Verkehrs unterworfen, der im Frühjahr anflutet, im Sommer den Höhepunkt erreicht und im Herbst wieder zurückgeht. Die besser bezahlten Angestellten und ein Teil der anderen bleiben auch den Winter über in Stellung, das Gros dagegen wird entlassen und tritt in irgendein Arbeitsverhältnis auf dem festen Lande. Ähnlich liegen die Dinge bei den Fischdampfern. Die kleinen Rhedereien, die Überseedampfer haben, befassen sich meist mit Warentransport und suchen möglichst einfach und billig zu arbeiten, derart daß auch die Verhältnisse an Bord primitiver sind. Die anderen kleinen Dampferlinien vermitteln Transport- und Passagierverkehr nach England, Schweden, Rußland usw. und haben es nur mit einer kurzen Fahrzeit von meist 2—3 Tagen zu tun. Alle diese Dampfer legen, sei es in Europa, sei es in anderen Erdteilen, häufig in Häfen an oder kehren — wie die Fischdampfer — bald zurück, so daß eine ununterbrochene Fahrzeit von 3 Wochen schon selten ist. Nicht sehr viel anders als bei der Landbevölkerung liegen die Dinge bei der Besatzung der Schlepper, die sich von ihrer Hafenstadt kaum länger als einen Tag entfernen, um Schiffe aus dem Hafen heraus- oder hineinzuschleppen. Die Zahl der deutschen Dampfer belief sich am 1. Januar 1911 auf 1973 mit einer Bruttotonnage von 3949 759 Registertons und einer Besatzung von 59 944 Mann. Davon waren 229 Fischdampfer mit 44 502 Tons und 2857 Mann und 196 Schleppdampfer mit 17 750 Tons und 1167 Mann. Recht verschieden von dem Dampferbetrieb ist der Verkehr der Segelschiffe. Sie dienen ausschließlich dem Warentransport. Dabei sind die Seeleichter (Schleppschiffe) zu selbständiger Fortbewegung nur ausnahmsweise fähig und zum Verkehr an der Küste und über See in der

Regel auf Schleppdampferhilfe angewiesen. Die größeren Segelschiffe verkehren ebenfalls bis in die fernsten Länder und können 4—6 Monate unterwegs sein und dabei nur selten einen Hafen anlaufen. Bei ihnen ist infolge ihrer Abhängigkeit vom Winde eine Regelmäßigkeit des Verkehrs nicht möglich, und das trifft auch für die kleineren Segler zu. Wochen- bis monatelang ist also hier im Falle von Krankheit oder Unfall ärztliche Hilfe überhaupt nicht möglich, und man muß sich mit der Volksmedizin und Verbandskunst des Kapitäns begnügen. Die Zahl der Seeleichter belief sich auf 331 mit einer Tonnage von 110 436 und einer Besatzung von 1121 Mann, die Zahl der Segelschiffe auf 2371 mit 452 996 Tons und 12 928 Mann.

Aus diesen kurzen Betrachtungen ergibt sich, daß für die Seeleute hinsichtlich der Krankenversorgung ganz andere Verhältnisse vorliegen als bei der Landbevölkerung. Man hat infolgedessen von einer Krankenversicherung auch bis in die jüngste Zeit Abstand genommen und die Fürsorge in anderer Weise geregelt. Auch die Unfallversicherung ist an eine wesentlich andere Betriebsführung gebunden als bei den gewerblichen Betrieben zu Lande, so daß man schon 1883 ein besonderes Gesetz für die Unfallversicherung der Seeleute schuf. In der RVO. ist der 3. Teil des 3. Buches, das von der Unfallversicherung überhaupt handelt, lediglich der Seeunfallversicherung gewidmet. Träger dieser Versicherung ist die Seeberufsgenossenschaft geworden. Da dieselben Schwierigkeiten auch auf dem Gebiete der Invalidenversicherung bestanden, hier allerdings hauptsächlich durch die besonders erschwerte Erhebung der Beitragsleistungen, war der Seeberufsgenossenschaft im § 11 des früheren Invalidengesetzes die Befugnis eingeräumt worden, die Invalidenversicherung unter der Bedingung der gleichzeitigen Schaffung einer Witwen- und Waisenversorgung zu übernehmen. Die Seeberufsgenossenschaft hat hiervon Gebrauch gemacht und im Jahre 1907 die Invaliden-, Witwen- und Waisen-Versicherungskasse der Seeberufsgenossenschaft errichtet, die nach ihrer Zulassung durch den Bundesrat auf Grund des Sitzungsbeschlusses vom 1. Dezember 1911 als Sonderanstalt weiterwirkt.

Krankenfürsorge.

Die Krankheitsgefährdung der Seeleute ist so groß wie nur in wenigen anderen Berufen. Wenn dies für die neueren großen Dampfer nur mit einem gewissen Vorbehalt zutrifft, so ist es doch ganz unbeschränkt der Fall bei den älteren Dampfern und bei den Segelschiffen. Der Raum auf dem Schiff ist eng und muß ausgenutzt werden. Auf jeden Schiffsbewohner kommt nur ein kleiner Raum als Wohn- oder gar als Schlafraum. In der Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 2. Juli 1905 (Reichsgesetzbl. S. 563) ist für die Kauffahrteischiffe von mehr als 400 Kubikmeter Brutto-Raumgehalt die Größe der Logierräume so bestimmt, daß auf jeden darin untergebrachten Schiffsmann mindestens 3,5 Kubikmeter Luftraum entfallen; bei Räumen, die auf dem obersten Deck liegen, oder für die sonst eine ausgiebige Lüftung unter allen Umständen sichergestellt ist, genügt ein Luftraum von mindestens 3 Kubikmetern auf jeden Schiffsmann.

Diese Bestimmungen geben eine Vorstellung, auf welch bescheidenes Maß die Ansprüche der Seeleute in bezug auf Wohngelegenheit reduziert sind. Sieht man doch auf dem Lande 10 cbm als Mindestmaß pro Person für einen Schlafraum an, obwohl die Hygiene auch das für völlig unzureichend erklärt. Und da die Verordnung sich als nötig erwies, müssen vorher vielfach noch primitivere Zustände bestanden haben, die heute auch noch gesetzlich

erlaubt sind für kleinere Kauffahrteischiffe und für Hochseefischereifahrzeuge, wo nur für die Unterkunft der Schiffsmannschaft „möglichst gut" gesorgt werden soll. Es sind in der Öffentlichkeit über den Beruf der Seeleute recht falsche Vorstellungen verbreitet. Man beneidet sie ordentlich um den täglichen Genuß der frischen, kühlen Seeluft, um die gesunde Beschäftigung und die Gemütlichkeit an Bord, wenn man nach getaner Arbeit sein Garn spinnt. Der wettergebräunte harte Seemann ist in solcher Betrachtung von einem poetischen Schimmer umwoben, der der Wirklichkeit nicht im geringsten entspricht. Das Leben an Bord ist hart, der Dienst schwer und anstrengend. Forderungen eines Acht-, Neun- oder selbst Zehnstundentages verbieten sich von selbst, hier ist alles in Bewegung, jede überflüssige Menschenkraft fällt fort, die Mannschaft ist auf das äußerste Maß reduziert, und wenn ein Mann wegen Erkrankung ausfällt, so muß der Dienst von den andern mitgeleistet werden. Und dieser Dienst wird nicht nur in kühler Luft und bei lachendem Sonnenschein erledigt, sondern auch in Sturm und Wetter und bei eisiger Kälte oder unter glühender Tropensonne. Nach dem anstrengenden Tagewerk folgt dann die Ruhe in den engen Logisräumen, wo auf 21 Kubikmeter 6 Mann untergebracht sind und auch ihre Mahlzeiten einnehmen müssen. Wenn nicht an Bord auf unseren deutschen Schiffen die peinlichste Sauberkeit herrschte, so müßte dieses enge Zusammenwohnen mit den furchtbarsten Gesundheitsgefahren verbunden sein.

Trotzdem sind die ansteckenden Krankheiten nicht besonders verbreitet außer der Tuberkulose, die allerdings umso gefährlicher auftritt. Nocht konnte anfangs dieses Jahrhunderts während einer sechsjährigen Beobachtungszeit feststellen, daß die Zahl der in Hamburg an Tuberkulose gestorbenen Seeleute 38 % der überhaupt an Krankheiten im Hafen gestorbenen Seeleute betragen hat, während für die gleichaltrige männliche Bevölkerung an Land dieser Anteil sich nur auf 35 % belief. Und die Stadt Bremerhaven zeichnet sich durch die hohe Tuberkulosesterblichkeit von 27,8 auf 10 000 Einwohner im Jahre 1910 aus, eine Erscheinung, die ganz unverständlich bliebe, wenn die Tuberkulosesterblichkeit nicht durch die vielen in den Krankenhäusern an Tuberkulose verstorbenen Seeleute belastet würde. Im übrigen sind genauere Zahlen über die Verbreitung der Tuberkulose in der Handelsmarine nicht bekannt. Ein gewisses Bild können die Verhältniszahlen unter den Invalidisierungsursachen geben. Bis 1910 waren bei der Seekasse 327 Invalidenrenten zuerkannt, hiervon fielen allein 69 (21,1 %) auf Lungentuberkulose. Dieser Prozentsatz von 21,1 bei der Seekasse steht dem von 15 bei der Invalidenversicherung (Männer 1896—99) gegenüber. Bis 1910 wurden ferner von 195 Personen 138 allein wegen Lungentuberkulose in Heilbehandlung genommen, eine Ziffer, die sich aber mit andern überhaupt nicht vergleichen läßt. Wenn man bedenkt, daß die Tuberkulose eine erhebliche Verbreitung bei der Handelsmarine hat, und daß diese Verbreitung dauernd durch das enge Zusammenwohnen weiter gefördert wird, so kann man einen Erfolg nur von außerordentlich eingreifenden Maßnahmen erwarten. In der Kriegsmarine ist dies auch geglückt. Dort betrug die Zahl der Erkrankungen an Tuberkulose der Luftwege 64 bei einer Kopfstärke von rund 50 000 Mann im Jahre 1907/08. Diese geringe Krankenziffer ist nur möglich durch scharfe Untersuchung und Auslese bei der Einstellung und dauernde Überwachung der Mannschaften sowie durch stete Kontrolle der Wohnungsgelegenheiten. Etwas Ähnliches ist auch in der Handelsmarine versucht. Durch die Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 1. Juli 1905

(Reichsgesetzblatt S. 561) ist die Schiffsmannschaft vor der Anmusterung einer körperlichen Untersuchung auf ihren Gesundheitszustand zu unterziehen. Diese Untersuchung erstreckt sich natürlich nicht allein auf Tuberkulose, sondern bezweckt überhaupt eine Feststellung der Tauglichkeit zum Schiffsdienst.

Für die Tuberkulosebekämpfung hat diese Bestimmung nur dann einen Wert, wenn eine exakte Untersuchung vorgenommen wird. Wieweit dies immer geschieht, entzieht sich bislang jeder Kontrolle.

Jetzt ist die Untersuchung häufig wenigstens recht mangelhaft, wie dies auch aus einem Erlaß des preußischen Handelsministers vom 20. November 1911 zu ersehen ist. Hier wird darüber Beschwerde geführt, daß Personen, die wegen Tuberkulose aus der Kriegsmarine entlassen wurden, anstandslos in der Handelsmarine angemustert wurden. Auch wird darauf aufmerksam gemacht, daß kranke Seeleute häufig ein Gesundheitszeugnis durch betrügerische Einschiebung eines Stellvertreters zu erwerben suchen.

Von anderen Infektionskrankheiten ist zunächst die Ruhr zu erwähnen, die häufig in den Tropen erworben wird. Bei der Kriegsmarine kommen jährlich 200—300 Fälle vor, die hauptsächlich auf die Schiffe in Ostasien fallen. Auch der Gelenkrheumatismus ist recht häufig; in der Kriegsmarine erkranken jährlich etwa 300 Mann daran. Bei der Seekasse bildet er eine der häufigeren Invalidisierungsursachen. Schließlich ist noch die oft in südlichen Gegenden erworbene Malaria zu erwähnen.

Eine außerordentliche Verbreitung haben die Geschlechtskrankheiten unter den Seeleuten. Während bei dem deutschen Heere der Zugang sich auf 18,7 ‰ belief (1906/07), betrug er bei der Kaiserlichen Marine 59,3 ‰. Und bei der Handelsmarine, die nicht unter einer solchen militärischen Zucht steht, ist es noch viel schlimmer. Schon bei der englischen Kriegsmarine betrug die Krankenziffer für Geschlechtskrankheiten 122,51 ‰ im Jahre 1908, und bei unsern Seeleuten der Handelsflotte ist sie sicher größer. Die spezielleren Zahlen für die einzelnen Krankheiten waren bei der Kaiserlichen Marine (1908/09):

Tripper	1908 Fälle	(35,5 ‰)
weicher Schanker . .	321 „	(5,97 ‰)
Syphilis	938 „	(19,5 ‰)
Gesamtsumme der Geschlechtskrankheiten	3278 Fälle	(60,9 ‰)

Auf dem Vereinstage des Deutschen Nautischen Vereins und des Verbandes Deutscher Seeschiffervereine im März 1909 referierte der Vertrauensarzt der Seeberufsgenossenschaft, Dr. Müller-Hamburg, über diese Frage und teilte mit, daß der dritte Teil aller überhaupt erkrankten Seeleute geschlechtskrank befunden wird. Die Ursachen dieser außerordentlichen Erkrankungsziffer liegen daran, daß die Seeleute oft wochenlang nicht an Land kommen und hart zu arbeiten haben. Wenn sie dann in einem Hafen landen, so macht die wochenlang ersparte Löhnung eine beträchtliche Summe aus. Jetzt will sich der Seemann einen guten Tag machen und schwelgt in Baccho et Venere. In den Hafenstädten aller Länder gibt es dafür besondere Kneipen, Spezialitätentheater und verschwiegene Häuser, in denen das mühsam erworbene Geld schnell verjubelt wird. Geschlechtskrankheiten sind dann die unausbleibliche Folge. Man hat sich viel Mühe gegeben, aufklärend zu wirken. Die Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten hat ein Büchelchen dieser Art unter dem Titel „Kurze Freud, langes

Leid" herausgegeben. Auch die Seeberufsgenossenschaft hat ein Merkblatt herausgegeben, das kostenlos abgegeben wird. Alle diese Maßregeln helfen aber nicht viel, da eine derartige Aufklärungsarbeit bei Schiffern und Schiffsführern auf Verständnislosigkeit und Abneigung stößt und meistens verlacht wird. Größer dürfte der Erfolg sein durch die regelmäßigen Untersuchungen der Mannschaft, die der Norddeutsche Lloyd auf den Reichspostdampfern und Mittelmeerdampfern eingeführt hat. Schließlich wäre es auch möglich, die Hafenärzte (hauptamtlich nur in Hamburg und Bremerhaven) zu einer derartigen dauernden Kontrolle der Besatzung heranzuziehen, um wenigstens die rechtzeitige Behandlung der Erkrankten herbeizuführen.

Ein interessantes Bild über die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten in der Handelsmarine gibt eine Statistik von Westhoff, die auf der Internationalen Hygieneausstellung in Dresden ausgestellt war. Bei der vertrauensärztlichen Untersuchung der Anzumusternden wurden eine ganze Anzahl von Personen zurückgewiesen, die sich doch selber für gesund gehalten hatten, da sie sich andernfalls überhaupt nicht zur Untersuchung gestellt hätten. Die Resultate der vertrauensärztlichen Untersuchung waren folgende:

Schiffahrtslinie:	Argo	Neptun	Roland	verschied. kleine Reedereien
Jahre	1906—10	1905—10	1906—10	1906—10
Untersucht	3 947	2 960	1 715	3 409
Untauglich überhaupt	117	70	42	79
Davon geschlechtskrank	102	59	35	69

Im ganzen waren also von allen Personen, die zur See fahren wollten und sich der Untersuchung unterzogen, wegen Krankheit 2,5 % untauglich, und in 86 % war der Grund der Untauglichkeit eine Geschlechtskrankheit. Aus einer anderen Übersicht Westhoffs ist die Krankheitshäufigkeit im allgemeinen und im besonderen an Geschlechtskrankheiten ersichtlich. Daraus kann auch entnommen werden, welche Krankheitskosten den Rheedereien erwachsen.

Schiffahrtslinie:	Nordd. Lloyd			Argo-Bremen		
Zahl der Dampfer	206	197	200	33	28	28
Jahre	1908	1909	1910	1908	1909	1910
Mittlere Besatzung	12 600	13 660	15 000	660	550	550
Gesamtzahl der Kranken	2 253	2 037	1 874	167	78	140
Krankenkosten in inl. Häfen	126 092	121 803	111 339	11 264	6 155	12 965 M.
Krankenkosten in ausl. Häfen	11 470	14 962	12 612	exkl. Geschlechtskrankh.		
Zahl der Geschlechtskranken	759	548	428	61	30	43
Prozent der Geschlechtskranken	33	26	22	36	28	30

Die Abnahme der Geschlechtskrankheiten beim Norddeutschen Lloyd dürfte auf die erwähnten prophylaktischen Maßnahmen zurückzuführen sein.

Von einzelnen Krankheitsformen möchte ich nur noch die sogenannte Heizerkrankheit hervorheben, die als eine direkte Berufskrankheit des Maschinenpersonals anzusehen ist und mit Fieber, Ohnmachtsanfällen, Krämpfen und ähnlich aufzutreten pflegt. Sie ist eine Form von Hitzschlag und tritt bei allzu großer Wärmestauung, also besonders in Maschinenräumen, auf.

Bei der Kaiserlichen Marine treten auffallend häufig Krankheiten der Ernährungsorgane auf (116,5 $^0/_{00}$). Es ist anzunehmen, daß auch bei der Handelsflotte ähnliche Verhältnisse vorliegen.

Da keinerlei statistische Nachweise außer den Untersuchungen Westhoffs existieren, ist es unmöglich, ein bestimmtes Urteil über die Krankheitshäufigkeit der Seeleute abzugeben. Aber es ist anzunehmen, daß

die Erkrankungsfälle nicht nur gleich häufig sein werden wie bei einer ähnlich zusammengesetzten Gruppe der männlichen Bevölkerung in einem anderen Gewerbe, sondern daß die Anstrengungen des Berufs, der Wechsel der klimatischen Verhältnisse, die Vermehrung der Infektionsmöglichkeiten aller Art durch den ständigen Aufenthaltswechsel und die engen Wohnungsverhältnisse eine viel größere Krankheitshäufigkeit bewirken werden. Die strenge Auslese bei der Anmusterung durch ärztliche Untersuchung und die genaue hafenärztliche Überwachung der Mannschaften sind darum für die Prophylaxe nicht nur unumgänglich notwendig, sondern womöglich noch zu verschärfen und auszubauen.

Wenn wir uns nunmehr der Krankenfürsorge zuwenden, so ist eine dritte Bekanntmachung des Reichskanzlers, vom 3. Juli 1905 (Gesetzblatt S. 568) zunächst zu erwähnen. Die Schiffe sind dort geschieden in solche für Küstenfahrt, kleine, mittlere und große Fahrt. Küstenfahrt ist die Fahrt zwischen allen Plätzen der deutschen Festland- und Inselküste und bestimmter ausländischer Küstenstrecken. Kleine Fahrt ist die Fahrt in der Ostsee, in der Nordsee bis zu 61 Grad nördlicher Breite und im Englischen Kanal. Mittlere Fahrt ist die Fahrt zwischen Häfen in Europa und den nichteuropäischen Häfen des Schwarzen und Mittelländischen Meeres sowie der westafrikanischen Küste nördlich von 12 Grad nördlicher Breite und Häfen auf den Kapverdischen und Kanarischen Inseln, sowie auf Madeira. Alles weitere gehört zur großen Fahrt. Kauffahrteischiffe in mittlerer und großer Fahrt, die mehr als fünfzig Reisende oder mehr als insgesamt 100 Personen während einer Seereise von mindestens 6 Tagen an Bord haben, müssen einen in Deutschland approbierten Arzt an Bord haben und mit Apotheke und Hospitälern versehen sein. Kauffahrteischiffe mit mehr als 10 Mann Besatzung in großer Fahrt und größere (über 3000 cbm) in mittlerer Fahrt müssen eine Hausapotheke und einen Krankenraum haben. Alle anderen Schiffe haben Hausapotheken mit sich zu führen, die je nach der Fahrt verschiedenartig ausgestattet sind. Auf den Navigationsschulen wird Unterricht in Gesundheits- und Krankenpflege erteilt, so daß die meisten Kapitäne mit Kranken umzugehen wissen. Außerdem bestehen Bestimmungen des Bundesrats und der Seeberufsgenossenschaft, wonach auf jedem größeren Schiff ein Offizier angemustert sein muß, der in der Gesundheitspflege mit Erfolg geprüft ist. Die Zahl der Seeleute, die sich im Jahre 1910 einer Prüfung in der Gesundheitspflege auf Kauffahrteischiffen unterzogen haben, betrug 575 (gegen 736 im Vorjahr); von diesen bestanden 541 die Prüfung.

Die Verpflegung auf dem Schiff kann bei kranken und unfallverletzten Personen natürlich immer nur ein Provisorium sein. Sobald ein Hafen angelaufen wird, muß der Kranke in geeignete Pflege, d. h. in ein Krankenhaus überführt werden. Wenn das Schiff ohne Arzt ist, pflegt es seine Kranken auch solchen Schiffen zu übergeben, die einen Arzt an Bord haben oder schneller in einen Hafen gelangen. Sobald der Kranke an Land ist, tritt für ihn die Fürsorge des Unternehmers nach den §§ 553, 553a des Handelsgesetzes oder den §§ 59—61 der Seemannsordnung ein (beide Gesetze in der Fassung vom 12. Mai 1904, RGBl. S. 167). In den Fällen, wo diese Fürsorge nicht in Frage kommt, ist Krankenversicherung oder eine besondere Leistung des Reeders vorgesehen. Es sind also 4 verschiedene gesetzliche Möglichkeiten vorhanden, um die Krankenfürsorge zu gewährleisten. Dabei sind die Bestimmungen des Handelsgesetzbuches und der Seemannsordnung wesentlich gleichlautend und beziehen sich

1. auf den Schiffer (Handelsgesetz),
2. auf den Schiffsmann (Seemannsordnung).

Zur Schiffsbesatzung ganz allgemein gehören alle auf dem Schiff angestellten, im Dienst des Fahrzeugs beschäftigten Personen, insbesondere Schiffer (Kapitäne), Schiffsoffiziere, Steuerleute, Maschinisten, Bootsleute, Zimmerleute, Köche, Heizer, Matrosen, Handwerker, Aufwärter (Stewards), Kohlenzieher, Trimmer, Schiffsjungen usw. Außerdem kommen Personen zu vorübergehenden Verrichtungen an Bord, die nach § 1046, 2 und 3 der RVO. gegen Unfall bei der Seeberufsgenossenschaft versichert sind. Das sind Handwerker und Arbeiter, die gelegentlich auf inländischen Häfen an Bord beschäftigt werden, ferner Lotsen, Rettungsmannschaften, Hafenangestellte und ähnliche Personen. Von ihnen ist weiter unten die Rede. Der § 59 der Seemannsordnung (und entsprechend § 553 des Handelsgesetzbuches) bestimmt:

Falls der Schiffsmann nach Antritt des Dienstes oder nach der Anmusterung erkrankt oder eine Verletzung erleidet, trägt der Reeder die Kosten der Verpflegung und Heilbehandlung. Vorbehaltlich der Vorschrift im Abs. 2 erstreckt sich diese Verpflichtung:

1. wenn der Schiffsmann wegen der Krankheit oder Verletzung die Reise nicht antritt, bis zum Ablaufe von sechsundzwanzig Wochen seit der Erkrankung oder Verletzung;
2. wenn er die Reise angetreten hat, bis zum Ablaufe von sechsundzwanzig Wochen nach dem Verlassen des Schiffes.

Bei Verletzung infolge eines Betriebsunfalles werden die Fristen im Abs. 1 auf dreizehn Wochen beschränkt, im Falle der Nr. 2 jedoch nur, wenn der Schiffsmann das Schiff in einem deutschen Hafen verläßt oder wenn er aus einem außerdeutschen Hafen in die Krankenanstalt eines deutschen Hafens überführt wird. Die Verpflichtung des Reeders hört auf, sobald und soweit die Berufsgenossenschaft die Fürsorge übernimmt.

Der Reeder ist berechtigt, die Verpflegung und Heilbehandlung dem Schiffsmann in einer Krankenanstalt zu gewähren.

Ein Schiffsmann, der wegen Krankheit oder Verletzung außerhalb des Reichsgebietes zurückgeblieben ist, kann mit seiner Einwilligung und der des behandelnden Arztes oder des Seemannsamts nach einem deutschen Hafen in eine Krankenanstalt übergeführt werden. Ist der Schiffsmann außerstande, die Zustimmung zu erteilen, oder verweigert er sie ohne berechtigten Grund, so kann sie nach Anhörung eines Arztes durch dasjenige Seemannsamt ersetzt werden, in dessen Bezirke der Schiffsmann sich zur Zeit befindet.

Der Schiffsmann, welcher sich der Heilbehandlung ohne berechtigten Grund entzieht und hierdurch nach ärztlichem Gutachten die Heilung vereitelt oder wesentlich erschwert hat, verliert den Anspruch auf kostenfreie Verpflegung und Heilbehandlung. Über die Berechtigung des Grundes sowie über Beginn und Dauer des Verlustes entscheidet vorläufig das Seemannsamt.

Dem Schiffsmann gebührt, falls er nicht mit dem Schiffe nach dem Hafen der Ausreise (§ 14) zurückkehrt, freie Zurückbeförderung (§§ 78, 79) nach diesem Hafen oder nach Wahl des Kapitäns eine entsprechende, im Streitfalle vom Seemannsamte vorläufig festzusetzende Vergütung.

Der Reeder hat demgemäß die Kosten der Verpflegung und die Heilbehandlung bis zu 26 Wochen nach Verlassen des Schiffes zu gewähren. Sobald der Krankheitsprozeß zur Heilung gebracht ist, fällt die Verpflichtung des Reeders fort, gleichgültig, ob Erwerbsfähigkeit besteht oder nicht (Stier-Somlo). Der Reeder ist berechtigt, die Verpflegung und Heilbehandlung dem Schiffsmann in einer Krankenanstalt zu gewähren. Ferner ist der Transport aus dem Auslande geregelt.

Hat der Seemann Angehörige, deren Unterhalt er bisher ganz oder überwiegend bestritten hat, so ist ein Viertel der Heuer — eventuell unmittelbar an die Angehörigen — zu zahlen (§ 61, 1 und 2 der Seemannsordnung).

3. Diejenigen Personen, die nicht unter Kategorie 1 und 2 fallen, also zur Schiffsbesatzung gehören, aber weder Schiffer noch Schiffsleute sind, werden nach § 165, 7 der RVO. gegen Krankheit versichert.
4. Die Fürsorgepflicht des Reeders fällt fort, wenn der Schiffer oder Schiffsmann
   a) sich der Heilbehandlung entzieht (S. o. § 59);
   b) sich die Krankheit durch eine strafbare Handlung zugezogen hat;
   c) wenn er den Dienst ohne einen berechtigten Grund verlassen hat.

In diesen Fällen, ebenso bei Personen, die nicht der Krankenversicherung unterliegen, hat der Unternehmer nach § 1084 und 1085 der RVO. bei Personen, die bei der Seeberufsgenossenschaft versichert sind, im Falle eines Betriebsunfalles während der ersten dreizehn Wochen die sonst üblichen oder aus der Gewerbeunfallversicherung herzuleitenden Fürsorgemaßregeln zu gewähren. Ist der Versicherte bei der Zweiganstalt der Seeberufsgenossenschaft versichert, so hat in diesem Falle nicht der Unternehmer, sondern die Gemeinde Krankenhilfe oder deren Ersatz (Krankenhaus, Hauspflege) zu gewähren (§ 1087 RVO.).

Mit der letzten Art der Krankenfürsorge wird schon das Gebiet der Unfallversicherung gestreift. Solange man davon überzeugt ist, daß der Reeder seinen außerordentlichen Verpflichtungen in allen Fällen, also auch bei Epidemien usw., nachkommen kann, ist die Krankenfürsorge ebenso gut geregelt wie bei einer Versicherung. Tatsächlich werden aber kleinere Reeder durch die Krankheit eines einzigen Mannes, der im Ausland in einem teuren Krankenhaus untergebracht ist und nicht selten 1000 M. und mehr Kosten verursacht, finanziell schwer belastet, und bei gehäuften Erkrankungen würden auch größere Firmen einen harten Druck verspüren. Außerdem ist immer noch nicht die genügende Gewähr geboten, daß nun wirklich auch jeder Reeder seinen Verpflichtungen nachkommen wird, obwohl eigentliche Beschwerden nie laut geworden sind. Schließlich ist bei dieser Art der Krankenfürsorge jede Prophylaxe unmöglich. Wenn die einzelnen Reeder eine Rückversicherungsgesellschaft eingingen, und die Seeberufsgenossenschaft deren ausführendes Organ würde, dann würden weitgehendere und ausreichende Garantien dafür geschaffen sein, daß die Krankenfürsorge jedermann rechtzeitig und in hinreichendem Umfange zuteil würde, und daß auch eine genügende Prophylaxe z. B. gegen die Tuberkulose und die Geschlechtskrankheiten einsetzen würde. Die generelle Übertragung der Krankenversicherung auf die Seeleute wäre natürlich ein Unding, da die Kassen nur Organe im Inlande haben, während der überwiegende Teil der Erkrankungen im Auslande vorkommt, und in diesen Fällen der Reeder der einzige ist, der durch Vermittlung

seines Kapitäns sofort das Sachdienliche veranlassen kann. Die bisherige Organisation, die sich auf dem Papier als etwas kompliziert erweist, ist übrigens in der Durchführung deshalb so einfach, weil der Kranke gewohnt ist, seinen Kapitän für sich sorgen zu lassen, und der Kapitän sein Bestes daran setzt, den kranken Mann, wo immer es auch sei, möglichst gut unterzubringen, und weil schließlich der Reeder stets für die Handlung des Kapitäns eintritt und, ohne Worte zu machen, die oft schweren finanziellen Opfer der teuren Krankenhausbehandlung trägt. Einen glänzenden Beweis für das Pflichtgefühl, das den beteiligten Personen innewohnt, bringt die Tatsache, daß von 9241 Verletzten, welche von 1908 bis Ende 1910 bei der Seeberufsgenossenschaft gemeldet waren, 89,07 % vor Ablauf der Wartezeit geheilt waren, ein Erfolg, den nur wenige andere Berufsgenossenschaften trotz der besseren Heilungsmöglichkeit am Lande aufzuweisen haben.

Gegenüber den in der Krankenversicherung befindlichen Personen sind die Seeleute nur insofern im Nachteil, als sie nach der Abmusterung keinen Anspruch auf Krankenhilfe haben, wenn die Krankheit erst nach der Abmusterung aufgetreten ist im Gegensatz zu § 214 der RVO. (Ausscheiden wegen Erwerbslosigkeit).

Die Seeunfallversicherung.

Der dritte Teil des dritten Buches der RVO. behandelt in den §§ 1046 bis 1225 die Seeunfallversicherung, die hinsichtlich der Aufbringung der Mittel verschieden behandelt wird, je nachdem es sich um Groß- oder Kleinbetrieb handelt. Die Unfallversicherung selbst bietet sonst keine prinzipiellen Verschiedenheiten gegenüber der gewerblichen Unfallversicherung; nur ist der Personenkreis hier insofern erweitert, als der Unternehmer beim Kleinbetrieb kraft Gesetzes mitversichert ist, sofern er zur Besatzung gehört, höchstens zwei Versicherte beschäftigt und ein Gewerbe aus dem Betriebe macht (§§ 1058, 1187). Wie ich vorhin erwähnte, sind gegen Unfall versichert

1. angestellte Schiffer und Schiffsleute,
2. Handwerker und Arbeiter, die an Bord auf inländischen Häfen beschäftigt werden,
3. Arbeiter auf schwimmenden Docks, Lotsen, Rettungsmannschaften, Leuchtturmwärter, Strandvögte und Arbeiter in Hilfsbetrieben der Seeschiffahrt (§§ 1046, 1054, 1077, 1058).

Die Seefischerei ist in den Kreis der Versicherung ganz allgemein hineinbezogen (§ 1049). Dabei gehören zum Großbetriebe, der bei der Seeberufsgenossenschaft versichert ist, die Hochseefischereidampfer und Heringslogger, die übrigen zum Kleinbetriebe, der bei der Zweiganstalt versichert ist (§ 1120). Träger der Zweiganstalt ist die Berufsgenossenschaft. Bei der Zweiganstalt sind solche selbständigen Fahrzeuge der Seeschiffahrt versichert, die auch zum Kleinbetriebe gehören und nicht mehr als fünfzig Kubikmeter Gesamtraum halten. Während die Unternehmer der Kleinbetriebe bei der Zweiganstalt, wie schon erwähnt wurde, zwangsversichert sind, ist für die Unternehmer der Großbetriebe die Zwangsversicherung nur durch Satzung möglich (§ 1059), und zwar ist die Versicherung, bei Unternehmern wie bei andern Personen, völlig abweichend von jeder andern Versicherung, bei entsprechender Satzung nicht an die sonst übliche Einkommensgrenze von 5000 M. gebunden (§ 1063). Nur wird bei Berechnung des Arbeitsver-

dienstes der Unterschied zwischen 1800 und 5000 M. mit einem Drittel angerechnet (§ 1073), der über 5000 M. hinausgehende Verdienst überhaupt nicht. Die freiwillige Versicherung der Unternehmer, die hauptsächlich für nicht gewerbliche Betriebe bestimmt ist, erfolgt je nach Art der Schiffe bei der Berufsgenossenschaft oder der Zweiganstalt (§§ 1061, 1187 Abs. 2). Die Berechnung des Jahresarbeitsverdienstes wird außerordentlich verschieden gehandhabt, ohne daß hierauf näher eingegangen werden kann.

Als Versicherungsträger fungiert die Seeberufsgenossenschaft, die die Großbetriebe umfaßt (§ 1118). Auch Bundesstaaten oder das Reich können Mitglieder der Berufsgenossenschaft sein; davon haben allgemein Bremen und Mecklenburg-Schwerin und für besondere Fälle (Südpolarexpedition, Forschungsdampfer der Biologischen Anstalt auf Helgoland) das Reich Gebrauch gemacht. Sonst sind die Bundesstaaten selbst Träger der Versicherung (§ 1119). Die Seeberufsgenossenschaft hat ihren Sitz in Hamburg und ist in sechs Sektionen eingeteilt. Für die kleinen Betriebe ist eine Zweiganstalt errichtet, die der Seeberufsgenossenschaft angegliedert ist. Bei der Berufsgenossenschaft besteht das Prinzip der Ausgaben-, bei der Zweiganstalt das der Kapitaldeckung.

Gegenstand der Versicherung ist wie bei der gewerblichen Unfallversicherung der Betriebsunfall. Jedoch hat das Reichsversicherungsamt sich auf den Standpunkt gestellt, daß in Berücksichtigung der eigenartigen Verhältnisse und Gefahren der Schiffahrt der Begriff des Betriebsunfalls nicht zu eng gefaßt werden dürfe.

Die Unfallmeldung und Unfalluntersuchung erfordert naturgemäß Bestimmungen, die der besondern Eigenart der Schiffahrt gerecht werden. Ein Unfall, den ein auf einem Seefahrzeuge Beschäftigter während der Reise erleidet, und der tödlich ist oder eine Erwerbsunfähigkeit von mehr als drei Tagen nach sich zieht, ist in das Tagebuch (Schiffsjournal, Loggbuch) einzutragen und dort oder in einem Anhang kurz darzustellen. Ist kein Tagebuch zu führen, so hat der Schiffsführer solche Unfälle in einer besonderen Niederschrift nachzuweisen (§ 1746). Der Schiffsführer hat von jedem Eintrag dieser Art eine von ihm beglaubigte Abschrift dem Seemannsamte zu übergeben, bei dem es zuerst geschehen kann. Statt dessen kann er auch das Tagebuch oder die Niederschrift dem Seemannsamte zur Abschrift des Eintrags vorlegen. Das Seemannsamt gibt das Tagebuch oder die Niederschrift binnen vierundzwanzig Stunden zurück (§ 1747). Nach dem Statut der Berufsgenossenschaft (§ 43) ist eine Abschrift der Eintragung oder der Anzeige an den zuständigen Sektionsvorstand zu senden (§§ 1752, 1553). Der Unfall ist von einem Seemannsamt oder einer Ortspolizeibehörde des Inlandes zu untersuchen (§ 1753). Ist der Unfall im Ausland zu untersuchen, so hat der Schiffsführer vor dem deutschen Seemannsamte (Konsulate), vor dem es zuerst geschehen kann, unter Zuziehung von zwei Schiffsoffizieren oder anderen glaubwürdigen Personen eine eidesstattliche Erklärung über die Tatsachen abzugeben. Das Seemansamt kann, um den Sachverhalt festzustellen, auch noch andere Personen eidesstattlich vernehmen und andere Beweise erheben (1754). Ist der Unfall im Inland zu untersuchen, so hat dies der Schiffsführer bei einem Seemannsamt oder, wo keins am Orte ist, bei einer Ortspolizeibehörde des Inlandes zu beantragen. Die angerufene Behörde hat die Untersuchung zu führen (§ 1755). Die Behörde übersendet dem Vorstand der Berufsgenossenschaft beglaubigte Abschrift der Untersuchungsverhandlungen (§ 1762). Hat das Seemannsamt des Heimathafens

sechs Monate nach der Kunde des Unfalls keine Nachricht über die Untersuchung, so leitet es diese selbst ein (§ 1765).

Die Rentenfestsetzung und Rentengewährung bzw. -versagung wird ebenso gehandhabt wie bei der gewerblichen Unfallversicherung. Die Fürsorge während der ersten dreizehn Wochen nach einem Unfall erfolgt so, wie ich es bei der Krankenfürsorge schon auseinandersetzte. Für (1. und 2.) Schiffer und Schiffsleute sorgt der Reeder in allen Fällen; wenn sie ihren gesetzlichen Anspruch gegen den Reeder verwirkt haben, nur, sofern der Jahresarbeitsverdienst 2500 M. nicht übersteigt. Ebenso sorgt der Reeder für (4.) Personen, die nicht anderweitig versichert sind und innerhalb der genannten Einkommensgrenze bleiben (§ 1084). Für (3.) vorübergehend beschäftigte Handwerker und ähnliche Personen muß die Krankenversicherung eintreten. Diese (3. und 4.) Gruppe erhält dann auch die erhöhten Leistungen wie in der Gewerbeunfallversicherung (§§ 1083, 1085, 573, 577), nämlich vom Beginn der fünften Woche nach dem Unfall als Krankengeld mindestens zwei Drittel des maßgebenden Grundlohns. Wenn die Berufsgenossenschaft die Leistungen des Unternehmers übernimmt, muß dieser bei Seeleuten (1. und 2.) für die Kosten der Heilbehandlung die Hälfte des Betrages zahlen, der für die Heilanstaltspflege am Sitze der zuständigen Sektion aufzuwenden wäre, bei andern Personen (4.), ebenso wie bei der gewerblichen Unfallversicherung, die Ausgaben für die erforderliche Krankenhilfe; dabei gelten als Ersatz für Krankenpflege drei Achtel des Grundlohns, nach welchem sich das Krankengeld des Berechtigten bestimmt (§ 1086). Abweichend sind die Personen behandelt, die bei der Zweiganstalt versichert sind (§ 1087). Ihnen hat die Gemeinde während der Wartezeit Krankenhilfe in dem Umfange wie bei der Krankenversicherung zu gewähren. Als Grundlohn gilt der Lohn des Betriebssitzes. Auf Erfordern der Gemeinde hat die allgemeine Ortskrankenkasse oder die Landkrankenkasse die Krankenhilfe zu gewähren (§ 1089). Die Zweiganstalt kann nach der Wartezeit das Heilverfahren selbst übernehmen oder der Gemeinde oder der Krankenkasse bis zum Ende des Heilverfahrens übertragen (§§ 1090, 1091).

Da bei Schiffern mit mehr als 2500 M. Einkommen die Krankenversicherung versagt, ist die Berufsgenossenschaft berechtigt, schon während der Wartezeit ein Heilverfahren eintreten zu lassen (§ 1092). Das Sterbegeld beträgt bei der Berufsgenossenschaft für Seeleute zwei Drittel der Monatsheuer, für andere Personen den 15. Teil des Jahresarbeitsverdienstes, bei der Zweiganstalt das Achtzigfache des Ortslohns, in allen Fällen aber mindestens 50 M.

Ist der Versicherte auf einem Fahrzeug in See gegangen, so haben seine Hinterbliebenen auch dann Anspruch auf die Rente, wenn das Fahrzeug untergegangen oder als verschollen anzusehen und während eines vollen Jahres nach dem Untergang oder nach den letzten Nachrichten über das Fahrzeug keine glaubhafte Kunde vom Leben des Vermißten eingegangen ist.

Das Versicherungsamt kann von den Hinterbliebenen die eidesstattliche Versicherung verlangen, daß sie von dem Leben des Vermißten keine anderen als die angezeigten Nachrichten erhalten haben (§ 1099).

In solchen Fällen beginnt die Rente mit dem Tage des Unterganges des Fahrzeugs oder, wenn es verschollen war, einen halben Monat von dem Tage ab, bis zu dem die letzte Nachricht über das Fahrzeug reicht.

Der Anspruch auf fernere Rentenbezüge erlischt, wenn nachgewiesen wird, daß der Totgeglaubte noch lebt (§ 1100).

Falls der Getötete aus einem früheren Unfall Rente bezogen und darum

weniger als früher verdient hat, so ist das bei Nichtseeleuten zu berücksichtigen, bei Seeleuten wird der allgemeine monatliche Durchschnittssatz genommen (§ 1101).

Den Eigentümlichkeiten des überseeischen Verkehrs entspricht es, wenn die Berufsgenossenschaft ihrerseits dem Unternehmer das Heilverfahren unter besonderer Berechnung des Kostenersatzes übertragen kann (§ 1106).

Die Seemannsämter, im Auslande die Konsulate, haben bei Streit über die Art der Heilbehandlung und Fürsorge während der Wartezeit vorläufig oder an Stelle eines Versicherungsamts zu entscheiden (§§ 1107, 1108), in zweiter Instanz ist das Oberversicherungsamt zuständig, in dessen Bezirk das Fahrzeug seinen Heimathafen hat (§1109). Bei anderen Streitigkeiten entscheidet das Versicherungsamt.

Hinsichtlich der Unfallverhütungsvorschriften, die in den §§1199 bis 1217 behandelt werden, äußert sich das Handbuch der Unfallversicherung folgendermaßen:

„Die Unfallverhütungsvorschriften der See-BG. gewinnen gegenüber denjenigen der meisten übrigen BGn. dadurch eine erhöhte Bedeutung, daß die Sicherheitsvorkehrungen an Bord von Schiffen nicht allein der Schiffsbesatzung zugute kommen, sondern gleichzeitig auch die mitfahrenden Passagiere und die beförderten Güter vor Gefahren schützen. Dieser Erfolg ist umso beachtlicher, als es in Deutschland im Gegensatze zu anderen schiffahrttreibenden Ländern sowohl an einem einheitlichen, das gesamte Seeschiffahrtswesen umfassenden und auch die Maßnahmen zur Sicherheit des Schiffsverkehrs regelnden Gesetze als auch an einer besonderen Behörde fehlt, die ausschließlich der Förderung und Beaufsichtigung der Seeschiffahrt dient; daher fällt der See-BG. die verantwortungsvolle Aufgabe zu, diese Lücken in einem wesentlichen Teile dadurch auszufüllen, daß sie durch die Aufstellung ihrer Unfallverhütungsvorschriften und durch die Aufsicht über ihre Befolgung auf die Verringerung der Gefahren des Schiffsverkehrs hinwirkt. Die Durchführung dieser weitgehenden Aufgabe wird erschwert durch den internationalen Charakter der Seeschiffahrt, der die BG. dazu nötigt, einerseits ihre Bestimmungen mit den gesetzlichen Maßnahmen der übrigen seefahrenden Völker in Einklang zu bringen und anderseits darauf bedacht zu sein, daß nicht die nationale Schiffahrt durch zu weitgehende Vorschriften in ihrem Wettbewerbe mit anderen Völkern eingeengt und dadurch in ihrem berechtigten Anteil an der internationalen Schiffahrt geschmälert wird."

Im Interesse der Unfallverhütung liegt es, daß alle Personen, die als Deckpersonal fungieren, frei von Kurzsichtigkeit und Farbenblindheit sind, da von jedem auf Deck Beschäftigten verlangt werden muß, daß er, während er an Bord auf Ausguck sich befindet, die Lichter eines entgegenkommenden Fahrzeuges rechtzeitig wahrzunehmen und die Farben desselben zu unterscheiden vermag. Auf Grund der Bekanntmachung vom 9. 10. 1904 müssen die Seeleute auf Seh- und Farbenunterscheidungsvermögen untersucht werden; die Untersuchung geschieht hauptsächlich durch die Vertrauensärzte der Seeberufsgenossenschaft. Im Jahre 1910 unterzogen sich 11 181 Seeleute einer Prüfung ihres Sehvermögens, davon zeigten 428 (3,83 %) ein ungenügendes Sehvermögen. Die erstmalige Prüfung des Farbenunterscheidungsvermögens ergab bei 10 938 Untersuchten in 97,30 % genügenden Ausfall der Prüfung; Grünblindheit wurde festgestellt bei 109 (1 %), Rotblindheit bei 37 (0,34 %), vollständige Farbenblindheit bei 149 (1,36 %).

Durch die Unfallverhütungsvorschriften der Seeberufsgenossenschaft ist ferner angeordnet, daß auf allen Fischdampfern und Fischloggern vom 1. Januar 1911 ab entweder der Kapitän oder Steuermann bzw. Bestmann oder der Maschinist sich im Besitze eines Zeugnisses über erfolgreiche Absolvierung eines Kurses in der „ersten Hilfeleistung bei Unglücksfällen an Bord" befinden sollen, sofern nicht die Prüfungszeugnisse aller dieser Personen vor dem 1. Januar 1910 liegen. Seitdem werden im Anschluß an die Samariterkurse in den Navigationsschulen Prüfungen für die Teilnehmer an diesen Kursen abgehalten (Erlaß des preuß. Handelsministers vom 21. 5. 1910).

Wir wenden uns nunmehr zu den Unfällen im Seeverkehr überhaupt und der Besprechung ihrer Ursachen, ihrer Erscheinungsform und ihren Wirkungen und zu den Leistungen der Seeberufsgenossenschaft und ihrer Zweiganstalt. Die Unfälle im Seeverkehr scheiden sich, wenn man sie in ihrer Gesamtheit betrachtet, zunächst in solche, die bei der gewöhnlichen täglichen Betriebsarbeit vorkommen, und solche, die auf Massenunfälle zurückzuführen sind. Wenn wir uns zunächst den Massenunfällen zuwenden, so sehen wir, daß sie weniger durch Explosionen oder ähnliche Ereignisse auf dem Schiff bedingt werden als durch Unfälle, die dem Schiff selber zustoßen und die im Schiffsverkehr unvermeidlich sind. Der Untergang eines großen Schnelldampfers ist nichts Unmögliches, wie kürzlich das Beispiel des englischen Riesendampfers Titanic zeigte; dabei kommt es aber zu tödlichen Verunglückungen, die nicht, wie sonst in anderen Gewerben, in die Hunderte, sondern selbst in die Tausende gehen. Und wenn bei kleineren Schiffen der betroffene Personenkreis nicht so groß ist, so kommen bei ihnen wieder solche Schiffsunfälle umso häufiger vor, da die größeren Schiffe durch die besondere Sorgfalt ihres Baues und die Auslese des Personals, zu dem man vom Kapitän bis zum Schiffsjungen nur die tüchtigsten Elemente wählt, eine größere Sicherheit gewähren. Schließlich gibt es Schiffe, von denen man nichts mehr hört, und die als verschollen gelten. Auch sie sind irgendwelchen Schiffsunfällen erlegen, über die nichts Näheres zur Mitwelt gedrungen ist. Die Unfälle der deutschen Seeschiffe an unserer Küste und außerhalb unserer Gewässer verhielten sich 1908 und 1909 folgendermaßen:

Jahr	gestrandet		gekentert oder gesunken		zusammengestoßen		verschollen		andere Unfälle	
	Schiffe	Reg.-Tons	Schiffe	Reg.-Tons	Schiffe	Reg.-Tons	Schiffe	Reg.-Tons	Schiffe	Reg.-Tons
1908	117	93 606	6	1409	166	121 288	8	2258	135	123 960
1909	184	149 784	10	493	165	75 609	12	562	174	135 937
					Davon waren Dampfschiffe:					
1908	82	82 346	1	1235	112	112 485	6	2189	91	111 370
1909	111	139 962	3	241	91	58 721	—	—	93	111 129

Diese Ziffern zeigen große Schwankungen, die ganz außerhalb jeder Voraussicht liegen, da die Wetterlage von ausschlaggebender Bedeutung bei ihrem Zustandekommen ist. Nebel und Eisberge sind die hauptsächlichsten Feinde der Schiffahrt. Die nächste Tabelle gibt eine Übersicht vom Jahre 1873 an, die erkennen läßt, daß trotz des gewaltigen Anwachsens unserer Handelsflotte die Zahl der Schiffsunfälle und der dabei verunglückten Personen nicht entsprechend gewachsen ist, daß also die neueren Schiffseinrichtungen eine vermehrte Sicherheit verbürgen. Da die Tabelle nur die größeren Seeschiffe umfaßt, ergibt sich aus dem Vergleich mit der vorigen Tabelle, welche alle Seeschiffe betraf, welch einen erheblichen und oft aus-

Die verunglückten (verloren gegangenen) registrierten deutschen Seeschiffe von 50 cbm brutto und darüber.

Gegenstand der Nachweisung	Im Jahre	Gesamtzahl der verunglückten Seeschiffe		Darunter mit Ladung		Darunter Dampfschiffe		Zahl der		Menschenleben gingen von verloren	
		Schiffe	Reg.-Tons netto	Schiffe	Reg.-Tons netto	Schiffe	Reg.-Tons netto	Besatzung	sonstig. an Bord gewes. Person.	der Besatzung	sonstig. an Bord gewes. Person.
Verunglückungen überhaupt	**1873**	**179**	**38 591**	**155**	**33 343**	**11**	**7 077**	**1542**	**193**	**300**	**9**
	83	**171**	**56 976**	**149**	**51 093**	**15**	**11 504**	**1596**	**505**	**480**	**381**[1])
	93	**125**	**51 117**	**107**	**40 320**	**14**	**11 353**	**1169**	**31**	**278**	**—**
	1900	**85**	**44 720**	**70**	**35 145**	**25**	**15 819**	**982**	**91**	**286**	**3**
	01	**82**	**34 149**	**72**	**31 171**	**28**	**20 711**	**898**	**183**	**205**	**13**
	02	**97**	**44 827**	**70**	**34 756**	**22**	**22 227**	**1056**	**91**	**188**	**1**
	03	**88**	**24 819**	**70**	**21 322**	**21**	**12 589**	**733**	**38**	**218**	**—**
	04	**77**	**36 379**	**67**	**35 123**	**21**	**25 250**	**927**	**691**	**165**	**12**
	05	**76**	**38 179**	**61**	**35 294**	**19**	**24 743**	**843**	**25**	**319**	**5**
	06	**71**	**29 313**	**58**	**22 431**	**23**	**18 088**	**874**	**475**	**158**	**16**
	07	**58**	**38 753**	**47**	**34 497**	**29**	**29 913**	**885**	**118**	**155**	**6**
	08	**52**	**38 431**	**40**	**36 970**	**23**	**27 799**	**917**	**251**	**147**	**1**
	09	**78**	**34 959**	**70**	**34 184**	**26**	**23 357**	**904**	**141**	**123**	**10**
Örtlichkeiten der Verunglückungen im Jahre 1909.											
Ostsee (mit Sund und Belten) und dem Kattegat einschl. Flußmündungen und Flußgebiete:											
a) deutsche Küstengewässer		6	312	6	312	1	8 88	21	—	7	—
b) andere Gewässer . . .		14	2 379	13	1 925	3	1 346	82	2	8	—
Nordsee und Skagerrak einschl. Watten, Flußmündung. und Flußgebiete											
a) deutsche Küstengewässer		15	2 060	12	1 966	1	37	63	—	14	—
b) andere Gewässer . . .		22	4 493	19	4 344	6	1 689	201	4	78	3
Englischer Kanal		2	1 168	2	1 168	1	1 096	27	1	—	—
Mittelländ. u. Schwarzes Meer		2	4 318	2	4 318	2	4 318	79	—	—	—
Atlantisches Meer		14	15 237	13	15 159	10	9 936	318	76	15	7
Indisches Meer		1	2 120	1	2 120	1	2 120	72	57	1	—
Stilles Meer		2	2 872	2	2 872	1	2 727	41	1	—	—
Art der Verunglückungen.											
Gestrandet		32	16 429	27	15 764	12	11 611	423	119	11	2
Gekentert		1	88	1	88	1	88	7	—	5	—
Gesunken		10	730	9	701	2	408	58	1	26	1
Zusammengestoßen		14	8 464	12	8 383	8	6 282	211	4	16	2
Verschollen		12	562	12	562	—	—	56	—	56	—
Andere Unfälle		9	9 686	9	8 686	3	4 968	149	17	9	5
Verwendung der verunglückten Schiffe.											
Frachtfahrzeuge		59	34 012	55	33 457	18	22 852	734	141	66	10
Fischerfahrzeuge		19	947	15	727	8	505	170	—	57	—

Personenfahrzeuge sind im Jahre 1909 nicht verloren gegangen.

[1]) Die hohe Zahl erklärt sich daraus, daß ein verunglücktes Dampfschiff zahlreiche Reisende an Bord hatte, die bei dem Unfalle zum größten Teile umkamen.

schlaggebenden Anteil der Kleinbetrieb bei den einzelnen Arten der Unfälle hat. Andererseits sind auch die großen Dampfer gegen Unglücksfälle nicht gefeit. Hier kommt es zu katastrophalen Wirkungen, die wie beim Bergbau große Beunruhigung im Publikum verursachen. Ein derartiges großes Schiffsunglück bringt dann natürlich eine so außerordentliche Häufung von tödlichen Unfällen mit sich, daß die Leistungsfähigkeit der Berufsgenossenschaft unter Umständen auf eine harte Probe gestellt werden kann.

Wenn wir nun die Unfälle ansehen, die bei der Seeberufsgenossenschaft entschädigt worden sind, so ist zunächst zu bemerken, daß die vorher erwähnten Schiffsunfälle sich mit rund 150 getöteten Personen jährlich bei den Unfallfolgen zur Geltung bringen und die Todesziffer erheblich belasten müssen. Dementsprechend kommen in dem Durchschnitt der Jahre 1908 bis 1910 mehr als 21 % der erstmaligen Entschädigungen auf die Todesfälle, eine Ziffer, die ganz ungeheuerlich wirkt, wenn man sie mit anderen Ziffern vergleicht.

Im Jahre 1904 war der Prozentsatz	der Todesfälle	der von Erwerbsunfähigkeit zwischen 50 und 100 Prozent
in der Seeschiffahrt	22,49	9,09
„ „ Binnenschiffahrt	21,30	8,20
bei den Staatseisenbahnen, Post und Telegraphen	15,88	33,07
„ „ privaten Bahnbetrieben	11,09	11,46
„ „ Staatsbetrieben für Schiffahrt, Baggerei und Flößerei	10,98	18,29
beim Bergbau	11,90	7 06
bei den öffentlichen Baubetrieben	8,62	25,37
beim Bauwesen (ohne Zweiganstalten)	8,37	6,95
bei der Gewerbeunfallversicherung überhaupt	8,01	8,90
dagegen bei der Industrie von Papier, Buchdruck	3,66	9,13
bei der Industrie von Nahrungsmitteln und Tabak	3,7	5,02
bei der Industrie von Metali, Feinmechanik, Musikinstrumenten	2,73	6,23

auf die erstmalig entschädigten Unfälle.

Dagegen kamen nach der Gewerbeunfallstatistik von 1907 auf 1000 Vollarbeiter erstmalig entschädigte Unfälle:

Seeberufsgenossenschaft	6,23
Binnenschiffahrtsberufsgenossenschaften	14,03
Staatseisenbahnverwaltung	6,89
Privatbahnberufsgenossenschaft	5,56
Staatsbetriebe für Binnenschiffahrt usw.	10,29
Knappschaftsberufsgenossenschaft	15,51
Baugewerksberufsgenossenschaften	11,41
Gewerbliche Berufsgenossenschaften überhaupt	9,66
Textilberufsgenossenschaften	2,81
Fleischereiberufsgenossenschaft	8,80.

Die Gefährlichkeit eines Berufes wird dadurch bedingt, daß die Unfallgefahr groß ist und daß schwere Unfälle dabei im Vordergrund stehen. Wenn man von einem Mittel ausgehen will, so kann man sagen, daß in der gewerblichen Unfallversicherung auf 1000 Vollarbeiter durchschnittlich 10 Unfälle kommen, und daß von diesen einer eine erhebliche Erwerbsunfähigkeit mit sich bringt und einer zu Tode führt. Wenn dagegen die Unfallzahl wie beim Bergbau auf 15½ erhöht ist und trotzdem auf 10 Unfälle zusammen fast zwei schwere und tödliche Verletzungen kommen, so muß man den Beruf

als gefährlich bezeichnen. Eine etwas andere Art des Gefahrenrisikos sehen wir bei der Eisenbahn, wo zwar die Zahl der Unfälle gering ist, diese wenigen Unfälle aber bei den staatlichen Betrieben zur Hälfte ganz schwerer Art sind. Hier muß etwas Besonderes vorliegen. Tatsächlich ist bei einer Anzahl von Personen (Rangierer) die tägliche Arbeit sehr gefährlich, ferner ist die Zahl der Störungen des Betriebes selber sehr groß, was sich in den Unfällen ganzer Eisenbahnzüge ausdrückt. Ähnliche Erscheinungen werden anderswo auf-

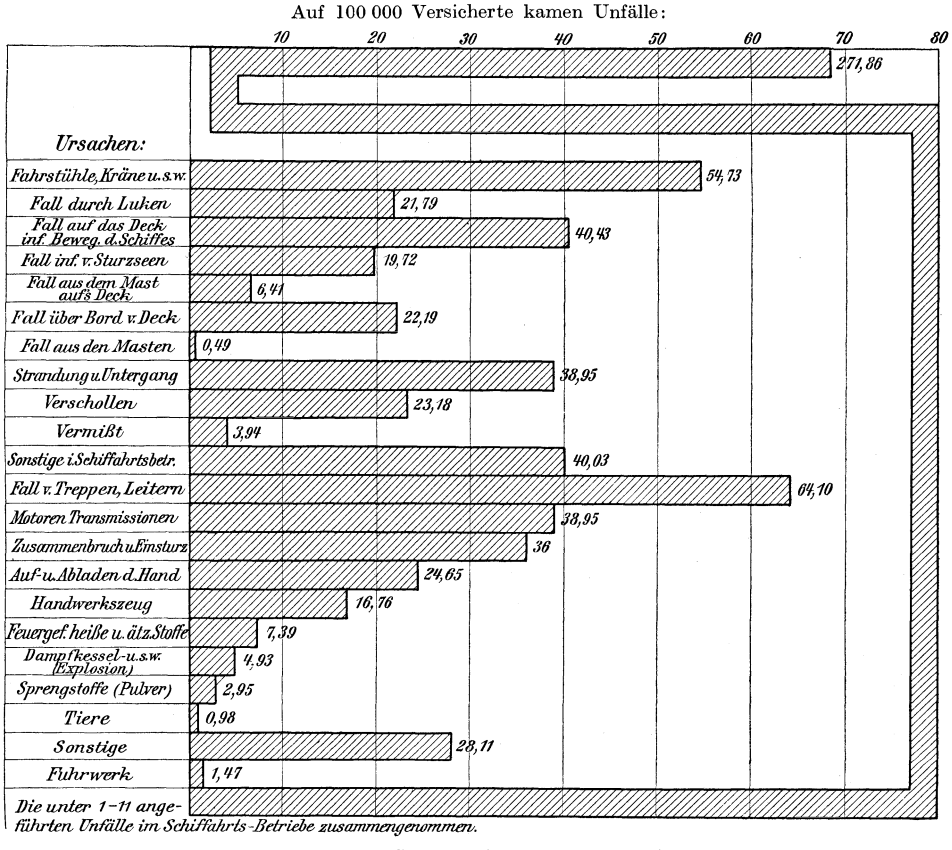


Fig. 71. Unfälle in der Seeberufsgenossenschaft 1908—1910.

treten, wenn ähnliche Störungen des Betriebes möglich und häufig sind. Die Möglichkeit ist vorhanden beim Bergbau, wo ganze Gruben plötzlich zugrunde gehen können. Dies Ereignis ist aber glücklicherweise selten und kommt in den letzten Jahren auch statistisch nicht zum Ausdruck. Die Möglichkeit ist sehr häufig gegeben bei Bauten, wo ein Einsturz von Gerüsten und Gebäuden derartige Erscheinungen macht, wie wir sie gerade bei den öffentlichen Baubetrieben im Jahre 1904 sehen, wo mehr als ein Drittel der Unfälle schwer war oder zum Tode führte. Wenn nun aber die Zahlen der Unfälle nicht eben sehr hoch sind, sondern unter dem Mittel liegen, wie bei der Seeberufsgenossenschaft, und auch die Fälle von schwerer Erwerbsunfähigkeit nicht eben häufig sind, dann muß die Steigerung der Todesfälle auf ein Viertel bis ein Fünftel aller Unfälle dahin gedeutet werden, daß hier elementare Er-

eignisse eine Rolle gespielt haben, daß hier schwere Störungen des Betriebes selber zu ganz radikalen Verlusten von Menschenkraft geführt haben. Die Gefährlichkeit der Binnenschiffahrt dagegen äußert sich darin, daß viele Menschen — fast so viele wie beim Bergbau — einen Unfall erleiden und im fünften Teil der Fälle dabei zugrunde gehen. Die tödlichen Verletzungen durch Kräne und ähnliche Maschinen sind bei der Seeschiffahrt außerordentlich häufig. Ferner bedingt das Ausgleiten auf dem schlüpfrigen Deck, der Fall über Bord infolge der Bewegung des Schiffes oder infolge von Sturzseen oder aus andern Gründen Unfälle, die zur See sowohl wie bei der Binnenschiffahrt fast stets den Tod im Gefolge haben. Hauptsächlich hängt das damit zusammen, daß die Schiffsbevölkerung nicht schwimmen lernt, um nicht die Todesangst zu verlängern, eine ebenso merkwürdige wie verhängnisvolle Meinung. Bei den Binnenschiffern kommen ähnliche Verletzungen durch Fall in Luken, Zusammenbruch und gewisse maschinelle Einrichtungen zustande, recht erheblich ist aber ebenfalls die Zahl der Todesfälle, die durch Ertrinken erfolgen. Auf der beifolgenden Tabelle und dem Schaubild (Fig. 71) ist die Zahl der Unfälle in der Seeberufsgenossenschaft 1908 bis 1910 dargestellt.

Unfälle in der Seeberufsgenossenschaft.

1908—1910.

Versicherte Personen	202 796	auf 1000 Versicherte
Angemeldete Unfälle	9 241	45,57
Erstmalig Entschädigte	1 010	4,98
davon Erwachsene männl.	986	
„ „ weibl.	4	
„ Jugendl. (unter 16 J.) männl.	20	
„ „ „ „ weibl.	—	

Ursachen:	absolut	auf 100 000 Versicherte
1. Fahrstühle, Kräne usw.	111	54,73
2. Fall durch Luken	44	21,79
3. Fall auf dem Deck (infolge Bewegung des Schiffes)	82	40,43
4. Fall infolge von Sturzseen	40	19,72
5. Fall aus dem Mast aufs Deck	13	6,41
6. Fall über Bord vom Deck	45	22,19
7. Fall aus den Masten	1	0,49
8. Strandung und Untergang	79	38,95
9. Verschollen	47	23,18
10. Vermißt	8	3,94
11. Sonstige im Schiffahrtsbetriebe	81	40,03
1 bis 11	551	271,86
12. Fall von Treppen, Leitern	130	64,10
13. Motoren, Transmissionen	79	38,95
14. Zusammenbruch und Einsturz	73	36,00
15. Auf- und Abladen von Hand	50	24,65
16. Handwerkszeug	34	16,76
17. Feuergefährl., heiße und ätzende Stoffe	15	7,39
18. Dampfkessel usw. (Explosion)	10	4,93
19. Sprengstoffe (Pulver)	6	2,95
20. Tiere	2	0,98
21. Sonstige	57	28,11
22. Fuhrwerk	3	1,47

Folgen der Verletzungen	absolut	auf 100 erstmalig Entschädigte
Vorübergehende Erwerbsunfähigkeit	558	55,24
Dauernde „ , völlige	3	0,32
„ „ , teilweise	233	23,06
Tod	216	21,38

Es ist ersichtlich, daß die Hälfte der entschädigten Unfälle durch charakteristische Ursachen des Schiffsbetriebs entstanden sind, denn von 1010 Unfällen kamen 551 durch spezifische Ursachen zustande. Enthalten sind in diesen Ziffern natürlich die Personen, die bei einem Schiffsunfall verunglückten (gestrandet, verschollen, vermißt). Aber auch die Zahl der andern, die auf Deck verunglückten oder über Bord gespült wurden oder in Luken des Schiffes stürzten und durch Kräne verletzt wurden, ist recht erheblich. Interessant ist übrigens, daß im Durchschnitt der Jahre 1890 bis 1907 auf 1000 Mann

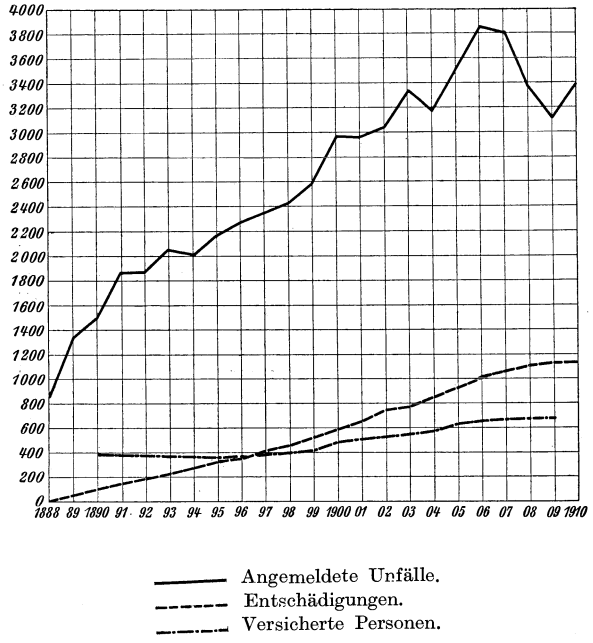


Fig. 72. Unfälle und Entschädigungen in der Seeberufsgenossenschaft.

Bei den Unfällen bedeutet ein Teilstrich 200, bei den Entschädigungen 20 000, bei den versicherten Personen 200 000.

der Besatzung 9,4 Todesfälle auf deutschen, 9,6 auf englischen Schiffen vorgekommen sind, daß also die Zahlen identisch sind, während die Zahl der Besatzung (1907) bei uns 66 000, in England 191 000 betrug. Die anderweitigen Unfallursachen sind mehr akzidenteller Natur und bedürfen weiter keiner besonderen Erklärung. Die Zahl der Unfallmeldungen ist etwa neunmal so groß wie die Zahl der zur Entschädigung kommenden Fälle. Der großen Ziffer der Todesfälle entspricht es, wenn dagegen die Zahl der dauernd Erwerbsunfähigen ganz unerheblich ist, während die vorübergehende Erwerbsunfähigkeit 55 % der erstmaligen Entschädigungen ausmacht. Versichert waren 1910 68 360 Personen; hierbei waren (nach § 2 des Statuts) 844 Reeder zwangsweise versichert; freiwillig waren 366 Reeder und Lotsen versichert. Eine Übersicht über die Entwicklung der Unfallversicherung bei der Seeberufsgenossenschaft gibt die beistehende Kurve (Fig. 72). Die Zahl der versicherten Personen ist langsam gestiegen, die der gezahlten Entschädigungen viel schneller, während die Zahl der Unfallmeldungen sich auffallend schnell mit kleinen

Schwankungen vermehrt, um im Jahre 1906 ihr Maximum zu erlangen und dann wieder abzufallen. Die Gesamtentschädigungen betrugen 1910 1 121 000 M. Hiervon wurden an Verletzte 445 000 M. bezahlt. Die Aufwendungen für Verletzte innerhalb der Wartezeit betrugen 381 M., Kur und Verpflegungskosten an Heilanstalten 26 000 M., Kosten für sonstiges Heilverfahren 22 000 M., Angehörigenunterstützung während des Heilverfahrens 2600 M. Von den erstmalig Entschädigten der Jahre 1908 bis 1910 waren 7 % Ausländer.

Die Zweiganstalt, die vor der Einführung der Reichsversicherungsordnung den Namen Versicherungsanstalt führte, hatte im Jahre 1910 eine Unfallmeldung von 244 Fällen. Seit dem Jahre 1902 beliefen sich die Unfallmeldungen im ganzen auf 1925, davon entfielen 122 auf Schiffahrtsbetriebe, dagegen 1803 auf Fischereibetriebe. In derselben Zeit hatte die Zweiganstalt 578 Todesfälle, von denen allein 546 auf die Fischereibetriebe entfielen, so daß hieraus deutlich der Anteil der Fischerei an dem Gefahrenrisiko der Zweiganstalt hervorgeht. Die Seeberufsgenossenschaft hatte im Jahre 1910 durch die Verwaltung der Zweiganstalt rund 25 000 M. Kosten; es ist nicht recht einzusehen, warum die Zweiganstalt diese Kosten nicht selber aufzubringen hat, sondern in der Übernahme der Verwaltung durch die Berufsgenossenschaft ein durchaus unmotiviertes Geschenk erhält.

Die Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Bei dieser Versicherungsart liegen die Verhältnisse ganz eigenartig wegen der besonderen Berufstätigkeit der Seeleute. Der Beruf des Seemanns ist so schwer, daß nur in ganz besonderen versicherungspflichtigen Betrieben vereinzelte Personen ihren Beruf bis zum 70. Lebensjahre, dem Beginne der Altersversorgung, ausüben können. Man muß sich wundern, daß überhaupt Altersrenten bewilligt werden können. Denn in welchen Schiffsbetrieb man auch hineinsehen mag: die Personen über 50 Jahre sind selten, Personen über 60 Jahre sind kaum vorhanden, von Kapitänen abgesehen. Viele Personen fahren nur eine Zeitlang zur See, andere sind genötigt, mit Rücksicht auf ihren Gesundheits- und Kräftezustand sich einen Beruf am Lande auszusuchen. In allen Hafenstädten ist der größte Teil der ansässigen Bevölkerung kürzere oder längere Zeit zur See gefahren und erwirbt am Lande sein Brot, vielfach unter Benutzung der auf See erworbenen Kenntnisse unter entsprechender Betätigung als Makler, Agent, Heuerbaas, Kaufmann in Schiffsartikeln, Angestellter in Maschinenfabriken und in absteigender Linie dann hinunter bis zum Schiffshandwerker, Schiffsarbeiter, Kneipwirt und Inhaber von Tingeltangels. Ist so die Versicherung in dieser Hinsicht ganz anders geartet als bei Landbewohnern, so ist die Durchführung der Versicherung für die Versicherungsanstalten durch den beständigen Ortswechsel der Seeleute, durch ihren Wechsel der Schiffe und damit der Heimatstation und die Schwierigkeit der Nachweisführung bei Erkrankungen wenig angenehm und begehrt. Ähnliche Schwierigkeiten hat auch in der Binnenschiffahrt die Versicherungsanstalt Rheinprovinz hinsichtlich der Rheinschiffer. Diese Umstände und noch manch andere ließen es wünschenswert erscheinen, daß die Seeberufsgenossenschaft auch die Invalidenversicherung organisierte.

Am 11. Dezember 1905 hat die Berufsgenossenschaft die Gründung einer „Invaliden-, Witwen- und Waisenkasse der Seeberufsgenossen-

schaft" (Seekasse) beschlossen, die am 15. Juni 1906 vom Bundesrat genehmigt wurde. Damit war die erste reichsgesetzliche Witwen- und Waisenversicherung geschaffen, die noch über das Maß der jetzigen allgemeinen Witwenversorgung hinausging, da sie keine Erwerbsunfähigkeit der Witwe voraussetzt. Da nun die Witwen- und Waisenrenten deshalb hinter den Reliktenbezügen der RVO. für die untern Lohnklassen nicht unwesentlich zurückblieben, mußte die RVO. die Zulassung dieser Kasse von einer Prüfung des Bundesrats abhängig machen, inwieweit die von der Kasse gewährten Bezüge der reichgesetzlichen Hinterbliebenenfürsorge mindestens gleichwertig zu erachten seien. Die Vorschriften über die Sonderanstalt der Seeberufsgenossenschaft umfassen die §§ 1375 bis 1380 der RVO. Die Entrichtung der Beiträge für Seeleute an Versicherungsanstalten ist durch § 1486 geregelt. Durch Beschluß des Bundesrats vom 19. Juli 1911 tritt die Seekasse als Sonderanstalt seit dem 1. Januar 1912 an die Stelle der früheren Kasseneinrichtung.

Die Mitglieder zerfallen in versicherungspflichtige und freiwillige Mitglieder. Versicherungspflichtig sind Schiffer, Schiffsleute, vorübergehend auf Seeschiffen beschäftigte Personen, Lotsen, Rettungsmannschaften, kurz dieselben Personen, die schon bei der Seeunfallversicherung aufgezählt wurden und die bei der Seeberufsgenossenschaft versichert sind. Ausgenommen sind die Versicherten der Zweiganstalt und Kapitäne, deren Einkommen 2000 M. übersteigt (§ 5 der Satzung); die ersteren gehören in den Kreis der Versicherungsanstalten. Versicherungsfrei sind die farbigen Seeleute (Indier, Japaner, Chinesen, Malayen usw.) (§ 10 d. S.). Zur freiwilligen Versicherung berechtigt sind kleine Reeder (mit nicht mehr mehr als zwei Versicherungspflichtigen), solange sie das 40. Lebensjahr nicht vollendet haben; ferner Kapitäne bis zu 3000 M. Jahreseinkommen (§ 14 d. S.). Bei Festsetzung der Invaliden- oder Altersrenten ist nach Maßgabe der gesetzlichen Bestimmungen auch diejenige Beitragszeit, welche der Versicherte bei einem sonstigen Träger der reichsgesetzlichen Invalidenversicherung zurückgelegt hat, anzurechnen (§ 58 d. S.). Anspruch auf Witwenrente haben die Witwen solcher Versicherter, welche zur Zeit ihres Todes die Wartezeit für die Invalidenrente erfüllt und die Anwartschaft aufrecht erhalten haben. Diesen Anspruch haben nichtinvalide Witwen nur dann, wenn mindestens 100 Beitragswochen bei der Kasse zurückgelegt sind (§§ 84 d. S.). Vorläufig beträgt die Witwenrente der Seekasse

in	Lohnklasse	I	jährlich	30 M.
,,	,,	II	,,	40 ,,
,,	,,	III	,,	50 ,,
,,	,,	IV	,,	65 ,,
,,	,,	V	,,	80 ,,

§ 95 d. S.). Zu diesen Sätzen tritt, falls die Witwe dauernd invalide ist, noch ein Reichszuschuß von jährlich 50 M. für jede Witwenrente. Die Waisenrente ist ebenso hoch wie die Witwenrente, erhält aber auf jeden Fall den Reichszuschuß von 25 M. (§ 97 d. S.). Als Waisenaussteuer wird der achtfache Monatsbetrag der reinen Waisenrente gewährt; hinzu kommt der einmalige Reichszuschuß von 16 $\frac{2}{3}$ M. für jede Waisenaussteuer (§ 98 d. S.). Für die Bemessung der Witwen- und Waisenrenten kommen nur die tatsächlich an

die Kasse geleisteten Beiträge in Betracht (§ 98 d. S.). Abgesehen vom Reichszuschuß dürfen Witwen-, Witwer- und Waisenrenten zusammen, die Waisenrenten auch allein, das Dreifache des ohne den Reichszuschuß sich ergebenden Einzelsatzes nicht überschreiten. Kommen mehr als 3 Berechtigte in Frage, so werden die Renten in gleichem Verhältnis gekürzt (§ 100 d. S.). Im Falle der Wiederverheiratung erhält die Witwe den dreifachen Betrag ihrer jährlichen Witwenrente, jedoch unter Ausscheidung des Reichszuschusses, als Abfindung (§ 116 d. S.).

Die Wochenbeiträge werden durch die Generalversammlung einheitlich im voraus auf Grund von Wahrscheinlichkeitsrechnungen und einer versicherungstechnischen Bilanz festgesetzt und zunächst nach Ablauf von 3 Jahren, später alle 5 Jahre nachgeprüft. Zur Zeit werden wöchentlich an Beiträgen erhoben:

in	Lohnklasse	I	20	Pf.
,,	,,	II	26	,,
,,	,,	III	34	,,
,,	,,	IV	42	,,
,,	,,	V	48	,,

Die Beiträge der angemusterten Seeleute werden von den Reedern nach dem für die Unfallversicherung der Seeleute abgeschätzten Bedarf an Besatzungsmannschaften der einzelnen Schiffe entrichtet. Hierbei ist die von der Seeberufsgenossenschaft in Gemäßheit des § 1148 RVO. festgesetzte Zahl von Personen der verschiedenen Mannschaftsklassen zugrunde zu legen, und zwar einerlei, ob tatsächlich gerade diese Zahl oder mehr oder weniger Mannschaften der einzelnen Klassen angemustert gewesen sind (§ 248 d. S.).

Die Feststellung der einzelnen Versicherten, ihrer Versicherungszeiten und Lohnklassen erfolgt durch den Vorstand der Kasse auf Grund der Musterrollen der Seemannsämter.

Zu diesem Zwecke haben die Seemannsämter im Inlande die Musterrollen derjenigen Fahrzeuge, deren Heimatshafen in ihrem Bezirke belegen ist, in Urschrift oder beglaubigter Abschrift an die Kasse einzusenden.

Urschriften der Musterrolle sind sobald als möglich an das Seemannsamt des Heimathafens zurückzugeben (§ 257 d. S.).

Für die versicherungspflichtigen Kapitäne, für Seeleute, welche nicht angemustert werden, für diejenigen Seeleute, welche ohne angemustert zu sein, auf Seeschiffen beschäftigt werden (§ 1046 Abs. 1 Ziffer 2 der RVO.), sowie für die nach § 1046 Abs. 1 Ziffer 3 der RVO. Versicherten erfolgt die Entrichtung der Beiträge durch Verwendung von Quittungskarten und -Marken in entsprechender Anwendung der RVO. (§§ 1411 ff.). Dasselbe gilt für die Selbstversicherung und die freiwillige Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses.

Die von der Kasse auszugebenden Quittungskarten und -Marken sind bei dem Vorstande, bei jedem Seemannsamt, bei den Vorständen der Sektionen der Seeberufsgenossenschaft sowie bei den vom Kassenvorstand zu bestimmenden Vertrauensmännern der Seeberufsgenossenschaft erhältlich.

Der Umtausch der Quittungskarten (§ 1420 der RVO.) erfolgt durch den Kassenvorstand (§ 258 d. S.).

Die Reeder sind befugt, bei der Zahlung der Heuer (des Lohnes) den von ihnen beschäftigten Personen die Hälfte der Beiträge in Abzug zu bringen. (§ 259 d. S.).

Geleistete Militärdienste werden durch die Militärpapiere nachgewiesen

Krankheitswochen werden durch Bescheinigungen nachgewiesen. Nach Ablauf der Krankenhilfe oder der Fürsorge während der Genesung hat der Vorstand der Krankenkasse, der Ersatzkasse, des Versicherungsvereins auf Gegenseitigkeit oder der auf Grund landesrechtlicher Vorschriften errichteten Hilfskassen die Bescheinigung auszustellen. Im übrigen hat es der Gemeindevorstand oder ein Seemannsamt zu tun. Für die in Reichs- und Staatsbetrieben Beschäftigten kann die vorgesetzte Dienstbehörde die Bescheinigungen ausstellen (§ 260 d. S.).

Für angemusterte Seeleute, welche sich im Besitz eines Seefahrtsbuches befinden, erfolgt der Ausweis über die Versicherung durch das Seefahrtsbuch.

Die für die erste versicherungspflichtige Beschäftigung des Inhabers zuständige Versicherungsanstalt ist in jedes neu auszustellende Seefahrtsbuch sowie in jede Quittungskarte des Inhabers einzutragen.

Auf Grund der bei ihr eingehenden Musterrollen hat die Kasse für jeden auf einem zur Seeberufsgenossenschaft gehörigen Seefahrzeug beschäftigten Seemann sobald als möglich eine Nachweisung auszustellen. Aus derselben muß sich der Name und der Heimatshafen des Fahrzeuges, Name, Geburtsort und Geburtszeit des Seemanns sowie die Dauer seiner Dienstzeit auf dem Schiff, die Klasse von Seeleuten, welcher er während dieser Dienstzeit angehörte, und die Lohnklasse ergeben, in welcher er dabei versichert gewesen ist. War die Versicherung in einer höheren Lohnklasse als derjenigen, zu welcher der Seemann nach seiner Dienststellung gehörte, erfolgt, so ist dies in der Nachweisung zu vermerken. In die Nachweisung ist ferner, soweit solches zutrifft, der Name der für den betreffenden Seemann in Betracht kommenden ersten Versicherungsanstalt sowie die Dauer der aus den Musterrollen oder ihrem Anhang sich ergebenden oder anderweit von dem Seemann nachgewiesenen, als Beitragszeit anzurechnenden Krankheiten und militärischen Dienstleistungen einzutragen.

Kommen Höherversicherung, anzurechnende Krankheiten oder militärische Dienstleistungen des Versicherten erst später zur Kenntnis der Kasse, so ist ungesäumt für die Berichtigung der Nachweisung Sorge zu tragen (§ 263 d. S.).

Die Nachweisungen (§ 263) werden auf Karten von der für die Quittungskarten vorgeschriebenen Größe ausgestellt; die Kosten derselben trägt die Kasse.

Mit den erwähnten Besonderheiten, die unter Fortlassung hier nicht weiter zu berührender Punkte aufgezählt wurden, ordnet sich im übrigen die Versicherung der Seekasse dem sonst geltenden Versicherungsrecht ein. Bemerkenswert ist besonders die abweichende Beitragshöhe und bei den Leistungen der Fortfall des Witwengeldes, da die Witwenrente eben nicht an den Nachweis der Erwerbsunfähigkeit gebunden ist.

Seit dem Jahre 1907, dem Eröffnungsjahre der Seekasse, wurden 15 Altersrenten, 56 Kranken- und 271 Invalidenrenten gewährt. Im Jahre 1910 wurden 74 Witwen und 91 Waisen versorgt und 98 Personen, davon 54 wegen Lungentuberkulose, in Heilbehandlung genommen. Das Sondervermögen belief sich auf mehr als 3 Millionen Mark.

Die Versorgung der Seeleute bei Krankheit und Gebrechen im weitesten Sinne ist mit besonderen Schwierigkeiten verbunden. Trotz der ganz andersartigen Regelung bei der Krankenversorgung und der auch bei Unfall, Invalidität und Reliktenfürsorge von der allgemeinen Versicherung vielfach ab-

weichenden Gesetzgebung ist doch im allgemeinen die glückliche Form gefunden, die den Seeleuten dieselben Rechte wie der übrigen Bevölkerung sichert. Wenn noch die Krankenfürsorge dem einzelnen Reeder abgenommen und auf die Gesamtheit übertragen würde, so wäre das hohe Ziel erreicht, daß in allen, wie auch gearteten Fällen für die Vorbeugung und Heilung der Krankheiten und Gebrechen alles Menschenmögliche versucht wird.

Literatur.

Schulz, Kommentar der Unfallversicherung in Manes-Mentzel-Schultz. Leipzig 1912.
Handbuch der Unfallversicherung, II. Bd.
Stier-Somlo, Soziale Gesetzgebung. Jena 1906.
Krankenfürsorge der Seeleute in: Arbeiterversorgung, XIX, S. 112.
Jahresberichte und Satzungen der Seeberufsgenossenschaft.
Nocht, Die ärztliche Mitwirkung bei der sozialen Fürsorge im Seeverkehr. Handbuch der sozialen Medizin. Jena 1904.
Sanitätsbericht über die Kaiserlich Deutsche Marine für den Zeitraum vom 1. Oktober 1907 bis 30. September 1908. Berlin.

Siebenundzwanzigstes Kapitel.

Die soziale Versicherung der Eisenbahner.

Die besondere wirtschaftliche Lage der seemännischen Bevölkerung und ähnliche Ursachen sowie der historische Ursprung mancher Einrichtungen im Bergbau haben die Wirkung gehabt, daß hier die soziale Versicherung sich in ganz besonderer Art entwickelt hat und in gewisser Weise aus dem üblichen Rahmen herausfällt. Die Krankenversicherung besteht heute noch nicht bei den Seeleuten, und die Invalidenversicherung hat sich den besonderen Bedürfnissen dieses Standes anpassen müssen; sie weicht sowohl in der Form als in den Versicherungsleistungen von der allgemeinen Regelung ab. Auch die Knappschaftskassen, die vielfach zugleich Pensionskassen sind und als Sonderanstalten die Geschäfte der Invalidenversicherung wahrnehmen, haben andere Einrichtungen wie die Träger der reichsgesetzlichen Versicherung; sie haben ihre alte historische Grundlage noch nicht verloren und sind durch die Reichsversicherungsordnung zwar erheblich beeinflußt, aber nicht aus ihren alten Bahnen herausgebracht worden. Diesen beiden alten Berufen des Seemanns und des Bergmanns schließt sich heute der moderne des Eisenbahners an, da auch hier die soziale Versicherung sich zwar dem bestehenden Recht einfügt, aber so viele Besonderheiten in allen drei Versicherungszweigen zeigt, daß die soziale Versicherung im Eisenbahnbetrieb einer gesonderten Besprechung in diesem Buche bedarf. Schon rein äußerlich heben sich die Versicherungseinrichtungen der Eisenbahnverwaltungen heraus. Die Krankenversicherung wird auf der ganzen Linie durch große, sich über weite räumliche Bezirke erstreckende Betriebskrankenkassen ausgeübt. Die Unfallversicherung liegt, soweit die staatlichen Betriebe in Frage kommen, nicht in den Händen einer Berufsgenossenschaft, sondern wird von Ausführungsbehörden besorgt. Aber die 430 000 Personen, die bei den Ausführungsbehörden der Staatseisenbahnverwaltungen gegen Betriebsunfall versichert sind, stellen nicht nur an sich eine große Anzahl Personen dar, die unter gleichartigen Umständen tätig und denselben Betriebsgefahren ausgesetzt sind, sondern sie stellen auch überhaupt die Hälfte aller Personen dar, die bei den 210 staatlichen und 335 kommunalen Ausführungsbehörden versichert sind. Auch die Invalidenversicherung wird nicht durch die üblichen Versicherungsanstalten, sondern durch Sonderanstalten ausgeübt, die durch eine Zusatzversicherung den Charakter der Invalidenversicherung so abgeändert haben, daß daraus eine Pensionsversicherung hervorgeht. An allen drei Versicherungszweigen ist die Eisenbahnverwaltung aufs lebhafteste interessiert und hat den Versicherungsträgern ein besonderes Gepräge zu geben gewußt. Wenn irgendwo, so dominiert hier der Einfluß des Arbeitgebers. Aber er macht sich in seiner angenehmen Form geltend, derart, daß nicht Bevormundung, sondern wohlwollende Fürsorge resultiert. Ganz besondere

Verhältnisse werden noch dadurch bedingt, daß hier keine stenge Grenze zwischen Arbeiterschaft und Beamtenschaft besteht. Die äußeren Bedingungen, unter denen Arbeiter und Beamte zu schaffen haben, sind vielfach dieselben. In weitem Maße sind sie den nämlichen Unbilden und Gefahren ausgesetzt. Die untere Beamtenschaft in der Eiesenbahnvewaltung rekrutiert sich zum großen Teil aus der Arbeiterschaft, nmgekehrt ist das Gros der Beamten gegen Unfall und eine erhebliche Anzahl gegen Krankheit versichert. Und denjenigen Arbeitern, die in eine Beamtenstellung einrücken, bleiben auch gewisse Rechte aus der Arbeiterpensionsversicherung gewahrt. Darum sind auch die Bedingungen, unter denen Krankheit, Unfall und Invalidität auftreten, nicht wie anderwärts durch die Verschiedenheit der sozialen Stellung verschiedenartig gestaltet, sondern sind vielmehr durch die Art der Betriebsbetätigung gegeben. Die Besprechung wird daher überall nicht streng auf die Arbeiterschaft beschränkt, sondern greift da, wo es sich um die Feststellung allgemeiner Grundzüge handelt, auch auf die Gesundheitsverhältnisse der Beamten über und geht bei der Besprechung der Unfallversicherung mit einigen Worten sogar noch darüber hinaus. Denn da, wo elementare Unfälle vorliegen, wird nicht nur das Zugpersonal, sondern auch das reisende Publikum betroffen, und wenn diese Unfallziffern auch nicht eigentlich in das Gebiet der Unfallversicherung fallen und nur das Haftpflichtgesetz berühren, so konnte doch bei dem vitalen Interesse, das solche elementaren Ereignisse für die ganze Bevölkerung haben, nicht achtlos daran vorbeigegangen und isoliert die Unfallgefahr ausschließlich der Eisenbahnangestellten berücksichtigt werden.

Auf 100 Personen kommen in jeder Altersklasse:

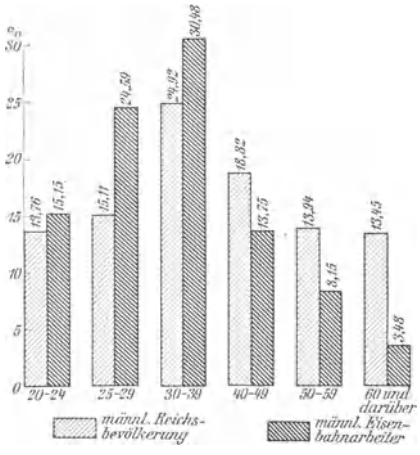


Fig. 73. Altersbesetzung beim Eisenbahnwesen in Preußen.

Wie in allen Arbeitsbetrieben, so ist auch bei der Eisenbahnverwaltung die Besetzung der jüngeren Altersklassen größer als bei der Reichsbevölkerung. Jedoch trifft hier die Steigerung besonders das kräftige Mannesalter von 25—40 Jahren. Die höheren Altersklassen sind entsprechend der verminderten Erwerbsfähigkeit geringer beteiligt. Das Bild entspricht im ganzen den normalen Verhältnissen, wo durch die Arbeit ein größerer Andrang jugendlicher Personen bewirkt, aber doch durch die Gleichmäßigkeit der Entwicklung und Schonung des vorhandenen Arbeitermaterials in gewissen Schranken gehalten wird.

Die Krankheits- und Invaliditätsverhältnisse werden, wie überall, so auch bei der Eisenbahnverwaltung erheblich durch das Menschenmaterial beeinflußt, um das es sich handelt. Und es verlohnt sich, gerade hier einen Blick darauf zu werfen, wie es beschaffen ist. Die Zahl der Frauen, die in Betracht kommen, ist verhältnismäßig gering. Es handelt sich fast ausschließlich um Männer, die von vornherein nur in den Beruf gehen, wenn sie sich körperlich und geistig dafür befähigt halten. Soweit Staatsbetriebe in Frage kommen, wissen die Betreffenden, daß sie sich dem Dienstbetriebe streng einzuordnen haben, und daß sozialdemokratische Tendenzen nicht geduldet werden. Infolgedessen handelt es sich um ein ausgesuchtes Arbeitermaterial, das vorzugsweise aus den besonneneren und zum Teil wohl auch

tüchtigeren Elementen der Bevölkerung stammt. Bezüglich des körperlichen Gesundheitszustandes sorgt eine sorgfältige ärztliche Untersuchung vor der Annahme in den Dienst für eine gehörige Auslese. Ein Blick auf das Schaubild (Fig. 73) zeigt, daß bei der Eisenbahnarbeiterschaft die jugendlichen Elemente überwiegen, und daß sie stärker vertreten sind als in der Reichsbevölkerung. Trotzdem sind die allerjüngsten Altersklassen nicht etwa so stark vorhanden wie in dem Bergbau, vielmehr liegt hier das Schwergewicht bei dem kräftigen Mannesalter zwischen 25 und 40 Jahren, so daß für die voraussichtliche Resistenz gegen Krankheiten hier die beste Gewähr geboten ist.

Die Krankenversicherung wird, wie ich schon erwähnte, durch Eisenbahnbetriebskrankenkassen ausgeübt, die sich an die größeren lokalen Eisenbahnbehörden angliedern. Die Unfallversicherung liegt in den Händen von 29 Ausführungsbehörden, von denen das Zentralamt in Berlin und 20 am Sitze der Eisenbahndirektionen auf das engere Preußen, eine in Mainz auf Preußen-Hessen entfallen. Die anderen Bundesstaaten mit eigenen Eisenbahnen haben je eine Ausführungsbehörde. Der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung dienen 5 Sonderanstalten, und zwar:

die Pensionskasse für die Arbeiter der Preußisch-Hessischen Eisenbahn gemeinschaft;
die Arbeiterpensionskasse der Königlich Bayrischen Verkehrsanstalten;
die Arbeiterpensionskasse der Königlich Sächsischen Staatseisenbahnen;
die Arbeiterpensionskasse für die Badischen Staatseisenbahnen und Salinen;
die Pensionskasse der Reichseisenbahnen.

Diese 5 Sonderanstalten hatten 1909 einen Gesamterlös von 6 276 000 M. aus Beiträgen. Zu diesen staatlichen Eisenbahnbetrieben mit ihren erwähnten Versicherungseinrichtungen kommen nun noch die privaten Betriebe hinzu. Bei der Privatbahnberufsgenossenschaft, die 170 Betriebe umfaßt, waren 1909 16 819 Personen, bei der Straßen- und Kleinbahnberufsgenossenschaft mit 474 Betrieben 71 465 Personen gegen Unfall versichert. So erhöht sich die Zahl der im weiteren Eisenbahnbetriebe überhaupt beschäftigten Arbeiter auf mehr als 517 000. Besondere Versicherungseinrichtungen für die in Privatbetrieben beschäftigten Arbeiter bestehen auf dem Gebiete der Kranken- und Invalidenversicherung nicht, die Arbeiter gehören der am Orte zuständigen Versicherungsanstalt und Krankenkasse an; bei den meisten größeren Betrieben, so bei der Berliner und Hamburger Straßenbahn, sind Betriebskrankenkassen errichtet.

Krankenversicherung.

Bei sämtlichen staatlichen Eisenbahnverwaltungen wird die Krankenversicherung durch Betriebskrankenkassen ausgeführt. Hinsichtlich der Verwaltung und Leistungen soll hier nur auf die preußischen Verhältnisse eingegangen werden, die denen der anderen Bundesstaaten aber durchaus gleich oder doch sehr ähnlich sind. Im Jahre 1910 bestanden in Preußen 21 Betriebskrankenkassen, die an die Eisenbahndirektionsbezirke angegliedert sind. Versicherungspflichtig sind alle im Arbeiterverhältnis stehenden Personen sowie die sonstigen Nichtbeamten bis zu einer Einkommensgrenze von nunmehr 2500 M. (bisher 327 000 Personen). Versicherungsberechtigt sind auch Beamte bis zu der allgemein gültigen Einkommensgrenze von

2500 bzw. 4000 M. (bisher 1478 Personen). Die Beiträge und Leistungen sind bei den einzelnen Kassen recht verschieden. So erhoben 9 Kassen einen Beitrag von 3%, 4 Kassen einen solchen von 3,3% und 8 einen von 3,6% des Lohnes. Die Beiträge werden zu zwei Dritteln von den Mitgliedern, zu einem Drittel von der Eisenbahnverwaltung gezahlt. Die Leistungen weichen erheblich voneinander ab, jedoch gehen alle Kassen über die vorgeschriebenen Mindestleistungen hinaus. Besonders umfangreich ist die Angehörigenfürsorge. Bei allen Kassen haben die Angehörigen freie ärztliche Behandlung, von 20 Kassen wurden auch die Arzneikosten ganz oder zum größten Teil übernommen. Außerdem zahlen sämtliche Kassen beim Ableben von Angehörigen Sterbegeld (1910 in 11 462 Fällen). Die Jahresausgaben der 21 Kassen ergeben sich aus folgender Übersicht:

Bezeichnung der Ausgaben der Krankenkassen	Betrag 1910 M.	Für ein Mitglied					In % zur Summe der eigentlichen Ausgaben 1909
		1906 M.	1907 M.	1908 M.	1909 M.	1910 M.	
Für ärztliche Behandlung .	3 420 194	8,12	8,72	9,75	10,36	10,56	28,87
„ Arzneien und sonstige Heilmittel:							
a) für Kassenmitglieder	740 972	2,07	2,05	2,21	2,32	2,29	6,26
b) für ihre Angehörigen	728 351	1,56	1,55	1,78	2,10	2,25	6,15
„ Krankengeld:							
a) an Kassenmitglieder	5 097 046						
b) an Angehörige von in Krankenanstalten untergebrachten Kassenmitgliedern . . .	169 905	13,80	13,60	15,57	17,51	16,28	44,46
„ Wöchnerinnenunterstützung für weibliche Mitglieder	11 217	0,03	0,04	0,03	0,03	0,04	0,09
„ Unterstützung während der Schwangerschaft:							
a) für weibliche Mitglieder	—	—	—	—	—	—	—
b) für Ehefrauen von Mitgliedern	—	—	—	—	—	—	—
„ Kur- und Verpflegungskosten an Krankenanstalten	862 913	2,07	2,07	2,34	2,60	2,67	7,28
„ Sterbegeld:							
a) beim Tode von Mitgliedern	229 645	0,72	0,72	0,78	0,80	0,71	1,93
b) beim Tode von Angehörigen der Mitglieder.	440 829	1,31	1.24	1,38	1,39	1,36	3,72
„ Ersatzleistungen für anderweit gewährte Unterstützungen . . .	1 270	0,00	0,01	0,01	0,00	0,01	0,01
„ Verwaltungskosten . . .	113 572	0,26	0,28	0,31	0,31	0,35	0,96
„ sonstige Ausgaben . . .	31 676	0,05	0,05	0,05	0,04	0,10	0,27
Summe der eigentlichen Ausgaben	11 847 690	29,99	30,33	34,21	37,46	36,62	100,00
dazu für Kapitalanlagen usw.	816 363						
insgesamt	12 664 053						

Das Vermögen betrug Ende 1910 rund 15 Millionen Mark.

Seit dem 1. Oktober 1904 ist ferner eine Verbandskrankenkasse

in Tätigkeit, die den Eisenbahnbediensteten Gelegenheit zu einer weiteren, über die gesetzliche Krankenversicherung hinausgehenden Krankenfürsorge bietet. Dieser Verbandskrankenkasse sind die Verwaltungen der Preußisch-Hessischen Staatseisenbahnen und der Reichseisenbahnen angeschlossen. Die Kasse umfaßt:

a) eine Krankengeldversicherung (Tarif I);
b) eine Arzneiversicherung (Tarif II).

An der Krankengeldversicherung können nach Leese nur die nach dem Krankenversicherungsgesetz versicherungspflichtigen Eisenbahnbediensteten für die Dauer der Versicherungspflicht teilnehmen. Durch diese Versicherung wird den Mitgliedern Gelegenheit geboten, gegen Entrichtung äußerst niedriger Beiträge sich zu dem von den Eisenbahnbetriebskrankenkassen oder anderen Krankenkassen gewährten Krankengeld einen Krankengeldzuschuß in solcher Höhe zu sichern, daß sie während der Krankheit einen Ausfall an Verdienst nicht erleiden. Der Beitrag beträgt für je 25 Pf. tägliches oder 1,75 M. wöchentliches Krankengeld nebst 15 M. Sterbegeld wöchentlich 5 Pf. Als niedrigste Versicherung ist ein tägliches Krankengeld von 50 Pf. nebst 30 M. Sterbegeld und als höchste Versicherung ein tägliches Krankengeld von 2,50 M. nebst 150 M. Sterbegeld zugelassen. Bis zur Vollendung des 45. Lebensjahres ist eine Erhöhung des versicherten Kranken- und Sterbegeldes zulässig, später unzulässig mit Ausnahme des Falles, daß die Krankengeldleistungen der Betriebskrankenkasse, der das Mitglied angehört, herabgesetzt werden oder das Mitglied einen höheren Verdienst erhält. Die Zahl der Mitglieder betrug Ende 1910 235 000, von denen 10 000 auf die Reichseisenbahnen entfielen. Die Mitglieder der preußisch-hessischen Betriebseisenbahnen sind zu 68% freiwillig an der Krankengeldversicherung beteiligt. Es kamen auf 100 Mitglieder 34 Erkrankungsfälle und 894 Krankheitstage. Es wurden 2 331 811 M. für Krankengeld, 103 783 M. für Sterbegeld ausgegeben.

Die Arzneiversicherung ist nach Leese nur den nicht versicherungspflichtigen Eisenbahnbediensteten zugänglich. Durch sie soll diesen Bediensteten eine Erleichterung in der Bestreitung der Arznei und Heilmittel geboten werden. Wie mit der Krankengeldversicherung ist auch mit der Arzneiversicherung die Versicherung eines Sterbegeldes, und zwar von 150 M. verbunden. Die laufenden Beiträge betragen wöchentlich 25 Pf. Für diesen Beitrag werden nicht nur den Mitgliedern selbst, sondern auch ihren Angehörigen von Beginn der Krankheit ab Arzneien, Verbandstücke, Bruchbänder und ähnliche Heilmittel bis zum Gesamtbetrag von 100 M. während des Zeitraums eines Kalenderjahrs geliefert. Auch werden die Kosten für Weine, die nicht lediglich zur Stärkung verordnet sind, bis zum Betrag von 20 M. während des Zeitraums eines Kalenderjahrs von der Kasse getragen. Kosten für Badereisen und sonstige größere Kuren fallen indes der Kasse nicht zur Last. Die Zahl der Mitglieder betrug 32 000, von denen 23 000 untere und 3700 mittlere Beamte, der Rest Pensionäre und Witwen waren. Es wurden 336 488 M. für Arznei und Heilmittel und 19 401 M. für Sterbegelder verausgabt.

Was nun die Krankheitshäufigkeit in den Krankenkassen selbst betrifft, so erkrankten auf 100 Mitglieder

	bei den preuß. Eisenbahnbetriebskrankenkassen	bei den deutschen Knappschaftskassen	bei sämtlichen Betriebskrankenkassen
1898—1904	33,67	55,5	44,3
1905	41,97	53,5	47,3
1906	35,55	51,9	45,3
1907	36,89	54,2	48,6
1908	39,54	54,9	49,1
1909	38,51	56,0	46,3

Die Zahl der Krankheitstage betrug für ein Mitglied

	bei den preuß. Eisenbahnbetriebskrankenkassen	bei den deutschen Knappschaftskassen	bei sämtlichen Betriebskrankenkassen
1906	8,5	9,4	8,1
1907	8,2	9,6	8,6
1908	8,9	9,3	8,9
1909	9,5	9,3	8,8
1910	8,8	10,0	8,5

Bei der Zahl der Krankheitstage ist zu berücksichtigen, daß die Eisenbahnkrankenkassen weit über das gesetzliche Mindestmaß und die Leistungen vieler anderer Kassen hinausgehen. Trotzdem ist die Krankheitshäufigkeit viel geringer als bei anderen Betriebskrankenkassen oder gar bei den Knappschaftskassen. Bei der Krankheitsdauer ist der Unterschied nicht so groß, hier übertreffen die Eisenbahnbetriebskrankenkassen meist die Krankheitsdauer der übrigen Betriebskrankenkassen. Man kann daraus schließen, daß bei der verminderten Krankmeldung der Eisenbahner äußere Umstände (dienstliche Verhältnisse) eine Bedeutung haben.

Bei den bayrischen Staatseisenbahnen haben für den 25 jährigen Zeitraum von 1877—1902 die Krankheitshäufigkeit und Krankheitsdauer erheblich zugenommen, derart daß auf die ersten 20 Jahre 67,0, auf den 25 jährigen Durchschnitt aber 71,4 Erkrankungsfälle kommen. Auch hier begegnen wir also wieder der schon überall beobachteten Zunahme der Krankheitshäufigkeit. Besonders interessant ist der Vergleich zwischen den einzelnen Dienstgruppen in bezug auf ihre Krankheitshäufigkeit.

Bei den bayrischen Staatsbahnen betrug die Krankheitshäufigkeit:

	20 jähr. Durchschnitt	25 jähr. Durchschnitt
Zugbeförderungspersonal	106,6	113,9
Zugbegleitungspersonal	86,2	86,8
Bahnbewachungspersonal	51,2	54,2
Stations- und Bureaupersonal	42,0	43,8
niederes Stationspersonal	81,1	88,9
Wechselwärter	65,3	72,6
zusammen	76,0	71,4

Das Stationspersonal ist also dem Zugpersonal gegenüber erheblich besser gestellt. Es ist ferner nachgewiesen worden, daß in sämtlichen Dienstgruppen die unteren und oberen Altersklassen eine größere Krankheitshäufigkeit zeigen als die mittleren Altersklassen. Man sucht den Grund hierfür in Bayern nur für die unteren Altersklassen in der Einwirkung des ungewohnten Dienstes, für die oberen aber in dem schwächenden Einfluß

des Alters. Doch ist nicht zu verkennen, daß in der gesamten Morbidität der Dienstgruppen der Einfluß des Dienstes weitaus jenen des Altersaufbaus überwiegt.

Bei den Mitgliedern der Betriebskrankenkasse der Großen Berliner Straßenbahn betrug die Anzahl der Erkrankungen auf 100 Personen 80,3, die Zahl der Krankheitstage 106,6. Am günstigsten stand sich das Bureaupersonal mit 51 Erkrankungen, dann folgten Betriebs- und Bauarbeiter mit 61 bzw. 65 Fällen, die Führer und Schaffner mit 81 Fällen, die Werkstättenarbeiter mit 89, die Aufsichtsbeamten mit 115 und die freiwilligen und erwerbslosen Mitglieder gar mit 169 Erkrankungsfällen (Weyl). Bei der Betriebskrankenkasse der Straßenbahngesellschaft in Hamburg kamen 1902 auf das Bureaupersonal nur 34 Krankheitsfälle, dagegen waren die Handwerker mit 62 Fällen stark belastet; bei allen Betriebsgruppen zusammen betrug die Krankheitshäufigkeit 42. Die Krankheitstage beliefen sich im Durchschnitt auf 1066 für 100 Mitglieder, die Arbeiter hatten 1125 bis 1151, die Aufsichtsbeamten 2088 Krankheitstage aufzuweisen.

Die Krankheitshäufigkeit und Krankheitsdauer nach Krankheitsgruppen bei den preußischen Kassen zeigt folgende Übersicht, die von Herzfeld stammt (Fig. 74 u. 75). Die 17 verschiedenen Krankheitskategorien sind als Säulen eingetragen, und zwar siebenmal hintereinander, für jede Dienstgruppe besonders. Der schwarze horizontale Strich bedeutet in jeder Säule den Durchschnitt aller Beamten. Dabei ergibt sich, daß die Kanzleiangestellten nur selten erkranken, dann aber auch lange Zeit gebrauchen, um in den Dienst wiederzukehren; ihre Krankheitshäufigkeit ist gering, die Krankheitsdauer in Krankheitstagen gemessen über dem Durchschnitt. Die Erscheinung erklärt sich daraus, daß die Kanzleibeamten durch die Krankheit keine Kürzung ihres Einkommens erfahren und darum keine Eile haben, sich wieder gesund zu melden. Gerade umgekehrt liegen die Verhältnisse bei dem anstrengenden Lokomotivdienst. Hier ist bei allen Krankheiten die Krankheitshäufigkeit groß, die Zahl der Krankheitstage aber gering. Diese Beamten eilen möglichst schnell wieder in den Dienst, da sie sonst ihrer Kilometer- und Stundengelder verlustig gehen. Ähnlich liegen die Verhältnisse bei den Werkstättenarbeitern, die meist in Akkord arbeiten und darum auch häufig nur halbgenesen wieder in den Dienst gehen, und bei dem Zugbegleitungspersonal. Hinsichtlich der einzelnen Krankheitsgruppen ergibt sich folgendes Bemerkenswerte: Von den Entwicklungskrankheiten hat nur die Altersschwäche eine Bedeutung, die als Summe der Alterserscheinungen überhaupt bei dem Zug- und Lokomotivpersonal häufig auftritt und zur Pensionierung führt. Bei dem Kanzleipersonal, das bis ins hohe Alter hinein Dienst tut, bedingt diese Tatsache eine Erhöhung in der Zahl der Krankheitstage, bei den erstgenannten Kategorien eine Verminderung gegenüber dem Durchschnitt. Die Infektionskrankheiten befallen alle Dienstgruppen etwa in gleicher Stärke. Die Tuberkulose kommt am häufigsten bei Werkstättenarbeitern, Bahnunterhaltungsarbeitern und Bediensteten des äußeren Abfertigungsdienstes vor. Die Einatmung von Staub bzw. die Einflüsse der Witterung haben bei dem Zustandekommen dieser Krankheit wohl eine ausschlaggebende Bedeutung. Bei den Krankheiten des Nervensystems nehmen die Angestellten des inneren Abfertigungsdienstes die erste Stelle ein, dann folgen die Kanzlisten. Ob hierfür die mit dem Dienste verbundene Verantwortlichkeit bzw. geistige Arbeit als Grund angeführt werden kann, ist nach Herzfeld zweifelhaft; denn die Lokomotivführer,

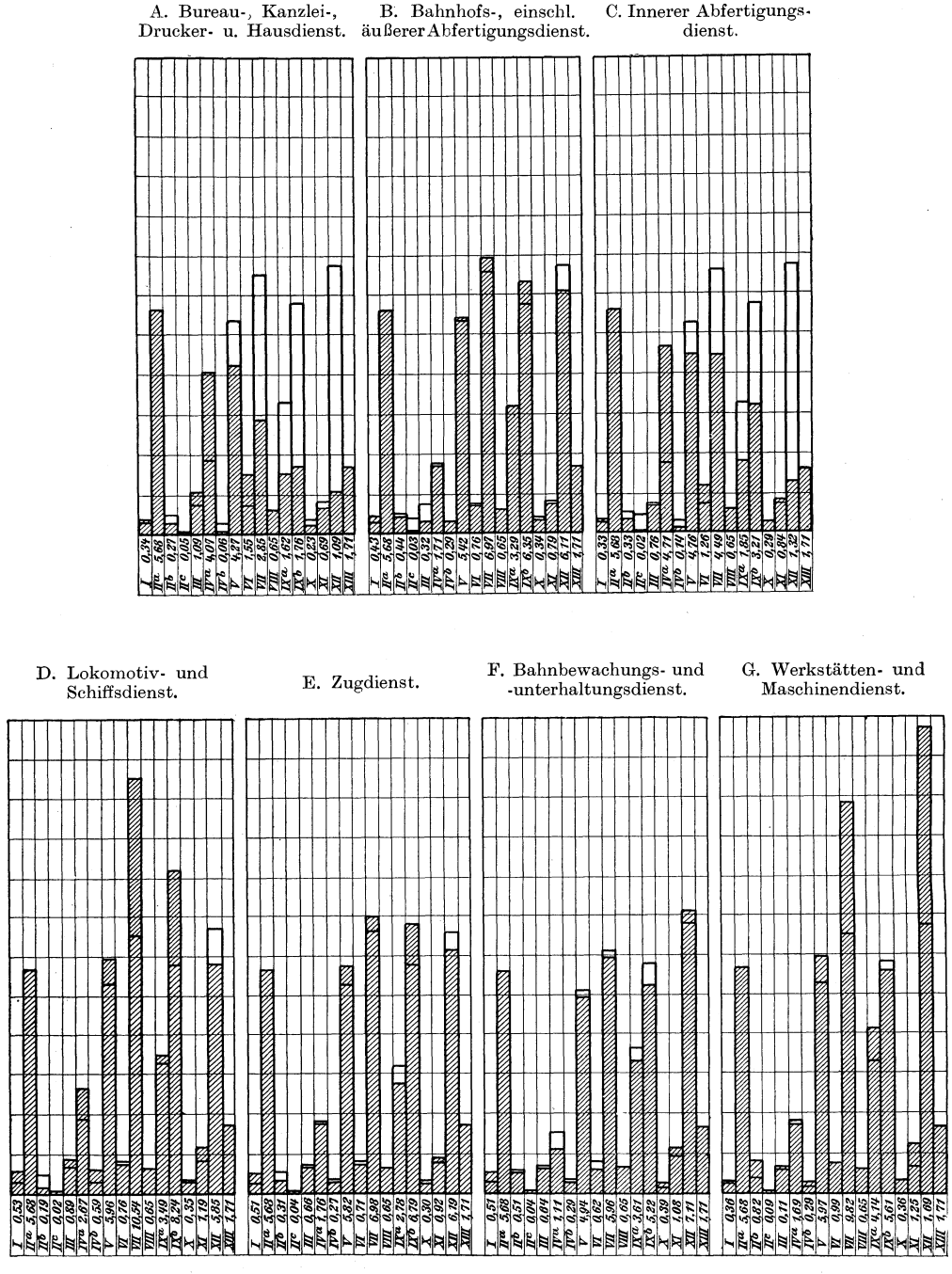


Fig. 74. Besondere Krankheitshäufigkeit nach Dienstgruppen bei der Eisenbahn (nach Herzfeld).

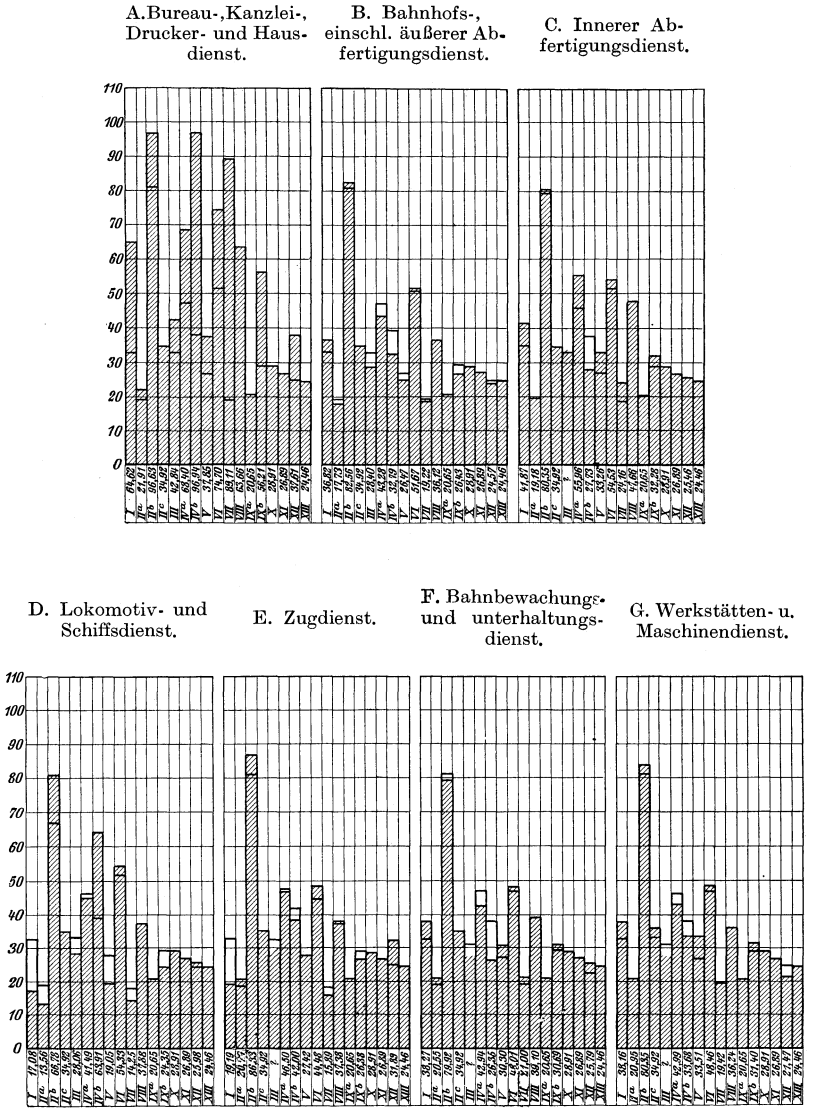


Fig. 75. Besondere Krankheitsdauer nach Dienstgruppen bei der Eisenbahn (nach Herzfeld).

Krankheitsgruppen:

I. Entwicklungskrankheiten.
IIa. Infektions- und parasitäre Krankheiten.
IIb. Tuberkulose aller Organe.
IIc. Lues.
III. Sonstige allgemeine Krankheiten.
IVa. Krankheiten des Nervensystems.
IVb. Unfallneurose.
V. Krankheiten der Atmungsorgane.
VI. Krankheiten der Kreislauforgane.
VII. Krankheiten der Verdauungsorgane.
VIII. Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane.
IXa. Krankheiten der äußeren Bedeckungen und Bewegungsorgane.
IXb. Gelenk- und Muskelrheumatismus.
X. Krankheiten des Ohres.
XI. Krankheiten des Auges.
XI. Verletzungen.
XIII. Anderweitige Krankheiten und unbestimmte Diagnosen.

1907	Anzahl des im Dienst befindlichen Personals	Krankheitsfälle		Sterbefälle		Sterbefälle infolge von Unfall	
		Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Insgesamt	468 876	184 522	39,35	2653	0,57	507	0,11
männliche Bedienstete	460 555	181 504	39,41	2637	0,57	506	0,11
weibliche ,,	8 321	3 018	36,27	16	0,19	1	0,05
Gruppe I, Bureau-, Kanzlei-, Drucker- und Hausdienst:							
männliche	17 932	4 607	25,69	161	0,90	.	.
weibliche.	792	340	42,93	.	.	.	.
Gruppe II, Bahnhofs-, einschließlich äußerer Abfertigungsdienst:							
männliche	139 352	53 810	38,61	779	0,56	172	0,12
weibliche.	2 069	470	22,72	8	0,39	1	0,04
Gruppe III, innerer Abfertigungsdienst							
männliche	21 995	6 349	28,87	131	0,60	8	0,04
weibliche.	1 249	548	43,88	1	0,08	.	.
Gruppe IV, Lokomotiv- u. Schiffsdienst	43 329	19 711	45,49	134	0,31	29	0,07
Gruppe V Zugdienst							
männliche	47 871	17 153	35,83	299	0,62	92	0,19
weibliche.	102	27	26,47	.	.	.	.
Gruppe VI, Bahnbewachungs- und Unterhaltungsdienst							
männliche	118 986	42 401	35,63	754	0,63	163	0,14
weibliche.	4 087	1 618	39.59	7	0,17	.	.
Gruppe VII, Werkstätten- und Maschinendienst einschließlich Betriebswerkstättendienst):							
männliche	71 090	37 473	52,71	379	0,53	41	0,06
weibliche.	22	15	63,64	.	.	.	.

deren Aufmerksamkeit dauernd aufs höchste gespannt und deren Verantwortlichkeit wohl im ganzen Eisenbahndienst am meisten in Anspruch genommen wird, stehen erst an dritter Stelle. Dagegen sind die Lokomotivbeamten überwiegend bei Unfallneurosen beteiligt. Sie stehen auch bei den Krankheiten der Atmungsorgane, der Verdauungsorgane sowie beim Muskel- und Gelenkrheumatismus an der Spitze. Der stetige Temperaturwechsel, dem sie am meisten ausgesetzt sind, begünstigt eben bei ihnen das Entstehen von Erkältungskrankheiten, die Unregelmäßigkeit der Nahrungsaufnahme das von Verdauungsstörungen. Dagegen übt der Dienst an der Maschine keinen besonderen unheilvollen Einfluß auf das Gehörorgan aus, wie man vielleicht annehmen könnte. Bei der Gruppe der Verletzungen sind die Werkstättenarbeiter am meisten beteiligt, sie stehen auch bei den Krankheiten der äußeren Bedeckungen und der Bewegungsorgane sowie bei den Verdauungskrankheiten mit an erster Stelle. Solche Krankheiten, die vielfach erst im höheren Alter und im Gefolge der Arteriosklerose sich ausbilden, sind naturgemäß bei den Kanzleiangestellten am häufigsten vertreten, ebenso

Anderweitig mit Rente Ausgeschiedene		Infolge von Unfall Ausgeschiedene		Prozentzahl d. durch Tod u. anderweitig Ausgeschiedenen	Prozentzahl d. durch Unfall überhaupt Ausgeschiedenen	Erwartungsmäßige Zahl der Arbeitstage	Zahl der Krankheitstage	Prozentzahl der Krankheitstage zu den Arbeitstagen
Anzahl	%	Anzahl	%					
4609	0,98	634	0,14	1,55	0,25	171 140 740	4 232 763	2,47
4469	0,97	622	0,14	1,54	0,25	168 102 575	4 141 564	2,46
140	1,68	12	0,14	1,87	0,19	3 037 165	91 199	3,002
204	1,14	2	0,01	2,04	0,01	6 545 180	167 369	2,56
30	3,79	1	0,12	3,79	0,12	1 491 755	11 613	3,35
1140	0,82	147	0,11	1,38	0,23	50 863 480	1 193 385	2,35
28	1,35	4	0,19	1,74	0,23	755 185	15 641	2,07
244	1,11	16	0,07	1,71	0,11	8 208 175	180 506	2,24
2	0,16	.	.	0,24	.	455 885	13 107	2,88
373	0,86	111	0,26	1,17	0,33	15 815 085	370 723	2,34
495	1,03	136	0,28	1,65	0,47	17 472 915	359 653	2,06
1	0,90	1	0,90	0,90	0,90	37 230	523	1,40
1276	1,06	113	0,09	1,72	0,23	43 429 890	1 020 305	2,37
79	1,93	6	0,15	2,10	0,15	1 491 755	50 060	3,35
746	1,05	97	0,14	1,58	0,20	25 947 850	849 623	3,25
	.	.	.	.	.	8 030	282	3,51

wie die allgemeinen Krankheiten einschließlich der Geschwülste und die Krankheiten der Kreislauforgane einschließlich der Arteriosklerose.

Während das männliche Personal mit 39,41% an den Erkrankungsfällen beteiligt ist, beträgt diese Ziffer beim weiblichen Personal nur 36,27%. Dieses Resultat wird durch die weiblichen Angestellten bedingt, die im Bahnhofs-, Zug- und Bahnbewachungsdienst beschäftigt sind. In fast allen Krankheitsgruppen, mit Ausnahme der Tuberkulose, sind die Frauen schlechter gestellt als die Männer. Für einige Krankheiten bestehen bei manchen Kategorien bemerkenswerte Unterschiede zwischen Männern und Frauen. So erkranken an Krankheiten der Atmungsorgane im Kanzleidienst 6,31% Männer, aber 10,61% Frauen; im inneren Abfertigungsdienst 6,12% Männer, aber 11,93% Frauen; Nervenkrankheiten im Kanzleidienst 3,46% Männer, aber 5,30% Frauen; im inneren Abfertigungsdienst 4,31% Männer, aber 7,85% Frauen; Rheumatismus im Kanzleidienst 2,22% Männer, aber 5,18% Frauen; Störungen der Entwicklung, Ernährung und Blutbildung 0,95 bzw. 0,88% Männer, aber 1,89 bzw. 4,00% Frauen.

Höchst auffallend ist die Erscheinung, daß die allgemeine Krankheitshäufigkeit in den einzelnen Direktionsbezirken erheblich schwankt, und zwar von 30,60 bis zu 58,11%, während der Durchschnitt 39,35% beträgt. Diese Unregelmäßigkeit wiederholt sich bei den einzelnen Krankheitsgruppen in ganz wechselnder Weise, ohne daß eine plausible Erklärung dafür vorhanden wäre. Im allgemeinen sind die Direktionsbezirke des vielgeschmähten Ostens gesünder als die beliebten des Westens, wovon nur wenige eine Ausnahme machen. Ähnlich schwankt die Zahl der Krankheitstage auf den einzelnen Fall berechnet zwischen 18,8 und 26,6 Krankheitstagen bei einem Durchschnitt von insgesamt 22,9 Tagen. Eine allgemeine Übersicht über die Krankheitshäufigkeit und die Zahl der Krankheitstage sowie die Ausscheidungen durch Tod oder Unfall gibt folgende Tabelle (s. S. 634).

Aus diesen Übersichten geht hervor, daß die Verhältnisse überall recht verschieden liegen. Es hat sich aber gezeigt, daß es eigentliche Berufskrankheiten der Eisenbahnarbeiter nicht gibt. Natürlich liegt es im Interesse sowohl der Eisenbahnarbeiter selbst als auch der Verwaltung, geeignete Maßnahmen zur Verhütung der Krankheiten zu treffen. Ich kann hier nur kurz darauf hindeuten, daß die Eisenbahnverwaltungen bemüht sind, in diesem Sinne durch Schaffung allgemeiner Wohlfahrtseinrichtungen zu wirken. Dazu gehört die Bereitstellung von Wohnungen aus Staatsmitteln, die Unterstützung von Baugenossenschaften, die Schaffung von Badeeinrichtungen, von Unterkunftsräumen für die Dienstpausen, von Schlafräumen für ortsabwesendes Personal, die Errichtung von Ledigenheimen und der Ausschank alkoholfreier Getränke. Alle diese Maßnahmen fallen in das Gebiet der sozialen Hygiene und können hier nur angedeutet werden. Die zweite Maßnahme richtet sich gegen die Überanstrengung im Dienst. Der Eisenbahnbetrieb, der ja Tag und Nacht fortlaufend und nicht an eine einzelne Örtlichkeit gebunden ist, bringt es mit sich, daß die Angestellten lange Zeit hintereinander ohne Pause Dienst tun müssen. Die Verwaltungen sind bemüht gewesen, den Mißständen, die hier früher zutage traten, energisch zu begegnen.

Zeitlmann hat nachgewiesen, daß die Unterschiede der Krankheitshäufigkeit, die bei den einzelnen Betriebswerkstätten zwischen 64 und 142 auf 100 Arbeiter betrugen, weder durch den Altersaufbau, noch durch die Art der Erkrankungen, noch durch örtliche oder klimatische Einflüsse bedingt sein konnten. Die Unterschiede waren nur in rein dienstlichen Verhältnissen zu suchen. Es ergibt sich daraus, daß es nicht der Dienst an sich ist, der zu Erkrankungen Anlaß gibt, sondern nur die Diensteinteilung, und daß bei besserer Einteilung für denselben Dienst eine günstigere Erkrankungsstatistik erzielt werden kann.

Ich habe bereits hervorgehoben, daß eigentliche Berufskrankheiten der Eisenbahnangestellten nicht bestehen. Von besonderem Interesse sind aber zwei Krankheiten, einmal die Tuberkulose, sodann das Heer der Nerven-Krankheiten einschließlich der Unfallneurosen, da die eine Krankheit eine gewisse Ansteckungsgefahr für das Publikum mit sich bringt, die anderen unter Umständen eine erhebliche Betriebsgefährdung im Gefolge haben können.

Der Kampf gegen die Tuberkulose hat schon frühzeitig eingesetzt und hat zur Folge gehabt, daß die Abnahme der Tuberkulosesterblichkeit z. B. bei dem Personal der bayrischen Staatsbahnen größer ist als bei der übrigen männlichen Bevölkerung Bayerns. In Bayern trafen auf 10 000 Bedienstete an Lungentuberkulose:

in den Jahrfünften	Krankheitsfälle	Todesfälle	Invaliditätsfälle
1878—1882	87,5	34,8	9,1
1883—1887	75,7	31,0	9,3
1888—1892	66,6	26,2	6,9
1893—1897	62,0	23,9	6,7
1898—1902	55,9	16,3	7,3

In Österreich leidet das Werkstätten- und nächst diesem das Kanzleipersonal am meisten unter der Tuberkulose, während das Streckenpersonal am günstigten steht. Das stimmt mit der Anschauung überein, daß der Aufenthalt in freier reiner Luft die Ausbreitung der Tuberkulose hindert, der in geschlossenen Räumen, besonders wenn diese noch durch Staub verunreinigt sind, sie befördert. Auch in Preußen steht, wie ich schon erwähnte, das Werkstättenpersonal hinsichtlich der Tuberkulosehäufigkeit an erster Stelle. Im Bereich der preußisch-hessischen Eisenbahngemeinschaft erkrankten an Tuberkulose aller Organe 1907 insgesamt 1974 Personen = 0,42%, davon 1958 Männer = 0,43% und 16 Frauen = 0,19%. Auf die einzelnen Dienstgruppen verteilten sich die Fälle folgendermaßen:

	Erkrankungsfälle		Krankheitstage
	Zahl	%	
I. Bureau- und Kanzleipersonal:			
männl.	60	0,33	6 405
weibl.	3	0,38	113
II. Bahnhofsdienst:			
männl.	610	0,44	51 246
weibl.	6	0,29	449
III. Innerer Abfertigungsdienst:			
männl.	65	0,30	4 938
weibl.	2	0,16	182
IV. Lokomotiv- und Schiffsdienst:			
männl.	95	0,22	6 793
V. Zugdienst:			
männl.	113	0,24	7 645
VI. Bahnbewachungs- u. Unterhaltungsdienst: männl.	529	0,44	43 147
weibl.	5	0,12	550
VII. Werkstätten- u. Maschinendienst:			
männl.	486	0,68	41 293
Insgesamt: männl.	1 958	0,43	161 467
weibl.	16	0,19	1 294

In Baden kamen bei einem Mitgliederbestande der Eisenbahnbetriebskrankenkassen von rund 20 000 Personen folgende Fälle von Lungentuberkulose vor:

	Erkrankungsfälle		Krankheitstage		1 Fall	Sterbefälle
	Zahl	%	insgesamt	auf 1 Mitgl.		
1908	118	0,57	15 088	0,72	127,86	29
1909	119	0,59	13 617	0,67	114,43	25
1910	136	0,72	15 337	0,81	112,77	28

Der Bekämpfung dienen in prophylaktischer Weise die Untersuchung vor Einstellung in den Dienst, Diensterleichterungen, Schaffung von Wohnhäusern, Bekämpfung des Alkoholismus usw. Die praktische Bekämpfung

wird von den sogleich noch näher zu besprechenden Sonderanstalten der Invalidenversicherung, den Arbeiterpensionskassen, ausgeführt. Der besseren Übersicht halber möge hier schon auf die Bekämpfung der Lungentuberkulose näher eingegangen werden. Die Behandlung findet gewöhnlich in eigenen Heilstätten statt, von denen Moltkefels und Stadtwald für Preußen und das Friedrich-Hilda-Genesungsheim in Baden genannt seien.

Im Jahre 1910 wurden in Preußen 1422 Personen wegen Lungentuberkulose einer ständigen Heilbehandlung unterzogen. In den eigenen Heilstätten der Pensionskasse wurden behandelt: 813 Personen in Stadtwald (darunter 80 Beamte), 661 Personen in Moltkefels (darunter 87 Beamte), hiervon scheiden 212 bzw. 137 Personen für die Tuberkulosestatistik aus. Von den 601 und 524 behandelten Personen gehörten

	in Stadtwald	in Moltkefels
dem I. Stadium	15,47%	3,63%
dem II. Stadium	56,24%	60,30%
dem III. Stadium	28,29%	36,07%

Besondere Anstrengungen auf dem Gebiete der Tuberkulosebekämpfung macht Baden, dessen Pensionskasse, wie aus der zum Schlusse des Kapitels gegebenen Übersicht hervorgeht, fast ebensoviel Geld für die Heilbehandlung als für Renten verausgabt, wenn die Ersatzforderungen an die Krankenkassen nicht in Abzug gebracht werden. 1910 fanden 354 Personen im Friedrich-Hilda-Genesungsheim Aufnahme, von denen 47 Beamte und 15 Angehörige von Bediensteten und 145 Kassenmitglieder waren. Über den Kurerfolg wird berichtet, daß von 108 Kassenmitgliedern (einschließlich Salinenangestellten), die von der Tuberkulosestatistik erfaßt wurden, 95 = 88% beim Schluß der Kur erwerbsfähig waren. Im ganzen sind von den erwerbsfähig Entlassenen 59 Patienten aus den Stadien I und II in das Stadium 0, 16 Patienten aus dem Stadium II in das Stadium I und 4 Patienten von Stadium III in Stadium II aufgerückt, bei 16 Patienten ist das Stadium gleich geblieben. Der Erfolg berechnet sich demnach bei sämtlichen Erwerbsfähigen auf 83%. Einen Gesamtüberblick über die Heilbehandlung bei Lungentuberkulose, die seitens der verschiedenen Pensionskassen der Eisenbahnverwaltungen eingeleitet worden ist, gibt die auf S. 652 abgedruckte Statistik.

An die ständige Heilbehandlung schließt sich dann gewöhnlich eine ambulante Nachbehandlung bei den Ärzten der Betriebskrankenkassen. Zu diesem Zwecke sind besondere Fortbildungskurse für die Bahnkassenärzte in der Tuberkulinbehandlung eingeführt.

Wir wenden uns nunmehr zu der zweiten wichtigen Krankheitsgruppe, zu den nervösen Erkrankungen. Nervenstörungen und Geisteskrankheiten sind natürlich besonders gefährlich, da automatische Einrichtungen im Eisenbahndienst versagen, und alles auf die körperliche und seelische Intaktheit der Arbeiter und Beamten eingestellt ist. Ein paralytischer Weichenwärter, ein delirierender Lokomotivführer, ein seniler Stationsbeamter sind gleich gefährlich für den Betrieb und für die Gesundheit des reisenden Publikums. Es erkrankten in Preußen

an Paralyse	in den Jahren 1898—1900	1902—1904
Stationsbeamte	17	33
Lokomotivführer, Zugführer, Schaffner	23	39
Weichensteller, Bremser, Wärter	19	37
Lokomotivheizer	9	3

	in den Jahren 1898—1900	1902—1904
an einfacher Seelenstörung		
Stationsbeamte	27	19
Lokomotivführer usw.	25	29
Weichensteller usw.	59	48
Lokomotivheizer	4	3
an Delirium tremens		
Stationsbeamte	2	9
Lokomotivführer usw.	2	9
Weichensteller usw.	2	10
Lokomotivheizer	—	1

Das sind recht bedenkliche Zahlen, die bei der Krankheitshäufigkeit zwar nicht viel zu bedeuten haben, wohl aber in ihren absoluten Ziffern Folgen nach sich ziehen können, deren Eventualität auch ins Auge gefaßt werden muß. Nach dem allgemeinen Krankheitsnachweis für das Jahr 1907 erkrankten im Bereiche der preußisch-hessischen Eisenbahngemeinschaft 7024 Beamte, Hilfsbeamte und Arbeiter an Nervenkrankheiten und Geisteskrankheiten und nicht weniger als 1746 an Unfallneurose. Die einzelnen Dienstkategorien waren dabei in folgender Weise betroffen:

	Beschäftigt im Jahresdurchschnitt	Nerven- und Geisteskrankheiten			Unfallneurose		
		Erkrankungsfälle	%	Krankheitstage	Erkrankungsfälle	%	Krankheitstage
1. Kanzleidienst							
männlich	17 932	620	**3,46**	40 867	18	0,10	893
weiblich	792	42	**5,3**	1 830	—	—	—
2. Bahnhofsdienst							
männlich	139 352	1859	1,33	71 959	463	0,33	16 491
weiblich	2 069	12	0,58	324	5	0,24	201
3. Innerer Abfertigungsdienst							
männlich	21 995	947	**4,31**	41 456	27	0,12	1 062
weiblich	1 249	98	**7,85**	3 114	1	0,08	29
4. Lokomotiv- u. Schiffsdienst							
männlich	45 329	933	2,15	31 139	232	**0,54**	12 088
weiblich	—	—	—	—	—	—	—
5. Zugdienst							
männlich	47 871	569	1,19	21 824	166	0,35	8 671
weiblich	102	2	1,96	39	1	0,98	18
6. Bahnbewachung und -unterhaltung							
männlich	118 986	899	0,76	41 634	575	**0,48**	14 844
weiblich	4 087	54	1,32	2 372	16	**0,39**	676
7. Werkstätten- und Maschinendienst							
männlich	71 090	989	1,39	39 904	242	0,34	6 567
weiblich	22	—	—	—	—	—	—
Insgesamt							
männlich	6 460 555	6816	1,48	288 783	1723	0,37	60 616
weiblich	8 321	208	2,5	7 679	23	0,28	924

Hinsichtlich der genaueren Gliederung ergibt sich aus der badischen Statistik, daß von 1188 nervösen Krankheitsfällen, die in den Jahren 1908 bis 1910 beobachtet wurden, 17 auf Geisteskrankheit, 916 auf Ischias, Neur-

algie, Neurasthenie und Neurose und 255 auf die übrigen Krankheiten des Nervensystems entfielen. Ich hatte schon früher erwähnt, daß bei den eigentlichen Nervenkrankheiten die weiblichen Bediensteten stärker betroffen werden als die männlichen. Die recht erheblichen Unterschiede der einzelnen Dienstzweige bei den Frauen sind jedoch wegen der Kleinheit des Zahlenmaterials statistisch nicht verwertbar. Dagegen ist bei den Männern die besondere Beteiligung des inneren Abfertigungsdienstes und des Bureaupersonals auffallend. Nach Schwechten-Herzfeld geht daraus schlagend hervor, daß nicht die Aufregungen des Dienstes und nicht die unregelmäßige Ernährung und der unregelmäßige Schlaf das prädisponierende Moment für die Nervenkrankheiten abgeben, da sonst das Lokomotivpersonal und das Personal des äußeren Abfertigungsdienstes am meisten betroffen sein müßte. Es sei daher nicht unwahrscheinlich, daß die strengere Auswahl bei den Beamten des äußeren Dienstes in gesundheitlicher Beziehung einen nicht unwesentlichen Faktor für deren günstigere Stellung abgebe.

Die auffallende Häufigkeit der traumatischen Neurosen steht, wie nicht anders zu erwarten ist, in bestimmten Beziehungen zu den einzelnen Dienstzweigen. Diese werden aber nicht nach ihrer Gefährlichkeit an sich betroffen, sondern insoweit als bei ihnen geistige Anspannung und Schokwirkung besonders zum Ausdruck kommt. Daher reagiert das Lokomotivpersonal an erster Stelle, dann folgt der Bahnbewachungsdienst. Alle anderen Dienstzweige halten sich unter dem Mittel, und zuletzt kommt, wie wohl selbstverständlich ist, der Bureaudienst. Gerade die Bahnverwaltungen haben sich mit Erfolg bemüht, den traumatischen Neurosen dadurch entgegenzutreten, daß von frühzeitiger Anstaltsbehandlung und von schonender Arbeitsbehandlung durch Versetzung in leichtere Dienststellen oder Verkürzung der Dienstzeit ausgiebig Gebrauch gemacht wird.

Es geht aus dem vorher Gesagten hervor, daß bei dem Eisenbahnbetrieb ein Moment besonders hoch bewertet werden muß, nämlich die Auslese. Es muß darauf ankommen, gerade beim Bahnbetrieb nur gesundes Menschenmaterial einzustellen, das überhaupt widerstandsfähig und nicht zu Krankheiten geneigt ist, und es muß ferner insbesondere darauf ankommen, tuberkuloseverdächtige und -bedrohte sowie nervöse Individuen und Leute mit starker nervös-erblicher Belastung völlig vom Eisenbahndienst auszuschließen. Dies gilt sowohl von den Beamten als auch von den Arbeitern, in deren Hände mehr Verantwortung gelegt ist, als man bei flüchtigem Hinblick erwarten sollte.

Die Eisenbahnverwaltungen haben zu diesem Zweck Eisenbahnärzte als Vertrauensärzte angestellt. Diese haben die Aufgabe, die neu zur Einstellung gelangenden Personen auf ihren Gesundheitszustand genau zu untersuchen, weiterhin zu überwachen und im Bedarfsfalle die Außerdienststellung zu veranlassen. Ferner ist der Bahnarzt Sachverständiger der Verwaltung in Sachen der Hygiene und Gutachter bei Untersuchung von Personen. Er hat schließlich das Personal im Samariterdienst auszubilden und selber das Rettungswesen bei Unglücksfällen zu leiten. Bei den Bemühungen um Einführung der freien Arztwahl hat man die Eisenbahnverwaltung zwingen wollen, die freie Arztwahl auch für diese Vertrauenstätigkeit zuzulassen. Die Verwaltung hat sich dagegen mit Recht gesträubt, denn es muß ihr unbenommen bleiben, ärztliche Beamte nach Maßgabe des Bedarfs mit der Untersuchung, Begutachtung und Ausbildung ihrer Angestellten zu betrauen. Außerdem hatte die Verwaltung die Bahnärzte

zugleich mit der Wahrnehmung der Geschäfte als Ärzte der Betriebskrankenkassen betraut. Hier wurde mit Recht seitens der Ärzteschaft verlangt, daß die Betriebskrankenkassen unter Wahrung der Rechte der alten Stelleninhaber bzw. unter Innehaltung von bestimmten Terminen der freien Arztwahl zugeführt würden. Denn es ist nicht einzusehen, warum die Betriebskrankenkassen der Eisenbahn eine Ausnahme gegenüber den übrigen reichsgesetzlichen Kassen bilden sollen. Im Jahre 1906 kam die Frage in Fluß. Die zwölf Ärztekammern Preußens veranlaßten den Ärztekammerausschuß beim Minister die freie Arztwahl und die wirtschaftliche Besserstellung der Bahnärzte zu erwirken und erreichten, daß eine entsprechende Honorierung der Ärzte versprochen wurde. Von der Durchführbarkeit der freien Arztwahl konnte sich das Ministerium nicht überzeugen, gab aber insofern nach, als in einigen Orten, wo die organisierte freie Arztwahl besteht, den Vereinigungen die ärztliche Fürsorge für die erkrankten Kassenmitglieder versuchsweise übertragen werden sollte. Das ist in Frankfurt a. M., Danzig und Eberswalde mit gutem Erfolge geschehen, ohne daß die Finanzen der Kassen dadurch gelitten hätten. In Württenberg besteht ebenfalls bei den Eisenbahnbetriebskrankenkassen freie Arztwahl.

Unfallversicherung.

Die Unfallversicherung liegt in den Händen von 29 Ausführungsbehörden, wie schon früher erwähnt wurde, und wird außerdem für die privaten Betriebe von der Privatbahnberufsgenossenschaft und der Straßen- und Kleinbahnberufsgenossenschaft gehandhabt. Eine Übersicht über die Unfälle gibt nachstehende Tabelle, in der aus der Eisenbahnstatistik die Zahl der Eisenbahnzusammenstöße und Tötungen und Verletzungen sowohl des Personals als auch des reisenden Publikums angegeben ist.

Die Zusammenstöße, die den Massenunfällen in anderen Betrieben entsprechen, schwanken um 400 herum jährlich mit bedeutenden Abweichungen; die Entgleisungen, die zu derselben Kategorie gehören, schwanken in unregelmäßigen Ziffern um 500 herum. Die Zahl der Unfälle überhaupt, die zwischen 4500 und 5000 jährlich liegt, ist auch nicht nennenswert gestiegen oder gesunken. Wenn man von den verletzten Personen ausgeht, deren Zahl im Jahre 1880 2208 betrug, so findet man auch hier ganz unregelmäßig hinauf- und hinabgehende Ziffern, für das Jahr 1908 die Ziffer von 2445. Ähnlich sind die Ergebnisse, wenn man die verletzten Personen nach Personal und Reisenden scheidet. Dagegen findet man wesentlich andere Zahlen, wenn man die absoluten Ziffern der getöteten Personen betrachtet. Hier bemerkt man eine Steigerung von 4—500 auf 11—1200, der sowohl die Steigerung der tödlichen Unfälle beim Personal wie bei den Reisenden entspricht. Gegenüber diesen absoluten Werten ist die Reduktion der Zahlen entsprechend der Größe des Verkehrs interessant und bedeutungsvoll. Danach sind die Betriebsunfälle in Deutschland von 6,2 im Jahre 1901 auf 4,7 im Jahre 1910 zurückgegangen, wenn man die Zahlen auf eine Million Zugkilometer berechnet, und zwar hat dieser Rückgang sich regelmäßig fortgesetzt, ebenso wie in Preußen, während der Verein deutscher Eisenbahnverwaltungen allerdings ein kleines Ansteigen von 7,8 auf 8,5 aufweist. Die Entgleisungen sind von 0,92 auf 0,53, berechnet auf eine Million Zugkilometer, zurückgegangen, während sie in Amerika von 2,50 auf 2,81 gestiegen sind. Die Zusammenstöße sanken von 0,59 auf 0,42 (in Amerika von 3,46 auf 2,36),

Eisenbahnunfälle.

Jahr	Anzahl	Entgleisungen Jahr	Entgleisungen Anzahl	Zusammenstöße Jahr	Zusammenstöße Anzahl	Auf je 1 Million durchfahr. Zug-km Tötung. und Verletzungen Jahr	Auf je 1 Million durchfahr. Zug-km Tötung. und Verletzungen Anzahl
1880	3504	1880	483	1880	482	1880	10,8
1885	3499	1885	389	1885	263	1885	8,1
1890	3671	1890	553	1890	375	1890	9,9
1895	2965	1895	495	1895	263	1895	6,9
1900	3759	1900	634	1900	356	1900	7,0
1904	3495	1904	538	1904	309	1904	5,4
1905	3731	1905	538	1905	319	1905	5,7
1906	3991	1906	533	1906	391	1906	5,8
1907	4306	1907	557	1907	405	1907	5,9
1908	3675	1908	507	1908	313	1908	5,1

Verletzte Personen überhaupt Jahr	Verletzte Personen überhaupt Anzahl	Verletzte Beamte und Arbeiter Jahr	Verletzte Beamte und Arbeiter Anzahl	Verletzte Reisende Jahr	Verletzte Reisende Anzahl
1880	2208	1880	1873	1880	138
1885	1498	1885	1275	1885	68
1890	2485	1890	2030	1890	244
1895	1823	1895	1339	1895	265
1900	2447	1900	1496	1900	600
1904	2167	1904	1441	1904	422
1905	2340	1905	1469	1905	513
1906	2543	1906	1543	1906	602
1907	2796	1907	1719	1907	677
1908	2445	1908	1497	1908	600

Getötete Personen überhaupt Jahr	Getötete Personen überhaupt Anzahl	Getötete Beamte und Arbeiter Jahr	Getötete Beamte und Arbeiter Anzahl	Getötete Reisende Jahr	Getötete Reisende Anzahl
1880	454	1880	246	1880	26
1885	493	1885	291	1885	22
1890	730	1890	455	1890	46
1895	734	1895	412	1895	63
1900	994	1900	555	1900	121
1904	953	1904	566	1904	76
1905	1117	1905	602	1905	121
1906	1195	1906	709	1906	120
1907	1274	1907	724	1907	141
1908	1065	1908	611	1908	110

die Tötungen, berechnet auf eine Million Reisende, von 0,13 auf 0,06. Die Zahl der Tötungen und Verletzungen auf eine Million Reisende ergibt für das Jahr 1909 in Deutschland 0,47, in Amerika 11,85. Die Betriebssicherheit, die man bei uns ganz anders als in Amerika durch vermehrtes Personal zu erreichen sucht, während man drüben automatische Sicherungen bevorzugt, ist naturgemäß nicht nur für das Publikum wichtig, sondern auch für die Angestellten. Diese größere Betriebssicherheit, die sich in den genannten Zahlen ausdrückt, ist somit auch bedeutungsvoll für die sozialmedizinische Beurteilung der Unfallversicherung im Eisenbahnbetriebe.

Wenn wir nun auf die Ergebnisse der Unfallversicherung selbst eingehen, so müssen wir die privaten Bahnbetriebe zunächst von den Staats-

betrieben sondern. Die Staatsbetriebe sind mit den Post- und Telegraphenbetrieben zusammengefaßt. Bei den Staatseisenbahnen ist die Zahl der erstmalig entschädigten Unfälle auf 1000 Vollarbeiter von 6,99 (1897) gestiegen auf 7,87 (1905) und dann abgesunken auf 7,42 in 1906, 6,92 in 1907, 7,25 in 1908, 7,23 in 1909, 6,26 in 1910.

Bei den privaten Bahnbetrieben stiegen die Ziffern entsprechend von 5,42 auf 7,20 im Jahre 1906. Seitdem verhalten sich die Zahlen folgendermaßen:

	Privatbahnbg.	Straßen- und Kleinbahnbg.
1907	5,56	6,98
1908	7,00	7,25
1909	5,35	6,43
1910	5,22	5,96

Im allgemeinen schneiden die Privatbetriebe verhältnismäßig schlechter ab, wenn man das größere Gefahrenrisiko der durch den Schnellzugsverkehr belasteten Staatsbahnen berücksichtigt, jedoch sind die Zahlen der Privatbahnen kleiner (rund 100 000) und darum auch eher Zufälligkeiten unterworfen. Auch ändert sich hier mit den Jahren die Zusammensetzung, weil die Ansprüche an die Kleinbahnen in letzter Zeit überall gesteigert werden, und die Zahl der Schnellbahnen im Nahverkehr zunimmt. Da die durchschnittliche Verletztenziffer der gewerblichen Unfallversicherung in den Jahren 1909 und 1910 8,79 bzw. 8,19 betrug, so steht also der gesamte Eisenbahnbetrieb unter dem Durchschnitt, obwohl die Gefährlichkeit des Betriebes weit höher ist als sonst dem Durchschnitt der gewerblichen Unfallversicherung entspricht.

Die Statistik der Unfallhäufigkeit im Eisenbahnbetriebe, wie sie uns aus den Jahresberichten der Träger der Unfallversicherung bekannt ist, wird wesentlich ergänzt durch die Erhebungen der Gewerbeunfallstatistik von 1907. Dort sind alle Unfälle berücksichtigt, die sich beim Betriebe von Eisenbahnen überhaupt ereigneten. Einer Gesamtzahl von 7886 Unfällen stehen hier 1072 tödliche Unfälle gegenüber. Während also der Prozentsatz der tödlichen Unfälle im gesamten Bahnbetriebe überhaupt 13,50 (im staatlichen Betriebe 28,8%) betrug, war die Zahl der tödlich Verletzten 1910 in der gewerblichen Unfallversicherung 7,65% der erstmalig Entschädigten, bei der Knappschaftsberufsgenossenschaft 12,97. Diese hohe Ziffer beweist die enorme Gefährlichkeit des Eisenbahnbetriebs zur Genüge, wenn auch die Massenunfälle mit ihren tödlichen Verletzungen in Abzug zu bringen wären, Die nächste Tabelle gibt einen Überblick über die verschiedenen Betriebe, bei denen

Es ereigneten sich:					
in den Betrieben der Staatsbahnen	1540	Unfälle, darunter	444	Todesfälle,
,, ,, ,, ,, Privatbahnen	95	,, ,,	32	,,
,, ,, ,, ,, Straßenbahnen	220	,, ,,	19	,,
beim Betriebe auf Fabrik- und Anschlußgleisen	773	,, ,,	108	,,
,, ,, von Seil- und Kettenbahnen. .	415	,, ,,	25	,,
,, ,, von Grubenbahnen	2724	,, ,,	223	,,
,, ,, auf den Materialtransportbahnen	1727	,, ,,	111	,,
zusammen . . .	7494	Unfälle, darunter	967	Todesfälle.

die Unfälle zustande kommen, und über ihre verschiedenartige Gefährlichkeit. Den 1540 Unfällen auf Staatsbahnen stehen 2724 Unfälle auf Grubenbahnen und 1727 Unfälle auf Materialtransportbahnen gegenüber.

Des weiteren sollen nur wieder die staatlichen und die in der Privatbahn- und Straßen- und Kleinbahnberufsgenossenschaft vorhandenen Be-

triebe berücksichtigt werden. Dabei ergibt sich, daß einige Arbeitsverrichtungen sich in ganz charakteristischer Weise an der Entstehung der Unfälle beteiligen. Die meisten Unfälle ereignen sich beim Überschreiten

Zusammenstellung der Unfälle nach Arbeitsverrichtungen (1907).

	Staatseisenbahn		Privatbahn-Berufsgenossenschaft		Straßen- und Klein-Bahn-Berufsgenossenschaft	
	Zahl der Unfälle	darunter Todesfälle	Zahl der Unfälle	darunter Todesfälle	Zahl der Unfälle	darunter Todesfälle
Beim Überschreiten der Gleise und beim Aufenthalt an und zwischen den Gleisen	289	139	12	6	11	3
Beim Auf- und Abspringen während der Fahrt	97	24	15	5	40	7
Beim Auf- und Absteigen von stehenden Fahrmitteln	37	4	4	1	—	—
Bei der Heimfahrt auf Eisenbahnfahrzeugen	56	35	—	—	—	—
Beim An- und Abkuppeln von Wagen	202	51	8	2	46	3
Beim Hinein- oder Heraustreten aus dem Kuppelungsraum	136	59	11	1	—	—
Beim Verschieben der Wagen	61	6	11	4	17	2
Beim Bremsen der Wagen	19	4	—	—	—	—
Beim ruckweisen Anziehen oder Anhalten der Züge	112	10	5	3	13	—
Beim Entgleisen und bei Zusammenstößen	63	17	9	3	32	1
Beim Vorbeugen des Körpers von den Fahrzeugen	39	7	5	3	6	—
Beim Öffnen und Schließen der Wagentüren	11	—	1	—	2	—
Beim Putzen und Reinigen der Wagen	44	4	2	1	—	—
Beim Verladen von Gütern	12	—	—	—	—	—
Bei Arbeiten an Lokomotiven (Schmieren, Putzen, Reinigen, Heizen)	31	2	2	—	—	—
Bei Montage- und Reparaturarbeiten	32	—	2	—	5	—
Beim Materialtransport auf freier Strecke	20	4	1	—	—	—
Bei der Fahrt auf Draisinen	4	1	—	—	—	—
Bei der Fahrt auf Bahnmeisterwagen	61	4	—	—	—	—
Bei Arbeiten an Drehscheiben und Schiebebühnen	17	—	—	—	—	—
Bei Bedienung und Reinigung der Weichen	19	8	1	1	—	—
Bei Oberbau- und Streckenbauarbeiten	38	17	2	1	—	—
Bei der Streckenrevision	7	7	—	—	6	2
Beim Schließen der Wegeschranken	1	—	—	—	—	—
Beim Einlegen der Kontaktstange an die Oberleitung	—	—	—	—	8	—
Bei sonstiger u. nicht ermittelter Tätigkeit	132	41	4	1	34	1
Summe	1540	444	95	32	220	19

der Gleise und beim Aufenthalt an den Gleisen, hier ist auch die Gefährlichkeit so groß, daß die Hälfte der Verunglückten zu Tode kommen. Ebenso häufig führt das An- und Abkuppeln von Wagen zu Unfällen, bei denen aber nur der vierte Teil der Betroffenen tödlich verletzt wird. Sodann ereignen sich die meisten Unfälle beim Hinein- oder Heraustreten aus dem Kuppelraum. Gefährlich ist auch das ruckweise Anziehen und Anhalten der Züge, das Auf- und Abspringen während der Fahrt usw., nicht minder

aber auch die Arbeiten, die auf den Gleisen zwischen den Stationen vorgenommen werden. In Übereinstimmung damit steht eine Tabelle, auf der die Unfälle nach der Art des Dienstes getrennt sind. Den Unfällen beim

im Fahrdienst	170	Unfälle, darunter	46	Todesfälle.
„ Rangierdienst	684	„ „	186	„
„ Weichenwärterdienst	48	„ „	19	„
„ Bahnhofsdienst	199	„ „	45	„
„ Güterbodendienst	43	„ „	8	„
„ Werkstättendienst	77	„ „	6	„
„ Bahnunterhaltungsdienst	196	„ „	64	„
„ Bahnbewachungsdienst	43	„ „	31	„
beim Materialtransport, bei Draisinen- und Heimfahrten	80	„ „	39	„
zusammen	1540	Unfälle, darunter	444	Todesfälle.

Kuppelungsbetrieb entspricht die hohe Unfallhäufigkeit im Rangierdienst, den Unfällen beim Überschreiten der Gleise und ähnlichen die Unfallhäufigkeit im Bahnhofsdienst, dann folgt der Bahnunterhaltungsdienst und dann erst der Fahrdienst. Es ist eigenartig, daß der so gefährlich erscheinende Beruf des Lokomotiv- und Fahrpersonals seltener zu Unfällen führt als selbst der Bahnhofsdienst, und daß er viel weniger gefährlich ist als der Bahnunterhaltungsdienst und der Rangierdienst. Es ist anzunehmen, daß mehrere Gründe h erbei mitspielen. Beim Fahr- und Lokomotivdienst handelt es sich meist um Leute mit guter Schulbildung, die auch ein Examen hinter sich oder vor sich haben, um als Beamte angestellt werden zu können. Die Leute haben ferner das Gefühl ihrer Verantwortlichkeit und werden seitens der Behörde bei der Dienstverteilung besonders geschont. Bei den andern Beschäftigungen kommen vielfach junge Leute in Frage, die erst kurze Zeit beim Eisenbahndienst beschäftigt sind, der ungebildeten Arbeiterbevölkerung angehören und sorglos und oft leichtsinnig handeln. In der bayerischen Statistik erwies sich als meistgefährdet das Bremspersonal, dessen Zusammensetzung im stärksten Gegensatz zu der Elite des Lokomotivpersonals steht.

Die Unfallverhütung liegt in den Händen der Verwaltung, deren soziale Fürsorge ja so bekannt ist, daß gerade hierin die besten Garantien für mustergültige Einrichtungen geboten sind. Auf das Rettungswesen bei Eisenbahnunglücksfällen komme ich an anderer Stelle (S. 469) zu sprechen. Jeder Betriebsgruppe von Arbeitern und Angestellten werden besondere Unfallverhütungsvorschriften in die Hand gedrückt und in mündlichem Vortrag erläutert. Wie überall, so ist auch hier der Nutzen gering. Stich klagt, daß die Arbeiter sich wenig darum kümmern. „Ganz besonders bringen die Eisenbahnbediensteten und -arbeiter den Einrichtungen ein Mißtrauen entgegen, die ihnen ihre gewohnten Handgriffe etwas erschweren oder ändern; auch sind sie der unerschütterlichen Überzeugung, alle diese Vorschriften seien nur gemacht, um den Staat bzw. die Eisenbahnverwaltungen zu schützen vor den Entschädigungsansprüchen der Verletzten; selten schwingt sich ein Bediensteter zu dem idealen Gedanken auf, daß diese Einrichtungen in allererster Linie entstanden sind, um die Arbeiterschaft vor Schaden zu bewahren."

Für das Heilverfahren ist vorzüglich gesorgt, weil die Verwaltung sowieso alle Veranlassung hat, sich die Dienstfähigkeit ihrer Angestellten zu erhalten. Da in ihrer Hand auch die Betriebskrankenkassen sind, so ist auch die Kassenverwaltung in diesem Falle an der Wiederherstellung des Verletzten interessiert. Im Jahre 1909 wurden in den Staatsbetrieben im

ganzen 5718 Personen von den Trägern der Unfallversicherung in Heilbehandlung genommen, die Kosten des Heilverfahrens betrugen 308 000 M., während die Renten an Verletzte 7 Millionen Mark ausmachten. Bei der Privatbahnberufsgenossenschaft wurden 165 Personen behandelt. Die Ausgaben betrugen dafür fast 10 000 M., die Kosten für Unfallrenten 188 000 M. Bei der Straßen- und Kleinbahnberufsgenossenschaft wurden 446 Personen mit einem Aufwande von mehr als 33 000 M. behandelt, die Unfallrenten betrugen fast 600 000 M.

Die Durchführung der Versicherungsbestimmungen ist in keiner Weise von der sonst üblichen abweichend. Seit dem 1. Januar 1900 war den Schiedsgerichten für Arbeiterversicherung, die bereits für die Eisenbahnpensionskassen bestanden, die Entscheidung über Streitigkeiten in der Unfallversicherung übertragen. Diese Schiedsgerichte sind durch die RVO. in besondere Oberversicherungsämter umgewandelt. Besondere Oberversicherungs ämter dürfen für Betriebsverwaltungen und Dienstbetriebe des Reiches oder der Bundesstaaten, die eigene Betriebskrankenkassen haben, und ferner für Gruppen von Betrieben errichtet werden, für deren Beschäftigte Sonder anstalten die Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung besorgen (§ 63 RVO.). Da für die Staatsbetriebe sowohl die eine wie die andere Voraussetzung besteht, obwohl eine genügen würde, sind besondere Oberversicherungsämter eingerichtet. Die 20 preußischen Oberversicherungsämter sind den Regierungspräsidenten unterstellt, in deren Bezirk der Sitz der betreffenden Eisenbahndirektion liegt. Ferner bestehen besondere Oberversicherungsämter in München für die kgl. bayerische Staatseisenbahnverwaltung, in Dresden für die kgl. sächsiche Eisenbahnverwaltung, in Karlsruhe für die badischen Bahnen und Salinen, in Straßburg für die Reichseisenbahnen und in Mainz für den hessischen Direktionsbezirk.

Es sei noch darauf hingewiesen, daß die oberste Verwaltungsbehörde nach der RVO. auch Aufgaben des Versicherungsamts Organen von staatlichen Betriebskrankenkassen und Sonderanstalten übertragen kann, wenn die Organe mindestens zur Hälfte aus Versicherungsvertretern bestehen, die aus geheimer Wahl hervorgegangen sind. Spruchbefugnisse können nicht übertragen werden (§ 112). Wieweit eine derartige Übertragung stattfindet, ergibt sich später bei der Invalidenversicherung.

Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

In Preußen bestanden schon vor Einführung der Invalidenversicherung 2 Pensionskassen für Arbeiter, die in ihren Leistungen über den Rahmen der gesetzlichen Versicherung hinausgingen und deshalb bei der Durchführung der Invalidenversicherung nicht außer acht gelassen werden konnten. Man entschloß sich daher, die Invalidenversicherung zugleich von diesen Pensionseinrichtungen durchführen zu lassen und alle Zweige zu einem einheitlichen Ganzen zu verschmelzen. Seit dem 1. Januar 1891 ist eine einheitliche Pensionskasse eingerichtet, die das gesamte versicherungspflichtige Personal der preußisch-hessischen Staatseisenbahnverwaltung umfaßt und in zwei Abteilungen, A und B, zerfällt. In der Schilderung der Pensionskasse folge ich den im Reichsarbeitsblatt gemachten Ausführungen.

Der Abteilung A, welche das gesamte versicherungspflichtige Personal umfaßt, wurden alle Aufgaben einer Versicherungsanstalt übertragen, so daß die Mitglieder sowohl hinsichtlich der Beiträge, als auch der Ansprüche

den bei einer reichsgesetzlichen Anstalt Versicherten völlig gleichgestellt sind. Der Abteilung B werden alle Mitglieder der Abteilung A zugewiesen, soweit sie in dauernde, d. h. länger als einjährige Beschäftigung getreten sind. Sie trifft eine besondere, weitergehende Fürsorge dadurch, daß sie bei Invalidität einen Rentenzuschuß, beim Mangel von Ansprüchen auf staatliche Renten Ausnahmerenten, nach dem Tode der Mitglieder Witwen- und Waisengelder, bei Todesfällen Sterbegelder gewährt.

Die Verwaltung trägt die Kosten der Kassen- und Rechnungsführung und leistet außerdem in beiden Abteilungen zunächst gleich hohe Beiträge wie die Mitglieder. Bei der Abteilung A entspricht das den gesetzlichen Vorschriften, bei der Abteilung B ist diese Leistung freiwillig. Die Kassenleistungen der Abteilung B sind mehrfach und zum Teil sehr erheblich erweitert worden. So sind die Renten und das Witwengeld in Laufe der Jahre fünfmal erhöht worden. Die Beiträge betragen wöchentlich:

Lohnklasse	Jahresarbeitsverdienst	Abteilung A Beiträge	Abteilung B Beiträge	
		männl./weibl.	männl.	weibl.
I	bis 350 M.	16 Pf.	—	—
II	351— 550 ,,	24 ,,	38 Pf.	16 Pf.
III	551— 850 ,,	32 ,,	56 ,,	24 ,,
IV	851—1050 ,,	40 ,,	76 ,,	32 ,,
V	1051—1200 ,,	48 ,,	88 ,,	36 ,,
VI	1201—1350 ,,	48 ,,	102 ,,	42 ,,
VII	1351—1500 ,,	48 ,,	116 ,,	48 ,,
VIII	über 1500 ,,	48 ,,	128 ,,	52 ,,

Die erheblichen Leistungen der Abteilung B sind nur dadurch möglich, daß die Verwaltung außer einem laufenden Zuschuß noch ein Sechstel der Gesamtbeiträge freiwillig übernahm. Die Zusatzrente und die jährliche Witwenpension aus Abteilung B sind aus folgender Tabelle (s. S. 648 u. 649) ersichtlich.

Die übrigen Eisenbahnverwaltungen haben Pensionskassen, die ebenfalls in die Abteilungen A und B zerfallen. Eine Übersicht über diese verschiedenen Pensionskassen, die in ihrer Abteilung A stets als Sonderanstalten der Reichsversicherung, in ihrer Abteilung B als Zuschußkassen wirken, gibt folgende Tabelle (s. S. 648 u. 649), aus der auch die Leistungen ersichtlich sind.

Die Freizügigkeit der Mitglieder ist dadurch gewährleistet, daß ihnen beim Übertritt in eine andere versicherungspflichtige Beschäftigung auf Grund der RVO. die für die Sonderanstalt (Abt. A) geleisteten Beiträge angerechnet werden. Aber der Vorstand ist auch weiterhin befugt, Mitglieder der Abteilung B einer andern deutschen Staatseisenbahnverwaltung beim Dienstübertritt in seine eigene Abteilung B aufzunehmen; es ist vorgesehen, daß dann das Eintrittsgeld und die Beiträge einschließlich des Verwaltungszuschusses von der einen Pensionskasse an die andere überwiesen werden können.

Aus der Verwaltung der Arbeiterpensionskassen möge noch folgendes erwähnt werden. In Preußen sind zur Verwaltung beider Kassenabteilungen berufen:

1. die Hauptversammlung,
2. der Vorstand,
3. die Bezirksausschüsse.

Leistungen der Preußischen
(Nach dem

Lohnklasse	Höhe der jährlichen Zusatzrente in Mark nach Vollendung von Mitgliedsjahren bei Abt. B.							
	5—10	15	20	25	30	35	40	für jedes weitere Jahr mehr
Lohnklasse II (bis 550 M.)	99	132	165	198	231	264	297	6,60
Lohnklasse III (551—850 M.)	132	176,40	220,20	264	308,40	352,20	396	8,80
Lohnklasse IV (851—1050 M.)	154,80	207	259,20	311,40	363,60	415,80	468,00	10,45
Lohnklasse V (1051—1200 M.)	176,40	237	297,60	358,20	418,80	478,80	539,40	12,10
Lohnklasse VI (1201—1350 M.)	198,00	267	336	404,40	473,40	541,80	610,80	13,75
Lohnklasse VII (1351—1500 M.)	220,20	297	374,40	451,20	528	605,40	682,20	15,40
Lohnklasse VIII (über 1500 M.)	242,40	327,60	412,80	498	583,20	668,40	753,60	17,05

Die Pensionskassen der deutschen
Ende des

	Preußen-Hessen		Reichslande	
	Abt. A	Abt. B	Abt. A	Abt. B
Mitglieder	323 296	313 285	16 830	14 135
(weibliche)	(9 587)	(4 437)	(608)	(124)
Beiträge der Mitglieder[1]	2 280 288 M.	5 398 635 M.	128 585 M.	248 761 M.
Beiträge der Verwaltung	2 280 288 „	5 398 635 „	127 862 „	243 875 „
Zuschuß der Verwaltung	—	1 986 505 „	—	81 650 „
Renten	2 723 932 „	2 766 415 „	153 911 „	181 769 „
Witwengeld	—	2 300 444 „	—	108 508 „
Waisengeld	—	605 948 „	—	26 923 „
Sterbegeld	—	156 090 „	—	5 889 „
Heilverfahren	617 509 „[2]	—	67 317 „[3]	—
Invalidenhauspflege	49 491 „	—		—
Vermögen	42 061 232 „	120 190 705 „	2 747 843 „	7 157 288 „
Gemeinvermögen	1 325 138 „	—	—	—
Zuwendung aus dem Vermögen der Abteilung A	—	599 571 „	—	—

Die Hauptversammlung besteht aus Vertretern der Pensionskassenmitglieder und der Staatseisenbahnverwaltung. Die Vertreter der Kassenmitglieder werden von den Vertretern für die Krankenkassen aus der Zahl der einem Bezirksausschuß angehörenden Kassenmitglieder auf die Dauer von 5 Jahren gewählt. Der Vorstand besteht: 1. aus 8 Kassenmitgliedern,

[1]) Meist höher als die Verwaltungsbeiträge wegen der freiwilligen Mitglieder.

[2]) Insgesamt für Heilbehandlung 877 866 M., wovon 260 377 M. durch Krankenkassen und andere Verpflichtete ersetzt wurden.

[3]) Außerdem wurden 23 204 M. für Heilbehandlung aufgewendet, die durch Krankenkassen usw. ersetzt wurden.

Arbeiterpensionskasse, Abteilung B.
1. Juli 1910.)

Lohnklassse	Höhe des jährlichen Witwengeldes in Mark nach Vollendung von Mitgliedsjahren des verstorbenen Ehemannes in Abt. B.							
	5—10	15	20	25	30	35	40	für jedes weitere Jahr mehr
Lohnklasse II (bis 550 M.).	88,20	103,80	118,80	134,40	150	165	180,60	3,08
Lohnklasse III (551—850 M.)	121,20	143,40	165	187,20	209,40	231	253,20	4,40
Lohnklasse IV (851—1050 M.)	154,20	182,40	210,60	238,20	266,40	294,60	322,80	5,61
Lohnklasse V (1051—1200 M.)	170,40	203,40	236,40	269,40	302,40	335,40	368,40	6,60
Lohnklasse VI (1201—1350 M.)	192	229,80	267,60	306	343,80	381,60	419,40	7,59
Lohnklasse VII (1351—1500 M.)	212,40	255,60	298,20	341,40	384	427,20	469,80	8,58
Lohnklasse VIII (über 1500 M.)	234	282	330	377,40	425,40	473,40	521,40	9,57

Eisenbahnverwaltungen.
Jahres 1910.

Bayern		Sachsen		Baden	
Abt. A	Abt. B	Abt. A	Abt. B	Abt. A	Abt. B
44 801	35 889	30 563	27 135	18 484 [6])	16 116
(3 035)	—	—	—	—	—
538 299 M.	724 429 M.	239 252 M.	505 889 M.	158 521 M.	285 157 M.
334 880 „	1 205 638 „	235 500 „	599 594 „	154 670 „	280 981 „
—	629 688 „	—	30 621 „	—	194 679 „
312 914 „	342 478 „	290 978 „	**435 739** „	166 231 „	81 175 „
—	280 706 „	—	310 463 „	—	84 668 „
—	45 055 „	—	59 498 „	—	26 722 „
—	10 890 „	—	13 550 „	—	5 274 „
126 790 „[4])	—	82 102 „[5])	—	**162 366** „ [7])	—
298 „	—	**17 810** „	—	915 „	—
6 333 547 „	20 552 674 „	5 844 991 „	15 038 852 „	2 982 645 „	8 269 500 „
189 127 „	—	135 635 „	—	92 946 „	—
—	—	—	—	—	—

die von der Hauptversammlung gewählt sind, 2. aus einem von der Aufsichtsbehörde ernannten höheren Beamten als Vertreter der Staatseisenbahnverwaltung. Der Bezirk der Pensionskasse zerfällt in örtliche Verwaltungsbezirke. Dieselben decken sich mit den Bezirken der Eisenbahndirektionen. In den örtlichen Verwaltungsbezirken der Pensionskasse bildet der Vorstand

[4]) Für Heilverfahren wurden 49 681 M. von Krankenkassen usw. vereinnahmt.
[5]) Ersatzleistungen anderer Verpflichteter zu den Kosten des Heilverfahrens 29 811 M.
[6]) Davon 224 in der Salinenverwaltung.
[7]) Davon sind durch die Betriebskrankenkasse, den Zuschuß der Eisenbahnverwaltung usw. 123 047 M. ersetzt.

der Betriebskrankenkasse zugleich den Bezirksausschuß der Pensionskasse. Anträge auf die Leistungen der Abteilung A sind an den nächsten Dienstvorgesetzten oder den zuständigen Bezirksausschuß schriftlich zu richten (§§ 1613, 1616 RVO.). Der Vorsitzende des Bezirksausschusses stellt die nötigen Ermittelungen an (§ 1617), der Bezirksausschuß behandelt die Sache wie sonst das Versicherungsamt. Der Vorsitzende des Bezirksausschusses übersendet schließlich die Verhandlungen und das Gutachten dem Vorstande (§ 1625). Über die Anträge auf Leistungen aus der Abteilung A entscheidet der Vorstand der Pensionskasse. Gegen die Bescheide des Vorstandes ist das Rechtsmittel der Berufung an das zuständige Eisenbahnoberversicherungsamt zulässig (§ 1675). Über die Anträge auf die Leistungen der Abteilung B entscheidet nach Anhörung des Dienstvorgesetzten der Bezirksausschuß. Gegen den Bescheid ist Berufung an den Vorstand der Pensionskasse möglich.

In Bayern wird die Pensionskasse durch den Vorstand und den Ausschuß verwaltet. Der Ausschuß besteht aus Vertretern der Kassenmitglieder und der arbeitgebenden Verwaltungen. Als Vertreter der Kassenmitglieder haben die zum Ausschuß der Betriebskrankenkasse I und II der Eisenbahnverwaltung und die zum Ausschuß der Postkrankenkasse gewählten Vertreter zu gelten. Der Kassenvorstand besteht 1. aus 7 Kassenmitgliedern, von denen 6 je einem der Direktionsbezirke und einer der Post- und Telegraphenverwaltung angehören, 2. aus 2 Mitgliedern, die vom Ministerium ernannt sind. Anträge auf Leistungen der Abteilung A sind bei dem Versicherungsamt oder bei der Gemeindebehörde oder bei einer Dienststelle schriftlich anzumelden (§ 1616). Die Dienststellen haben den Antrag unverzüglich an das zuständige Versicherungsamt weiterzuleiten. Dieses bereitet wie sonst die Sache vor und gibt sie mit seinem Gutachten an den Vorstand der Pensionskasse ab. Der Vorstand erteilt den schriftlichen Bescheid. Gegen die Bescheide ist Berufung an das Oberversicherungsamt zulässig. Über Anträge auf Leistungen der Abteilung B entscheidet ebenfalls der Kassenvorstand, jedoch findet hier eine Vorbereitung der Sache durch das Versicherungsamt nicht statt.

In Baden sind die Organe der Pensionskasse:

1. der Vorstand,
2. der Ausschuß,
3. der Sonderausschuß.

Der Vorstand besteht aus:

1. den 5 gewählten Vorstandsmitgliedern der Eisenbahnbetriebskrankenkasse,
2. einem Versicherten aus dem Gebiete der Salinenverwaltung,
3. aus den 2 beamteten Vorstandsmitgliedern der Betriebskrankenkasse.

Der Ausschuß der Pensionskasse besteht aus Vertretern der Kassenmitglieder und der Arbeitgeber. Der Sonderausschuß besteht aus dem Vorsitzenden, der von der Großherzoglichen Generaldirektion ernannt wird, und aus 2 Kassenmitgliedern als Beisitzern. Dem Sonderausschuß sind die Aufgaben des Versicherungsamts übertragen (§ 112). An ihn gehen die Anträge auf Versicherungsleistungen aus der Abteilung A, er stellt die Ermittlungen an und gibt die Sache mit seinem Gutachten an den Vorstand ab. Dieser trifft die Entscheidung. Gegen die Bescheide ist Berufung an das in Karlsruhe errichtete besondere Oberversicherungsamt zulässig. Anträge auf die Leistungen der Abteilung B gehen an den Vorstand und werden von diesem entschieden.

In Elsaß-Lothringen sind die Aufgaben des Versicherungsamts dem Vorstand der Pensionskasse der Reichseisenbahnen übertragen.

Bei allen Pensionskassen werden die Beiträge nicht durch Einkleben von Marken in Quittungskarten erhoben, sondern durch die Lohnzahlstellen den Pensionskassen zugeführt und von den örtlichen Bezirksausschüssen oder Ausschüssen aufgezeichnet.

Aus den umfangreichen Erhebungen, die sich auf die Ausscheidung der Beamten, Hilfsbeamten und Arbeiter durch Pensionierung oder Rentengewährung beziehen, möge hier wegen der charakteristischen Differenzen kurz auf die Verschiedenheit des Geschlechts und der Dienstkategorien eingegangen werden, obwohl nicht nur das Arbeiterpersonal dabei berücksichtigt worden ist. Im Jahre 1910 schieden in Preußen-Hessen und den Reichslanden aus:

	Überhaupt		Durch Unfall	
	männl. %	weibl. %	männl. %	weibl. %
I. Kanzleidienst	1,12	3,97	0,91	2,08
II. Bahnhofsdienst	0,83	1,13	1,27	0,24
III. Innere Abfertigung	1,15	1,08	0,18	—
IV. Lokomotivdienst	0,86	—	0,26	—
V. Zugdienst	0,98	0,98	0,23	0,98
VI. Eisenbahnbewachung und -Unterhaltung	1,06	1,93	0,09	0,15
VII. Werkstätten- und Maschinendienst	1,05	—	0,13	—
Insgesamt	0,97	1,68	0,14	0,34

Den größten Ausscheidungskoeffizienten hat somit das Kanzleipersonal sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen, dann folgt Bewachung und Unterhaltung, innere Abfertigung und Werkstättendienst. Der Lokomotivdienst steht erst an zweitletzter Stelle. Fast durchweg ist der Ausscheidungskoeffizient der Frauen größer, zum Teil sogar erheblich größer als der des männlichen Personals. Im allgemeinen erfolgt die Ausscheidung in den jüngeren Jahren nur in unbedeutendem Umfange und steigert sich langsam bis zum 50. Lebensjahre, dann folgt ein rapides Emporschnellen bis zum 60. Lebensjahre, worauf der Ausscheidungskoeffizient wieder schnell abnimmt. Bei den einzelnen Dienstgruppen tritt die Häufung einmal früher, einmal später auf. Dies ist durch die Verschiedenheit der dienstlichen Anstrengung bedingt, jedoch sind die Unterschiede nicht so grundsätzlicher Art, daß ein näheres Eingehen sich darauf verlohnte. Bemerkenswert ist das Verhältnis, das zwischen Kilometerzahl eines Direktionsbezirks und Ausscheidungskoeffizient besteht. Je größer die Kilometerteile sind, die auf die einzelne Person entfallen, umso höher ist auch der Ausscheidungskoeffizient. Es wächst also mit der Größe der Arbeitslast auch der Ausscheidungskoeffizient.

Die Ursachen für die Ausscheidung sind bei den einzelnen Dienstgruppen die nämlichen wie für die Krankheiten, die bei ihnen hauptsächlich verbreitet sind, so daß hierauf nicht näher eingegangen zu werden braucht.

Die gesetzlichen Pflichtleistungen der Invalidenversicherung sind aus der früher gegebenen Übersicht über die einzelnen Pensionskassen ersichtlich. Von den weitergehenden Leistungen ist noch auf die Heilbehandlung und die Invalidenhauspflege näher einzugehen. Nachstehende Übersicht gibt einen Vergleich über die Heilbehandlung bei den einzelnen Arbeiterpensionskassen.

Die Heilbehandlung bei den Arbeiterpensionskassen der deutschen Staatsbahnen 1910.

	Pensionskasse für die Arbeiter der				
	preußischen	bayerischen	sächsischen	badischen	Reichseisenbahnen im Elsaß
	Staatseisenbahnen				
a) Ständige Heilbehandlung wegen Lungentuberkulose.					
Zahl der behandelten Personen . . .	1 422	216	81	115	108
Verpflegungstage überhaupt	89 664	18 046	8 300	9 512	7 042
„ für eine Person . .	63	84	102	83	65
Kostenaufwand überhaupt . . . . . M	601 453	108 622	47 469	66 069	49 859
für eine Person . . . . . „	422,96	502,88	586,04	574,51	461,66
für einen Verpflegungstag . . „	6,71	6,02	5,72	6,95	7,08
Von dem Kostenaufwand fallen auf Familienunterstützung . „	148 915	34 507	16 836	20 922	15 056
sind von Krankenkassen, Gemeinden erstattet . . . . „	166 367	37 355	18 026	25 647	18 410
b) Ständige Heilbehandlung wegen anderer Krankheiten als Lungentuberkulose.					
Zahl der behandelten Personen . . .	710	166	138	102	47
Verpflegungstage überhaupt	24 024	6 286	4 587	3 199	1 845
„ für eine Person . .	34	38	33	31	39
Kostenaufwand überhaupt . . . . . M	163 312	40 952	26 836	16 356	11 891
für eine Person . . . . . „	230,02	246,70	194,46	160,35	253,00
für einen Verpflegungstag . . „	6,80	6,51	5,85	5,11	6,44
Von dem Kostenaufwand fallen auf Familienunterstützung . . . . . „	48 240	12 431	10 021	5 884	4 320
sind von Krankenkassen, Gemeinden erstattet . . . . „	45 652	12 417	10 872	8 792	4 794

Die preußische Pensionskasse, Abteilung A, macht in beträchtlichem Umfange von ihrem Rechte zur Übernahme des Heilverfahrens erkrankter Mitglieder Gebrauch. Insbesondere wird lungenkranken Mitgliedern diese Fürsorge zuteil, an der auch die Eisenbahnbetriebskrankenkassen mitwirken, indem sie der Pensionskasse die einen Heilerfolg versprechenden Krankheitsfälle rechtzeitig überweisen und das den Mitgliedern zustehende volle Krankengeld zur Verfügung stellen. Die Pensionskasse zahlt den Familien verheirateter Kurbefohlener während der Dauer des Heilverfahrens eine Unterstützung in Höhe des vollen Krankengeldes, während sie gesetzlich nur verpflichtet wäre, ihnen die Hälfte des Krankengeldes zu überlassen. Von den einzelnen Heilstätten habe ich schon gesprochen, ebenso von der Heilbehandlung bei Tuberkulose.

Die Invalidenhauspflege ist besonders in Sachsen verbreitet, wenn man die Zahl der versicherten Personen berücksichtigt. Hier werden bei 30 000 Mitgliedern fast 18 000 M. aufgewendet. Preußen-Hessen gibt für Invalidenpflege 50 000 M. bei 300 000 Mitgliedern aus. Die preußische Pensionskasse besitzt 3 Invalidenheime, Jenkau, Birkenwerder und Herzberg, die am 1. Januar 1910 einen Bestand von 40, 33 und 55 Personen hatten. Außerdem waren Ende des Jahres noch 13 Invaliden in fremden Anstalten untergebracht. An den Gesamtausgaben für Invalidenhauspflege beteiligen sich die Abteilungen A und B in Preußen-Hessen etwa zu gleichen Teilen.

Erwähnt sei noch, daß die Arbeiterpensionskasse der Königlich Sächsischen Staatseisenbahnen und die Pensionskasse der Reichseisenbahnen für einen Teil ihrer Mitglieder Wohnungen mit einem Gesamtaufwande von 1 233 618 M. errichtet haben.

Die Durchführung der sozialen Versicherung im staatlichen Eisenbahnbetriebe gehört zu den erfreulichsten Erscheinungen auf diesem Gebiete. Das Interesse der Verwaltung an der Erhaltung einer tüchtigen und gesunden Arbeiterschaft geht hier Hand in Hand mit den Erfordernissen des Betriebs. Besonders zu betonen ist, daß die soziale Versicherung hier nicht ein Mittel zur Verhetzung zwischen Arbeiterschaft und Arbeitgeber geworden ist, sondern im Gegensatz dazu als Teil der sozialen Fürsorge auch von den Arbeitern anerkannt wird. Gerade im Eisenbahnbetriebe hört man andererseits auch am wenigsten von dem schädigenden Einfluß, den die soziale Gesetzgebung gehabt haben soll.

Literatur.

Schwechten, Die Krankheiten der Eisenbahnarbeiter. Im Handbuch der Arbeiterkrankheiten. Jena 1908.

Die Wohlfahrtseinrichtungen der bayr. Staatseisenbahnen, bearbeitet im k. bayr. Staatsministerium f. Verkehrsang. (1906).

Schwechten, Einwirkung der Berufstätigkeit im Verkehrswesen auf die Gesundheit. Bericht für den XIV. intern. Kongreß f. Hygiene und Demogr. Berlin 1908.

von Csatáry, Einwirkung der Berufstätigkeit im Verkehrswesen auf die Gesundheit. Ebenda.

Stich, Die Verletzungen im Eisenbahnbetriebe und ihre Verhütung. Ebenda.

Schwechten, Eisenbahnhygiene. Jena 1904.

Die Arbeitsverhältnisse der Eisenbahnarbeiter in Preußen. Reichsarbeitsblatt 1911, S. 831.

Herzfeld, Die Eisenbahnhygiene im Jahre ..... Periodische Berichte in der Deutschen med. Wochenschr.

Gewerbeunfallstatistik für das Jahr 1907. Berlin 1910.

Schwarze und Weyl, Die Krankheiten der Straßenbahnarbeiter. Im Handbuch der Arbeiterkrankheiten. Jena 1908.

Fürst, Über die gesundheitliche Lage der im Außendienst beschäftigten Straßenbahner. Arch. f. soz. Med., 1. Bd., 1905.

Schwechten und Herzfeld, Die Krankheits-, Sterbe- und Invalidisierungsfälle bei der preußisch-hessischen Eisenbahngemeinschaft und der Generaldirektion der Reichseisenbahnen im Jahre 1907. Archiv f. Eisenbahnwesen 1909. Beilage zu Heft 1.

Herzfeld, Statistische Darstellungen der Erkrankungen der Eisenbahnbediensteten mit Demonstrationen von Tafeln. Zeitschr. f. Bahn- und Bahnkassenärzte 1911, Nr. 12, S. 376.

Leese, Wohlfahrtseinrichtungen der preußisch-hessischen Eisenbahngemeinschaft im Jahr 1910. Archiv f. Eisenbahnwesen 1912, Heft 1.

Achtundzwanzigstes Kapitel.

Der Arbeiterschutz und die Bekämpfung der Gewerbekrankheiten.

In dem ganzen großen Gebiete der sozialen Fürsorge, die sich auf die gesundheitlichen Verhältnisse der Arbeiter bezieht, lassen sich zwei verschiedene Etappen unterscheiden. In der ersten Etappe sucht man den Mängeln und Schäden, die immer klarer und deutlicher zum Vorschein kommen, dadurch zu begegnen, daß man Vorschriften schafft, die in automatisch wirkender Weise für die Erhaltung der Gesundheit und der Lebenskraft wirken. Das ist die Zeit des Arbeiterschutzes und der Gewerbehygiene. In der nächsten Etappe sieht man, daß man auf dem beschrittenen Wege nicht weiterkommt, daß er zwar die unerläßliche Grundlage für jeden Fortschritt auf diesem Gebiete ist, daß er aber doch nicht genügenden Schutz gegen Krankheit und Gebrechen gewährt. Man ist genötigt, einen Schritt weiter zu gehen und sich nicht auf die Hygiene und Prophylaxe zu beschränken, sondern dem Schädling selber entgegenzutreten. Deutschland ist auf diesem Wege vorangegangen, indem es sich als Instrument der aktiven Bekämpfung die soziale obligatorische Versicherung wählte. Die Versicherung konnte naturgemäß, als erster Versuch, sich nur in verhältnismäßig engen Grenzen halten und erst allmählich eine Erweiterung erfahren, die sich sowohl auf den Personenkreis als auf die Leistungen erstreckte. Bei dem nun einsetzenden Ausbau der sozialen Versicherung ist man dann aber sehr vorsichtig weitergegangen und hat kaum neue Begriffe in den Kreis der Versicherung hineinbezogen. Die Versicherung gegen Krankheit, Unfall und Invalidität wurde Anfang der achtziger Jahre geschaffen, aber über den Rahmen dieser drei Merkmale ist man dann nie hinausgegangen, bis erst das Jahr 1911 die langersehnte Hinterbliebenenversicherung brachte. Der Wagemut der achtziger Jahre, der mit einer großen Dosis Optimismus gewürzt war, hat einem bedächtigen Zaudern Platz gemacht, während das bis dahin von dem Versicherungsgedanken nur wenig berührte England Schlag auf Schlag Einrichtungen schuf, die neue Probleme in Angriff nahmen und einer hoffnungsfrohen Lösung entgegenbrachten. Gerade in England hatte die erste Etappe viel länger gedauert als bei uns in Deutschland. Denn als bei uns das Fabrikwesen noch in den Kinderschuhen steckte, hatte es in England bereits eine Ausdehnung erfahren, die deutlich schädliche Folgewirkungen erkennen ließ. Und wenn man die Entwicklung des Arbeiterschutzes und der Arbeiterversicherung und die Aufgaben, die hier noch der Lösung harren, richtig beurteilen will, ist es nötig, auf diese Anfänge der Fabrikentwicklung und die schreienden Mißstände, die sie im Gefolge hatten, mit einiger Kürze einzugehen und dabei die Gegenmaßnahmen und ihren Erfolg kritisch zu beleuchten.

In dem Lande, in dem man sich an dem freien Spiel der Kräfte zuerst erfreute, in dem man die Gewerbefreiheit schuf, in England, mußte man zuerst die bitteren Erfahrungen dieser neuen Frucht sammeln. Der Aufschwung der Fabrikindustrie führte zu einer Ausnutzung der menschlichen Arbeitskraft, die sich in einer ungebührlichen Verlängerung der Arbeitszeit und in einer immer mehr gesteigerten Inanspruchnahme von Frauen- und Kinderarbeit äußerte. „Von John Fielden wissen wir, wie es in England aussah. Für ihre mit Wasserkraft arbeitenden Betriebe verschrieben sich die Textilfarbikanten zu Derbyshire, Nottinghamshire und Lancashire viele Tausende von Armenkindern, kleine, hilflose Geschöpfe im Alter von 7— 14 Jahren. Aufseher überwachten die Arbeit; da ihr Lohn im Verhältnis zur geleisteten Arbeit stand, preßten sie aus den Kindern das Äußerste heraus. Die Kinder wurden zu Tode gehetzt, in vielen Fällen bis auf die Knochen ausgehungert, während die Peitsche sie an der Arbeit hielt. Die riesigen Gewinne steigerten den Heißhunger der Fabrikanten. Sie begannen die Praxis der Nachtarbeit. Die Tagesgruppe wanderte in die Betten, die die Nachtgruppe gerade verlassen hatte, und umgekehrt. Es war Volksüberlieferung in Lancashire, daß die Betten nie abkühlten“ (Bittmann).

Diesen furchtbaren Zuständen waren durchaus diejenigen konform, die bei der erwachsenen weiblichen und männlichen Bevölkerung bestanden. Mit dem Jahre 1833 setzte dann in England die Arbeiterschutzgesetzgebung ein, die immer mehr ausgebaut und erweitert wurde. Der langsamere Fortschritt der industriellen Entwicklung in Deutschland hatte zur Folge, daß hier auch die Mißstände langsamer sich entwickelten, aber denselben Grad erreichten wie jenseits des Kanals. Man hatte sich nur allmählich an die Zustände gewöhnt und fand nichts Besonderes darin. Der Kinderfreund, Dichter und Prälat Hebel z. B. erzählt viele Geschichten, die das Entzücken an dem fleißig arbeitenden Kinde zum Ausdruck bringen, und ähnlich dachten damals alle empfindsamen Seelen. Die zunehmende Degeneration des Volkes führte dann aber zu Folgeerscheinungen, auf die der preußische Staat bei seiner Eigenart lebhaft reagierte. Die Entartung war nämlich im Rheinland so stark geworden, daß hier nicht mehr das entsprechende Truppenkontingent aufgebracht werden konnte. Darauf ergriff man sofort Gegenmaßregeln, die allerdings unzulänglich waren, immerhin im Jahre 1839 bereits zu einem Regulativ über die Beschäftigung jugendlicher Arbeiter in den Fabriken des Rheinlandes führten. Erst das Jahr 1853 brachte eine Erweiterung des Arbeiterschutzes durch die Einführung der Fabrikinspektion in Preußen, die aber auf erheblichen Widerstand stieß und infolge mangelhafter Durchführung auch keine Besserung brachte. Die Fabrikinspektoren hatten mit außerordentlichen Schwierigkeiten zu kämpfen, man ließ sie in die Fabriken nicht hinein oder ließ sie durch Pförtner und andere Personen aufhalten. Gelang es ihnen, in die Arbeitsräume zu kommen, so wurden vielfach die Arbeiter entlassen, so daß der Inspizient nur den ruhenden Betrieb vorfand. Die Übertretungen der Schutzbestimmungen waren so zahlreich, daß vielfach der Eifer der Fabrikinspektoren erlahmte und man erst eine Vorstellung von den Zuwiderhandlungen bekommt, wenn man z. B. die Zahl der ermittelten Verfehlungen im Düsseldorfer Bezirk, die sich 1865 auf 73 und 1866 auf 26 belief, in Vergleich setzt mit der, die nach der Anstellung eines neuen Fabrikinspektors beobachtet wurde. Im Jahre 1874 wurden auf Grund dieser Personenveränderung nunmehr 7268 Verfehlungen ermittelt, eine Ziffer, die deutlich erkennen läßt, wie schlimm hier die Zustände gewesen sein

müssen, wie sehr man sich aber daran gewöhnt hatte. Allmählich wurde das dann immer besser, aber noch zur Zeit der Reichsgründung war der Arbeiterschutz so mangelhaft organisiert, daß die bestehenden Vorschriften meistens oder doch vielfach außer acht gelassen wurden.

Die Arbeiterschutzgesetzgebung ist heute durch die Reichsgewerbeordnung einheitlich für das Deutsche Reich geregelt. Die Reichsgewerbeordnung ist aus der Gewerbeordnung für den Norddeutschen Bund von 1869 entstanden, die seit dem 1. Januar 1873 Gesetzeskraft für das ganze Reich bekam; sie wurde dann durch fast jährlich erforderlich werdende Neuerungen, deren letzte vom 27. Dezember 1911 herrührt, erheblich geändert. Während dieses Reichsgesetz somit für alle Bundesstaaten die gemeinsame Grundlage zu einem gleichartigen Vorgehen abgibt, wird die Durchführung des Gesetzes in verschiedenartiger Weise in allen Bundesstaaten beaufsichtigt. Die Aufsicht ist Gewerbeinspektoren und Gewerberäten übertragen, die zwar in allen Bundesstaaten angestellt werden, deren Stellung, Befugnisse und Einfluß aber doch hier und da Abweichungen zeigen. So werden in Preußen nur Juristen und Techniker als Gewerbeaufsichtsbeamte angestellt, während Württemberg und Baden auch Ärzte zulassen und Bayern wiederum einen besonderen ärztlichen Beamten in der Gewerbeaufsicht unter der Bezeichnung „Landesgewerbearzt" angestellt hat. Die Gewerbeordnung stellt Normen für die Konzessionierung und Führung gewerblicher Betriebe auf und trifft Anordnungen, die den wirtschaftlichen und gesundheitlichen Schutz der Arbeiter bezwecken. Hier sei nur über den Gesundheitsschutz, der uns allein angeht, näher berichtet.

Zunächst sind allgemeine Schutzbestimmungen getroffen für solche Individuen, die infolge ihrer physiologischen Beschaffenheit leichter Erkrankungsgefahren ausgesetzt sind, das sind Kinder, jugendliche und weibliche Arbeiter.

Kinder unter 13 Jahren dürfen überhaupt nicht beschäftigt werden (§ 135 der RGO. und Reichsgesetz betr. Kinderarbeit in gewerblichen Betrieben vom 30. März 1903), Kinder unter 14 Jahren dürfen nicht länger als 6 Stunden und junge Leute, d. h. Personen von 14—16 Jahren, nicht länger als 10 Stunden täglich beschäftigt werden. Die Arbeitsstunden der jugendlichen Arbeiter dürfen nicht über acht Uhr abends dauern. Zwischen den Arbeitsstunden müssen an jedem Arbeitstage regelmäßige Pausen gewährt werden. Für jugendliche Arbeiter, welche nur sechs Stunden täglich beschäftigt werden, muß die Pause mindestens eine halbe Stunde betragen. Den übrigen jugendlichen Arbeitern muß mindestens mittags eine einstündige sowie vormittags und nachmittags je eine halbstündige Pause gewährt werden. Eine Vor- und Nachmittagspause braucht nicht gewährt zu werden, sofern jugendliche Arbeiter täglich nicht länger als acht Stunden beschäftigt werden und die Dauer ihrer durch eine Pause nicht unterbrochenen Arbeitszeit am Vor- und Nachmittage je vier Stunden nicht übersteigt. Während der Pausen darf den jugendlichen Arbeitern eine Beschäftigung in dem Fabrikbetrieb überhaupt nicht und der Aufenthalt in den Arbeitsräumen nur dann gestattet werden, wenn in denselben diejenigen Teile des Betriebes, in welchen jugendliche Arbeiter beschäftigt sind, für die Zeit der Pausen völlig eingestellt werden, oder wenn der Aufenthalt im Freien nicht tunlich ist und andere geeignete Aufenthaltsräume ohne unverhältnismäßige Schwierigkeiten nicht beschafft werden können. Nach Beendigung der täglichen Arbeitszeit ist den jugendlichen Arbeitern eine ununterbrochene Ruhezeit von mindestens elf

Stunden zu gewähren. An Sonn- und Festtagen sowie während der von dem ordentlichen Seelsorger für den Katechumenen- und Konfirmanden-, Beicht- und Kommunionunterricht bestimmten Stunden dürfen jugendliche Arbeiter nicht beschäftigt werden (§ 136 RGO.).

Die Bestimmungen über weibliche Arbeiter ordnen folgendes an: Arbeiterinnen dürfen nicht in der Nachtzeit von acht Uhr abends bis sechs Uhr morgens und am Sonnabend sowie an Vorabenden der Festtage nicht nach fünf Uhr nachmittags beschäftigt werden. Die Beschäftigung von Arbeiterinnen darf die Dauer von zehn Stunden täglich, an den Vorabenden der Sonn- und Festtage von acht Stunden nicht überschreiten. Zwischen den Arbeitsstunden muß den Arbeiterinnen eine mindestens einstündige Mittagspause gewährt werden. Nach Beendigung der täglichen Arbeitszeit ist den Arbeiterinnen eine ununterbrochene Ruhezeit von mindestens elf Stunden zu gewähren. Arbeiterinnen, welche ein Hauswesen zu besorgen haben, sind auf ihren Antrag eine halbe Stunde vor der Mittagspause zu entlassen, sofern diese nicht mindestens eine und eine halbe Stunde beträgt. Arbeiterinnen dürfen vor und nach ihrer Niederkunft im ganzen während acht Wochen nicht beschäftigt werden. Ihr Wiedereintritt ist an den Ausweis geknüpft, daß seit ihrer Niederkunft wenigstens sechs Wochen verflossen sind. Arbeiterinnen dürfen nicht in Kokereien und nicht zum Transporte von Materialien bei Bauten aller Art verwendet werden (§ 137). Arbeiterinnen und jugendlichen Arbeitern darf für die Tage, an welchen sie in dem Betriebe die gesetzlich zulässige Zeit hindurch beschäftigt waren, Arbeit zur Verrichtung außerhalb des Betriebes vom Arbeitgeber überhaupt nicht übertragen oder für Rechnung Dritter überwiesen werden. Für die Tage, an welchen die Arbeiterinnen oder jugendlichen Arbeiter in dem Betriebe kürzere Zeit beschäftigt waren, ist diese Übertragung oder Überweisung nur in dem Umfange zulässig, in welchem Durchschnittsarbeiter ihrer Art die Arbeiten voraussichtlich in dem Betriebe während des Restes der gesetzlich zulässigen Arbeitszeit würden herstellen können, und für Sonn- und Feiertage überhaupt nicht (§ 137 a).

Außerdem sind noch gewisse Ausnahme- und Sonderbestimmungen von geringerer Bedeutung getroffen und Verschärfungen für gesundheitsgefährliche Betriebe zulässig, so daß z. B. in Schwefelkohlenstoffbetrieben überhaupt nur männliche erwachsene Arbeiter beschäftigt werden dürfen.

Bei der Genehmigung konzessionspflichtiger Anlagen sieht der § 18 vor, daß diese Genehmigung unter Festsetzung der sich als nötig ergebenden Bedingungen zu erteilen ist. „Zu den letzteren gehören auch diejenigen Anordnungen, welche zum Schutze der Arbeiter gegen Gefahr für Gesundheit und Leben notwendig sind." In der Anweisung zur Ausführung der Gewerbeordnung vom 9. August 1899 und späterhin vom 1. Mai 1904 wurde bestimmt, daß bei Anträgen auf Errichtung gewerblicher Anlagen das eine Exemplar dem zuständigen Baubeamten, das zweite, sofern es sich nicht um ein Genehmigungsgesuch für eine Stauanlage handelt, dem zuständigen Gewerbeaufsichtsbeamten und das dritte Exemplar dem zuständigen Medizinalbeamten zur Prüfung und Begutachtung vorzulegen sei, falls es sich nicht um eine der nachstehenden Anlagen handelt:

Gasbereitungs- und Gasbewahrungsanstalten, Glas- und Rußhütten, Anlagen zur Gewinnung roher Metalle, Röstöfen, Metallgießereien, sofern sie nicht bloß Tiegelgießereien sind, chemische Fabriken aller Art, Schnellbleichen, Firnissiedereien, Stärkefabriken, mit Ausnahe der Fabriken zur Bereitung von Kartoffelstärke, Stärkesirupfabriken, ferner Leim-, Tran- und Seifensiedereien, Knochenbrennereien, Knochendarren, Knochen-

kochereien und Knochenbleichen, Talgschmelzen, Schlächtereien, Gerbereien, Abdeckereien, Pudrette- und Düngepulverfabriken, Strohstoffpapierfabriken, Darmzubereitungsanstalten, Anlagen zur Herstellung von Zelluloid, Degrasfabriken, Anlagen zur Destillation oder zur Verarbeitung von Teer und Teerwasser, Anlagen, in welchen aus Holz- und ähnlichem Fasermaterial auf chemischem Wege Papierstoff hergestellt wird (Zellulosefabriken) und Anstalten zum Trocknen und Einsalzen ungegerbter Tierfelle.

Nähere Erläuterungen dazu geben die Dienstanweisungen der beamteten Ärzte. So besagt die preußische Dienstanweisung für die Kreisärzte vom 1. September 1909: Der Kreisarzt hat die ihm seitens der zuständigen Behörden mitzuteilenden Vorlagen über die Genehmigung zur Errichtung, Verlegung oder Veränderung von gewerblichen nach den §§ 16, 25 der Reichs-Gewerbeordnung konzessionspflichtigen Anlagen einer sorgfältigen Prüfung und Begutachtung zu unterziehen. Aufgabe dieser Prüfung ist es, rechtzeitig diejenigen Mängel und Fehler in gesundheitlicher Hinsicht festzustellen, die in der Folge zu sanitären Belästigungen, Mißständen und Schädigungen für die Arbeiter, Anwohner und die Bevölkerung überhaupt führen können, und deren spätere Beseitigung meistens mit Schwierigkeiten und kostspieligen Aufwendungen verknüpft ist. Die Prüfung hat unter Beachtung der hierüber erlassenen Vorschriften zu erfolgen und ist nach Möglichkeit zu beschleunigen. Eine Ortsbesichtigung hat hierbei der Kreisarzt nur dann vorzunehmen, wenn er von der Behörde, die ihm die Vorlagen zur Prüfung übersandt hat, darum ersucht wird. Die erfolgte Prüfung ist auf den Vorlagen zu bescheinigen. Wird bei der Veränderung bestehender Anlagen der Antrag gestellt, von der öffentlichen Bekanntmachung Abstand zu nehmen, so hat sich der Kreisarzt über die Zulässigkeit zu äußern. Er wird in der Regel den Antrag befürworten, wenn es sich um eine unzweifelhafte Verbesserung handelt oder die Unschädlichkeit der beabsichtigten Veränderung klar zutage liegt. Eine Befürwortung ist auch dann zulässig, wenn neue oder größere Nachteile, Gefahren oder Belästigungen, als mit der vorhandenen Anlage verbunden sind, durch die beabsichtigte Veränderung nicht herbeigeführt werden können (§ 91). Dieselbe Bestimmung enthalten der § 33 der bayerischen Bekanntmachung von 1912 über den bezirksärztlichen Dienst und die übrigen bundesstaatlichen Dienstanweisungen für die beamteten Ärzte.

Somit ist bei der Neueinrichtung von gewerblichen Anlagen die Möglich keit vorhanden, für die nötigen Schutzmaßregeln und Erfordernisse zum Wohl der Arbeiter zu sorgen, und die beamteten Ärzte kommen dieser ihrer Verpflichtung mit großem Eifer nach. Für die schon bestehenden Betriebe regelt sich der Arbeiterschutz hinsichtlich der Einrichtungen aus den §§ 120 a—f der RGO. Die Gewerbeunternehmer sind verpflichtet, die Arbeitsräume, Betriebsvorrichtungen, Maschinen und Gerätschaften so einzurichten und zu erhalten und den Betrieb so zu regeln, daß die Arbeiter gegen Gefahren für Leben und Gesundheit so weit geschützt sind, wie es die Natur des Betriebes gestattet. Insbesondere ist für genügendes Licht, ausreichenden Luftraum und Luftwechsel, Beseitigung des bei dem Betrieb entstehenden Staubes, der dabei entwickelten Dünste und Gase sowie der dabei entstehenden Abfälle Sorge zu tragen. Ebenso sind diejenigen Vorrichtungen herzustellen, welche zum Schutze der Arbeiter gegen gefährliche Berührungen mit Maschinen oder Maschinenteilen oder gegen andere in der Natur der Betriebsstätte oder des Betriebes liegende Gefahren, namentlich auch gegen die Gefahren, welche aus Fabrikbränden erwachsen können, erforderlich sind (§ 120 a). In Anlagen, deren Betrieb es mit sich bringt, daß Arbeiter sich umkleiden und nach der Arbeit sich reinigen, müssen aus-

reichende, nach Geschlechtern getrennte Ankleide- und Waschräume vorhanden sein (§ 120 b). Die zuständigen Polizeibehörden sind befugt, im Wege der Verfügung für einzelne Anlagen die Ausführung derjenigen Maßnahmen anzuordnen, welche zur Durchführung der in §§ 120 a—120 c enthaltenen Grundsätze erforderlich und nach der Beschaffenheit der Anlage ausführbar erscheinen. Sie können anordnen, daß den Arbeitern zur Einnahme von Mahlzeiten außerhalb der Arbeitsräume angemessene, in der kalten Jahreszeit geheizte Räume unentgeltlich zur Verfügung gestellt werden. Soweit die angeordneten Maßregeln nicht die Beseitigung einer dringenden, das Leben oder die Gesundheit bedrohenden Gefahr bezwecken, muß für die Ausführung eine angemessene Frist gelassen werden. Den bei Erlaß dieses Gesetzes bereits bestehenden Anlagen gegenüber können, solange nicht eine Erweiterung oder ein Umbau eintritt, nur Anforderungen gestellt werden, welche zur Beseitigung erheblicher, das Leben, die Gesundheit oder die Sittlichkeit der Arbeiter gefährdender Mißstände erforderlich oder ohne unverhältnismäßige Aufwendungen ausführbar erscheinen (§ 120 d). Durch Beschluß des Bundesrats können Vorschriften darüber erlassen werden, welchen Anforderungen in bestimmten Arten von Anlagen zur Durchführung der in den §§ 120 a—120 c enthaltenen Grundsätze zu genügen ist. Soweit solche Vorschriften durch Beschluß des Bundesrates nicht erlassen sind, können dieselben durch Anordnung der Landes-Zentralbehörden oder durch Polizeiverordnungen der zum Erlasse solcher berechtigten Behörden erlassen werden. Vor dem Erlasse solcher Anordnungen und Polizeiverordnungen ist den Vorständen der beteiligten Berufsgenossenschaften oder Berufsgenossenschaftssektionen Gelegenheit zu einer gutachtlichen Äußerung zu geben. Durch Beschluß des Bundesrats können für solche Gewerbe, in welchen durch übermäßige Dauer der Arbeitszeit die Gesundheit der Arbeiter gefährdet wird, Dauer, Beginn und Ende der zulässigen täglichen Arbeitszeit und der zu gewährenden Pausen vorgeschrieben und die zur Durchführung dieser Vorschriften erforderlichen Anordnungen erlassen werden (§ 120 e). Für solche Gewerbe, in welchen durch übermäßige Dauer der täglichen Arbeitszeit die Gesundheit der Arbeiter gefährdet wird, kann der Bundesrat und, soweit er nicht Bestimmungen erläßt, die Landeszentralbehörde oder nach Anhören beteiligter Gewerbetreibender und Arbeiter die zuständige Polizeibehörde durch Polizeiverordnung Dauer, Beginn und Ende der zulässigen Arbeitszeit und der zu gewährenden Pausen regeln und die zur Durchführung erforderlichen Anordnungen erlassen. Soweit solche Bestimmungen nicht erlassen sind, kann auf Antrag oder nach Anhören des Gewerbeaufsichtsbeamten (§ 139 b) und nach Anhören beteiligter Gewerbetreibender und Arbeiter die zuständige Polizeibehörde für einzelne Betriebe, in denen durch übermäßige Dauer der täglichen Arbeitszeit die Gesundheit der Arbeiter gefährdet wird, im Wege der Verfügung Bestimmungen und Anordnungen dieser Art erlassen. § 120 Abs. 4 gilt entsprechend (§ 120 f).

Die Mitwirkung der beamteten Ärzte hierbei wird durch die preußische Dienstanweisung folgendermaßen verfügt:

Der Kreisarzt muß auch den bestehenden Gewerbebetrieben seines Bezirkes, welche die öffentliche Gesundheit oder die der beschäftigten Arbeiter zu schädigen geeignet sind, oder welche durch ihre festen und flüssigen Abgänge eine Verunreinigung der öffentlichen Wasserläufe und des Untergrundes befürchten lassen, seine Aufmerksamkeit zuwenden und auf die Beseitigung von gesundheitlichen Schädlichkeiten und Belästigungen hinwirken.

Er hat sich mit den zuständigen Behörden und Beamten, namentlich den Gewerbeinspektoren, in Verbindung zu setzen, mit diesen gemeinschaftlich nach Bedürfnis die Anlagen, insbesondere solche, deren Betrieb vorzugsweise Gesundheitsschädigungen im Gefolge hat (z. B. Spiegel-, Akkumulatoren-, Glühlampen-, Bleifarben- und andere chemische Fabriken, oder Anlagen mit starker Staubentwicklung) zu besichtigen und darauf zu achten, daß den hygienischen Anforderungen überall gebührende Rechnung getragen wird.

Auch die mit einzelnen Zweigen der Hausindustrie verbundenen gesundheitlichen Schädlichkeiten soll der Kreisarzt beobachten und entsprechende Abhilfemaßnahmen anregen (§ 92).

Der Kreisarzt hat die in seinem Bezirk gelegenen unter die Vorschriften der Reichsgewerbeordnung oder des allgemeinen Berggesetzes fallenden Staatsbetriebe in gleicher Weise wie die privaten Betriebe gesundheitlich zu beobachten.

Auf die hierbei etwa vorgefundenen Mängel hat er den Leiter des Betriebes aufmerksam zu machen und mit ihm die zu deren Abstellung geeigneten Maßnahmen zu besprechen.

Wird auf diesem Wege eine Abstellung der vorgefundenen Mängel nicht erzielt, so hat der Kreisarzt eine Anzeige über die Sachlage an die dem Betriebe vorgesetzte Dienstbehörde zu erstatten und Abschrift davon dem Regierungspräsidenten oder, sofern es sich um Betriebe handelt, welche der Aufsicht der Oberbergämter unterstellt sind, dem zuständigen Oberbergamte einzureichen (§ 93).

Von der Befugnis des § 120 c in Verbindung mit § 139 a, für besonders gefährliche Betriebe besondere Bestimmungen zu erlassen, haben der Bundesrat und die Bundesstaaten vielfach Gebrauch gemacht, um eine ärztliche Untersuchung der Arbeiter vor Beginn der Beschäftigung herbeizuführen und in manchen Fällen außerdem eine regelmäßige, in bestimmten Zwischenräumen auszuführende Untersuchung der Arbeiter durch Fabrikärzte. Es liegt ja auf der Hand, daß es nicht gelingen kann, durch allgemeine Schutzvorschriften überall Gesundheitsschädigungen zu verhüten, sondern daß eine Reihe von Betrieben infolge der Eigenart des Arbeitsmaterials, der Arbeitsprozesse sowie der mit der körperlichen Fähigkeit nicht im Einklang stehenden Arbeitsleistungen einer gesonderten Regelung bedarf. So ist die Anordnung getroffen, daß Personen, die in quecksilbergefährlichen Räumen von Spiegelbeleganstalten beschäftigt werden, eine ärztliche Bescheinigung beizubringen haben, die auf Grund einer körperlichen Untersuchung ausgestellt ist und zum Ausdruck bringt, daß nach dem Ergebnis der körperlichen Untersuchung besondere Umstände, welche von der Beschäftigung in einer Spiegelbeleganstalt außergewöhnliche Nachteile für ihre Gesundheit befürchten lassen, nicht vorhanden sind (preußischer Ministerialerlaß vom 18. Mai 1889). Ebenso ist eine ärztliche Untersuchung auf den allgemeinen Gesundheitszustand oder auf die Abwesenheit gewisser Krankheitserscheinungen oder der Disposition dazu in einer Reihe von anderen gewerblichen Anlagen erforderlich, so in Zinkhütten, Bleifarbenfabriken, Akkumulatorenbetrieben, Anlagen zur Herstellung von Alkalichromaten, Anlagen, die Thomasschlacken verarbeiten usw. In denselben oder ähnlichen Anlagen ist eine periodische ärztliche Untersuchung vorgesehen, um die gefährdeten Elemente auszuschalten. So ist z. B. für Betriebe, die mit Schwefelkohlenstoff zu tun haben, in Preußen (Ministerialerlaß vom 23. Februar 1910) vorgeschrieben, daß jeder Arbeiter

während seines ersten Beschäftigungsjahres monatlich einmal ärztlich zu untersuchen ist. Stellen sich nach dem Verlauf eines Jahres keine wesentlichen Gesundheitsschädigungen heraus, so kann die Untersuchung nach Zustimmung des Gewerbeinspektors und des Kreisarztes in längeren Fristen, etwa von 3—4 Monaten, stattfinden. Arbeiter welche Zeichen von Schwefelkohlenstoffvergiftung aufweisen, sind bis zur völligen Genesung von Arbeiten fernzuhalten, bei denen sie der Einwirkung von Schwefelkohlenstoff ausgesetzt sind. Arbeiter aber, welche sich der Schwefelkohlenstoffeinwirkung gegenüber besonders empfindlich erweisen, sind dauernd mit anderen Arbeiten zu beschäftigen oder zu entlassen.

Wie ich schon erwähnt habe, ist die Überwachung darüber, daß die Gewerbeordnung richtig zur Ausführung gelangt, besonderen Gewerbeaufsichtsbeamten übertragen. Nach der Dienstanweisung haben sie ihre Aufgabe vornehmlich darin zu suchen, gestützt auf ihre Vertrautheit mit den gesetzlichen Bestimmungen, ihre technischen Kenntnisse und Erfahrungen, durch sachverständigen Beirat und wohlwollende Vermittlung eine Regelung der Betriebs- und Arbeitsverhältnisse herbeizuführen, welche, ohne dem Unternehmer unnötige Opfer und zwecklose Beschränkungen aufzuerlegen, den Arbeitern den vollen durch das Gesetz ihnen zugedachten Schutz gewährt und das Publikum gegen gefährdende oder belästigende Einwirkungen sicherstellt (§ 6 der preuß. Dienstanweisung). Eine besondere Aufmerksamkeit haben sie den Anlagen zuzuwenden, deren Betrieb mit besonderen Gefahren für Leben und Gesundheit der Arbeiter oder mit schädigenden oder belästigenden Einwirkungen auf die Nachbarschaft verbunden ist. Außer den erwähnten Bestimmungen der Reichsgewerbeordnung, die sich auf den Gesundheitsschutz erstrecken, fallen insbesondere noch diejenigen über Sonntagsruhe, Maßnahmen zur Wahrung der Sittlichkeit und die über die Arbeitsordnung (Anfang und Ende der Arbeitszeit, Zeit und Art der Abrechnung und Lohnzahlung, Strafen, Entlassung) in den Bereich der Gewerbeaufsicht.

Aus dem hier kenntlich gemachten Aufgabenkreis geht hervor, daß nur ein kleiner Teil dem Gesundheitsschutz der Arbeiter dient, und daß selbst dieser kleine Teil von Männern wahrgenommen wird, die aus den Reihen der Juristen und Techniker stammen. Einer Zahl von 481 Gewerbeaufsichtsbeamten (1909) im Deutschen Reich stehen etwa 4 oder 5 medizinisch gebildete Gewerbeaufsichtspersonen gegenüber. Die Mitwirkung der Kreisärzte kann von ausschlaggebender Bedeutung nicht sein, da die Tätigkeit dieser vielbeschäftigten Beamten ohnedies schon über Gebühr in Anspruch genommen ist, und der Mitarbeit der Fabrikärzte sind Schranken auferlegt, die in ihrer von der Fabrikleitung abhängigen Stellung begründet sind.

Trotzdem kann man sich der Einsicht nicht verschließen, daß für den Arbeiterschutz überhaupt und für die allgemeine Hygiene durchaus gut gesorgt ist. Aus der nebenstehenden Tabelle ergibt sich, daß in Deutschland die hauptsächlichsten Betriebe auch revidiert wurden, von 282 000 mit 6,61 Millionen Arbeitern nämlich 154 000 mit 5,58 Millionen Arbeitern. Die Frauenarbeit spielt heute eine bedeutende Rolle, denn den 4,8 Millionen Männern stehen 1,2 Millionen Frauen gegenüber. Die jugendlichen Arbeiter waren zu 300 000 männlichen und zu 160 000 weiblichen Geschlechts. Schließlich ist noch die betrübende Tatsache zu erwähnen, daß noch über 12 000 Kinder in fabrikartigen Betrieben, besonders in Bayern, beschäftigt werden. Es ist außerordentlich schwierig, die schwächeren Elemente ausreichend zu schützen und doch der Industrie keine hemmenden Fesseln

Staat	Zahl der Betriebe mit mindestens 10 Arbeitern	Anzahl der in den	
		erwachsenen männlichen Arbeiter	Arbeiterinnen über 16 Jahre
Preußen	157 626	3 075 538	629 439
Bayern	33 759	406 149	113 087
Sachsen, Königreich	29 115	476 435	230 744
Württemberg	12 413	157 733	58 025
Baden	10 751	156 919	66 615
Hessen	6 325	85 281	19 353
Mecklenburg-Schwerin	2 342	19 367	3 024
Sachsen, Großherzogtum	1 498	29 170	7 702
Mecklenburg-Strelitz	342	3 087	446
Oldenburg	2 509	21 465	4 179
Braunschweig	2 424	40 499	10 436
Sachsen-Meiningen	1 039	21 779	7 679
Sachsen-Altenburg	1 183	18 234	6 639
Sachsen-Coburg-Gotha	1 064	20 122	4 770
Anhalt	1 513	28 869	4 010
Schwarzburg-Sondershausen	409	6 717	1 534
Schwarzburg-Rudolstadt	268	7 311	2 083
Waldeck und Pyrmont	249	1 792	360
Reuß älterer Linie	243	7 852	5 487
Reuß jüngerer Linie	840	15 255	8 355
Schaumburg-Lippe	182	2 062	230
Lippe	480	4 906	1 560
Lübeck	474	7 619	2 748
Bremen	1 500	21 934	5 520
Hamburg	5 664	62 426	17 982
Elsaß-Lothringen	8 337	166 320	47 449
Deutsches Reich 1910	282 549	4 864 841	1 259 456

aufzuerlegen. So wünschenswert es wäre, wenn man die Kinderarbeit überhaupt ausschließen könnte, so wenig erreichbar ist dieses Ziel. Denn ganz besonders groß ist die Kinderarbeit da, wo sie sich der Aufsicht entzieht, wo die Kinder im Haushalt der Eltern mit Hausarbeit oder Heimarbeit beschäftigt werden, und wo die jugendliche Arbeitskraft durch Zeitungtragen, Milchverkauf über die Straße, Botengänge und ähnliche Beschäftigungen übermäßig in Anspruch genommen wird. Derartige Kinderarbeit entzieht sich der Aufsicht, der Fürsorge und der statistischen Beurteilung. Soweit vergleichbares Zahlenmaterial zur Verfügung steht, müssen wir uns mit dem Gedanken trösten, daß bei uns die Kinder zur gewerblichen Fabrikarbeit wenigstens weit weniger herangezogen werden als im Auslande. Aus der Statistik (s. S. 664 u. 665), die die Zahl der unter Gewerbeaufsicht stehenden Betriebe während des Jahres 1908 in Deutschland, England, Frankreich und Japan in Parellele setzt, ist die Zahl der beschäftigten Personen überhaupt und insbesondere die der Frauen und Kinder ersichtlich. Daraus geht hervor, daß der Anteil sowohl der weiblichen Arbeit als auch der Kinderarbeit bei uns am geringsten ist. In Deutschland machten die Frauen 21,2 % der arbeitenden Bevölkerung aus, in Frankreich 22,5, in England 32 und in Japan gar 53,1 %. Kinder unter 14 Jahren kamen auf 1000 Arbeiter in Deutschland 2, in England 8, in Japan sogar 90. In allen Ländern überwiegt die Frauenarbeit bei weitem in der Bekleidungsindustrie die Männerarbeit und übertrifft sie um

Betrieben mit mindestens 10 Arbeitern beschäftigten					Zahl der revidierten Betriebe mit mindestens 10 Arbeitern	In den revidierten Anlagen wurden beschäftigt Arbeiter überhaupt
jungen Leute von 14 bis 16 Jahren			Kinder unter 14 Jahren	Arbeiter überhaupt		
männliche	weibliche	zusammen				
184 528	84 441	268 969	2 763	3 976 709	80 385	3 421 442
27 630	15 694	43 324	3 880	566 440	15 337	448 286
34 557	25 233	59 790	2 474	769 443	21 802	691 376
14 170	10 623	24 793	1 469	242 020	10 765	224 227
12 237	10 561	22 798	532	246 864	6 262	173 635
6 330	4 341	10 671	23	115 328	4 570	89 722
773	178	951	78	23 420	799	17 457
1 741	835	2 576	14	39 462	673	28 401
98	12	110	—	3 648	115	2 385
1 528	517	2 045	1	27 690	756	17 048
2 428	743	3 171	86	54 192	970	42 320
1 850	1 415	3 265	22	32 745	672	28 282
1 205	395	1 600	7	26 480	593	22 548
1 495	977	2 472	18	27 382	552	20 208
1 479	350	1 829	12	34 720	864	31 190
543	359	902	13	9 166	194	6 895
421	397	818	14	10 226	181	8 994
136	66	202	4	2 358	59	1 405
406	357	763	7	14 109	97	6 737
860	436	1 296	13	24 919	514	23 017
173	63	286	5	2 533	105	2 061
451	325	776	4	7 246	239	6 238
228	68	296	2	10 665	458	10 608
1 012	398	1410	1	28 865	1 329	27 806
2 819	1 147	3 966	—	84 374	2 696	69 393
9 978	7 294	17 272	1 428	232 469	3 562	165 044
309 076	167 225	476 301	12 870	6 613 468	154 499	5 586 725

ein geringes in der Textilindustrie. Bei uns sind Kinder hauptsächlich in der Textilindustrie beschäftigt, jedoch haben sich die Verhältnisse bei uns schneller gebessert als in England, wo die Zahl der beschäftigten Kinder fast zehnmal so groß ist als bei uns. Diese Ziffern und die abgedruckte Tabelle lassen natürlich einen absoluten Vergleich nicht zu; denn die Art der Erhebung ist durch die Verschiedenheit der Methoden und Organe auch verschieden gestaltet, insbesondere ist bei uns der Begriff der „gewerblichen Betriebe" weiter gefaßt als im Auslande der Begriff „Fabriken". Trotzdem oder vielleicht sogar umsomehr wird dadurch kenntlich gemacht, um wieviel mehr die Fabrikarbeit der Frauen und Kinder bei uns bekämpft wird. Aus den Berichten der Gewerbeaufsichtsbeamten für das Jahr 1908 geht hervor, daß die Art der Beschäftigung von Kindern in den einzelnen Provinzen und Landesteilen sehr verschieden ist. In einigen Gegenden werden die Kinder häufig mit Klöppelei, Näherei und Stickerei beschäftigt (Oberfranken), in anderen mit Austragen von Waren der verschiedenen Industriezweige (Mittelfranken), dann wieder in gewissem Umfange in der Strohutindustrie (Schwaben), im Theater als Statisten (Köln), in der Tabakindustrie beim Abrippen (Schweidnitz) usw. Wegen Vergehens gegen den Jugend- und Kinderschutz wurden auf Grund der Gewerbeordnung 883 Personen und auf Grund des Kinderschutzgesetzes 3117 Personen im Jahre 1910 bestraft.

Während die Beschäftigung von Kindern nachts überhaupt verboten ist,

Zahl der unter Gewerbeaufsicht stehenden Betriebe der Frauen- und Kinder-

	Deutschland (Einwohnerzahl 61720000)				Großbritannien und Irland (Einwohnerzahl 44098000)			
	Zahl der Fabriken usw.	Gesamtzahl der i. Fabriken und gleichgestellten Anlagen beschäftigten Personen	davon sind: weibliche Arbeiter ausschließlich Kinder	davon sind: Kinder unter 14 Jahren zusammen	Zahl der Fabriken	Gesamtzahl der in Fabriken beschäftigten Personen	davon sind: weibliche Arbeiter ausschließlich Kinder	davon sind: Kinder unter 14 Jahren zusammen
Sämtliche Industriezweige	250 724	6 128 319	1 296 382 (21,2 v. H.)	13 054 (0,2 v. H.)	101 939	4 488 774	1 436 978 (32,0 v. H.)	35 513 (0,8 v. H.)
Darunter:								
Chemische Industrie	2 656	142 295	22 627	148	2 792	109 488	17 529	26
Textilindustrie . . .	15 386	867 657	456 648	3 747	7 620	1 087 223	662 323	32 647
Bekleidungs- u. Reinigungsgewerbe . . .	43 169	364 308	258 901	1 355	7 920	434 576	305 221	571
Industrie d. Nahrungs u. Genußmittel .	71 365	597 483	176 873	1 324	22 381	315 678	106 925	233

dürfen Jugendliche von 14 bis 16 Jahren im allgemeinen zwar nachts auch nicht beschäftigt werden, es sind aber durch den Bundesrat für solche Betriebe Ausnahmebestimmungen erlassen, die bei ununterbrochenem Feuer arbeiten. In folgenden Betrieben (1907) werden jugendliche Arbeiter beschäftigt:

in Deutschland in Hütten zur Herstellung von Eisen und Stahl auf Walz- und Hammerwerken		6 982	jugendl. Arb.	Nachtarbeit gestattet (Beschluß von 1902)
in Deutschland in Glashütten, Glasveredelung, Spiegelfabriken		7 233	,, ,,	
in Preußen	in Steinkohlenbergwerken	13 159	,, ,,	Mindestnachtruhe von 11—5 Uhr (Beschluß von 1903)
,, Baden		1	,, ,,	
,, Elsaß-Lothringen		629	,, ,,	

In Glashütten wurden nach den Erhebungen der Gewerbeaufsichtsbeamten von 1909 im ganzen 3025 und in Walz- und Hammerwerken 2016 jugendliche Nachtarbeiter beschäftigt. Es ist zu hoffen, daß diese Ausnahmebestimmungen, deren gesundheitschädigende Bedeutung ja nicht zu verkennen ist, und die deshalb nur für 10 Jahre erlassen wurden, nicht mehr weiter erneuert werden. In Dänemark und der Schweiz ist jetzt bereits das absolute Verbot der Nachtarbeit jugendlicher Personen durchgeführt.

Bezüglich der Frauenarbeit war schon ausgeführt, daß diese nachts überhaupt verboten ist. Sie darf am Tage nicht länger als 10 Stunden währen, zwischen den Arbeitsstunden muß mindestens eine einstündige Mittagspause liegen, für Arbeiterinnen, die einen eigenen Haushalt haben, sogar eine 1 ½ stündige, nach Beendigung der Arbeitszeit ist eine Ruhezeit von mindestens 11 Stunden zu gewähren; an Sonnabenden und Vorabenden der Festtage darf die tägliche Arbeitszeit 8 Stunden nicht überschreiten und muß um 5 Uhr abends beendet sein. Durch weitere Bestimmungen ist die Mitgabe von Arbeit nach Hause unmöglich gemacht. Im Jahre 1910 betrug die Zahl der Betriebe, denen an Wochentagen Überarbeit gestattet war,

und Arbeiter mit besonderer Berücksichtigung arbeit im Jahre 1907.

Frankreich (Einwohnerzahl 1906 : 39252000)				Japan (Einwohnerzahl 48700000)			
Zahl der gewerblichen Betriebe	Gesamtzahl der in gewerblichen Betrieben beschäftigten Personen	davon sind: weibliche Arbeiter von 15 Jahren und darüber	davon sind: Kinder unter 15 Jahren	Zahl der Arbeitsstätten [1]	Gesamtzahl der in Arbeitsstätten beschäftigten Personen	davon sind: weibliche Arbeiter über 14 Jahre	davon sind: Kinder unter 14 Jahren
552 130	3 999 402	900 000 (22,5 v. H.)	240 000 (6,0 v. H.)	10 938	643 292	341 865 (53,1 v. H.)	57 597 (9,0 v. H.)
5 078	117 846	13 500	2 300	1 416	65 415	18 651	7 045
16 290	654 059	323 000	50 000	5 828	354 667	279 574	36 622
73 491	395 288	305 000	65 000				
65 570	337 778	43 000	15 000	1 284	48 192	18 155	2 148

in Preußen	2236
„ Bayern	524
„ Württemberg	392
„ Baden	350
„ Hessen	130

Besonders müssen der Konfektion und der Textilindustrie Konzessionen gemacht werden.

Die gemachten Ausführungen ergeben demgemäß, daß für den allgemeinen Arbeiterschutz und die allgemeine Hygiene ausreichend gesorgt ist. Das kann aber von der speziellen Verhütung der Gewerbekrankheiten nicht gesagt werden. Ich habe schon erwähnt, daß der Bundesrat oder die Einzelregierungen für besonders gefährliche Betriebe besondere Bestimmungen erlassen können. Das ist auch vielfach geschehen und hat ohne Zweifel Nutzen gebracht, aber etwas Durchgreifendes konnte damit nicht geschaffen werden. Wir stehen nach wie vor der traurigen Tatsache gegenüber, daß jährlich Tausende von Personen den spezifischen Gefahren des Betriebs erliegen, indem sie erkranken, ohne in entsprechender Weise gegen die wirtschaftlichen Folgen dieser Erkrankungen geschützt zu sein. Wir wissen überhaupt nicht, wieviel Personen darunter zu leiden haben, wir kennen nur einige wenige Krankheitsfälle. Die andern entziehen sich der Öffentlichkeit, weil nichts dazu getan wird, um sie aufzufinden. Wir kennen die Bleivergiftung, die Quecksilbervergiftung und ähnliche Metallvergiftungen, aber wir wissen nicht einmal, wie häufig sie auftreten. Völlig unbekannt sind uns die meisten Gewerbekrankheiten, weil gar keine Möglichkeit vorhanden ist, sie kennen zu lernen. Die indirekten Beziehungen zwischen Berufsschädigung und Krankheit sind noch viel zu sehr in Dunkel gehüllt, und wenn dann durch einen scharfsinnigen Beobachter etwas Licht in das Dunkel geworfen wird,

[1]) Da in Japan keine Gewerbeaufsicht besteht, dürfte es sich hier um alle gewerblichen Betriebe handeln.

so steht man betroffen da. Wie hätte man einen Zusammenhang zwischen der Beschäftigung mit Anilin und einem Blasenkrebs konstruieren können, wenn es nicht der Beobachtungsgabe Rehns gelungen wäre, diesen Zusammenhang zu finden. Und dieser Beziehungen zwischen Beschäftigung und spezifischer Berufskrankheit mag es eine Unzahl geben, ohne daß wir davon etwas wissen. Die Möglichkeit der ärztlichen Beobachtung ist bisher zu gering. Wenn einem Arzt gelegentlich eine Krankheit begegnet, die ihm die Folge der eigentümlichen Berufsverhältnisse zu sein scheint, so kann er dafür doch unmöglich einen Beweis führen. Erst wenn derartige Fälle mit einer gewissen Häufigkeit auftreten, ist er dazu in der Lage. Derjenige Arzt, der bei einer großen Ortskrankenkasse etwa tätig ist, kann bei der verschiedenartigen Mischung der Berufsstände und der Spezialarbeiter aber nur selten und wohl mehr durch Zufall darauf hingelenkt werden, daß unter Tausenden von Erkrankungen dieser und jener und jener dritte Fall vielleicht einer und derselben Schädlichkeit ihre Entstehung verdanken. Bei den Betriebskrankenkassen liegen die Dinge meist so, daß der behandelnde Arzt zugleich auch Fabrikarzt und Vertrauensarzt des Betriebes ist. Er hat nicht nur die Interessen der Versicherten, sondern auch des Arbeitgebers wahrzunehmen, und er ist außerdem in seiner Stellung gefährdet, wenn er durch Untersuchungen und Publikationen gewissermaßen die Gefährlichkeit der Industrie, als deren Angestellter er tätig ist, auf den Leuchter stellt. Immerhin verdanken wir gerade den Fabrikärzten bemerkenswerte Mitteilungen über akute, auch chronische gewerbliche Vergiftungen, und es zeugt diese Tatsache von dem rühmlichen Freimut der Ärzte und der anerkennswerten Liberalität der betreffenden Unternehmerkreise. Trotzdem wird aber die Situation zu ungünstig sein, als daß aus dieser Quelle die erschöpfende Kenntnis der Gewerbekrankheiten zu erwarten wäre. Die dritte Möglichkeit wäre die, daß der Gewerbeaufsichtsbeamte diese spezifischen Berufsschädigungen erkennen und bekannt geben würde. Dazu ist er aber bei seiner Vorbildung nicht imstande. Wenn die Gewerbeaufsichtsbeamten wirklich einmal etwas darüber berichten, so übermitteln sie diese Kenntnis vom Hörensagen her und stützen sich auf Mitteilungen von Krankenkassen, Ärzten, Hebammen und ähnlichen Mittelspersonen. Die Möglichkeit, daß bei Heranziehung von Medizinern zur Gewerbeaufsicht auf diesem Gebiete Ersprießlicheres geleistet werden würde, ist nicht von der Hand zu weisen, die Wahrscheinlichkeit, daß dadurch aber etwas Erhebliches für die Erkennung von Gewerbekrankheiten erreicht wäre, ist nicht groß. Denn das Arbeitsgebiet der Gewerbeaufsicht ist im übrigen so groß, daß eine Vertiefung in diese spezielle Materie doch nicht möglich sein würde. Immerhin würde einem ärztlichen Beamten wohl meistens nicht entgehen, daß in manchen Betrieben die Krankheitsziffer eine auffallende Höhe zeigt, während heute vielfach im Gegensatz zu ärztlichen Erfahrungen der amtliche Bericht zu melden weiß, daß Nachteiliges über den Gesundheitszustand nicht zur Kenntnis der Beamten gekommen sei.

Wir haben besondere Vorschriften des Bundesrats über Einrichtungen in Bleifarben- und Bleizuckerfabriken, Buchdruckereien und Schriftgießereien, Akkumulatorenfabriken, Zinkhütten, Bleihütten und in Malerbetrieben, und trotzdem ist in allen diesen verschiedenartigen Anlagen und Fabriken die Bleivergiftung erstaunlich verbreitet. Man hat geglaubt, einen Rückgang der Bleivergiftungen aus der Statistik nachweisen zu können. Ein derartiger statistischer Nachweis ist aber nicht möglich, da die Zahl der zur Kenntnis kommenden Erkrankungen, die statistisch verwertet werden, natürlich in

keinem Verhältnis zur Zahl der wirklich vorhandenen steht. Das konnte z. B. in einwandfreier Weise durch Untersuchungen des Kreisarztes in Kattowitz dargetan werden, der Untersuchungen in oberschlesischen Zinkhütten anstellte. Es wurden nur solche Hütten ausgewählt, in denen seit Jahren keine Bleierkrankungsfälle verzeichnet waren. Die Arbeiter wurden einzeln auf das Vorhandensein von Bleivergiftung untersucht. Dabei ergab sich, daß von 883 Arbeitern 182 oder 20,5 % mit Anzeichen von Bleierkrankung behaftet waren (Berichte der Gewerbeaufsichtsbeamten 1909).

Schon hieraus ergibt sich, wie ungenügend die gesetzlichen Bestimmungen sind, um eine völlige Vermeidung der Bleikrankheit zu bewirken. Zudem konnte Kaup bei einigen Industriegruppen feststellen, daß zwar nach Erlaß einer Vorschrift die Zahl der Krankheitsfälle abnimmt, aber nach einigen Jahren wieder ansteigt. Sobald eben der erste Eifer sich gelegt hat, werden die Schutzvorschriften mehr oder minder häufig übertreten.

Eine Übersicht über Bleierkrankungen bei Malern in Berlin (s. S. 668 und 669) ergibt, daß die Erkrankungshäufigkeit an Bleivergiftung sehr groß ist. Wenn man vielleicht geneigt wäre, hie und da einen Fortschritt zuzugeben, so ist doch entgegenzuhalten, daß die gesetzlichen Vorschriften nicht imstande gewesen sind, diese Krankheit überhaupt auszurotten, und daß die statistisch erfaßten Fälle noch nicht der Ausdruck für die tatsächliche Verseuchung dieser Berufskategorie mit dem Bleigift sind.

Die meisten Gewerbekrankheiten zeichnen sich durch ihren chronischen Charakter aus und werden in vielen Fällen dazu führen, daß ein langwieriges Krankenlager entsteht. Häufig wird der normale Heilungsverlauf nicht abgewartet oder kann wegen des Ablaufs der Krankenversicherung nicht abgewartet werden, so daß der betreffende Mann die Arbeit zu einer Zeit aufnimmt, wo seine Arbeitsfähigkeit herabgesetzt und seine persönliche Widerstandskraft vermindert ist. Gerade dieser Umstand hat wieder frühes Siechtum oder gar den Tod zur Folge. In vielen Fällen ist die Gewerbekrankheit aber von vornherein tödlich, z. B. Lungenentzündung bei Staubarbeitern, Gelenkrheumatismus bei Grubenarbeitern, Encephalitis bei Bleiarbeitern. In solchen Fällen ist die Familie ihres Ernährers beraubt und auf die Witwen- und Waisenrente angewiesen, deren Höhe natürlich keinen Ersatz für den Arbeitsverdienst des Familienvaters gewährt.

Außerdem daß in diesen Fällen die Rechte des Arbeiters ungenügend wahrgenommen werden, müssen aber die Ortskrankenkassen, soweit sie hierbei in Frage kommen, und die Invalidenversicherungsanstalten ungebührlich durch Ausgaben belastet werden, die auf das Konto der beteffenden Betriebsunternehmer zu setzen sind. Denn für das Risiko ihres Betriebes müßten sie doch eigentlich haftbar sein und nicht die gänzlich unbeteiligten Ortskrankenkassen und Versicherungsanstalten. Nur in einem verschwindend kleinen Prozentsatz der vorkommenden Gewerbekrankheiten wird dem Arbeiter ein ausreichender Schutz gewährt, wenn nämlich die Krankheit in der Form eines Betriebsunfalles auftritt.

Um den Gewerbekrankheiten erfolgreich begegnen und sie aktiv bekämpfen zu können, sind zwei Möglichkeiten vorhanden: entweder man behandelt sie wie die Krankheiten des Seuchengesetzes, oder man wählt den Weg der besonderen Versicherung. Im ersten Band ist der Gedanke der Seuchengesetzgebung ausführlich behandelt worden. Es konnte dort gezeigt werden, wie tatsächlich auf diesem Wege der aktiven Bekämpfung große Erfolge erzielt werden. Die Bekämpfung der Seuchen stützt sich auf

Bleierkrankungen

Im Jahre	Durchschnittlicher Mitgliederbestand			Zahl der ausgewiesenen Bleivergiftungsfälle mit Arbeitsunfähigkeit			Somit entfiel eine Bleivergiftung auf Mitglieder		
	Ortskrankenkasse der Maler Berlins	Zentralkrankenkasse der Maler Deutschlands	Verband der Maler p. p. Deutschlands	Ortskrankenkasse der Maler Berlins	Zentralkrankenkasse der Maler Deutschlands	Verband der Maler p. p. Deutschlands	Ortskrankenkasse der Maler Berlins	Zentralkrankenkasse der Maler Deutschlands	Verband der Maler p. p. Deutschlands
1902	3815	7245	14 303	308	169	141	12,39	42,87	101,44
1903	4397	7365	19 037	470	177	255	9,36	41,61	74,65
1904	5029	8216	22 862	546	198	335	9,74	41,49	68,24
1905	5328	9488	29 470	471	198	405	11,31	47,92	72,76
1906	5355	9982	36 626	347	149	421	15,43	66,99	86,98
1907	5173	10165	39 009	379	185	543	13,65	54,95	71,84
1908	4992	9808	39 485	298	181	575	16,75	54,19	69,67
1909	4781	9212	38 733	285	176	635	16,78	52,34	61,00
1910	4960	8923	42 692	268	161	618	18,50	55,42	69,08
Durchschnitt 1902—10	4870	8934	31 357	375	177	436	12,99	50,48	71,92

die Anzeigepflicht der in Frage kommenden Krankheiten, alsdann erfolgt die Ermittlung des Ansteckungsweges durch die beamteten Organe, und schließlich werden die Maßnahmen je nach Lage des Falles so oder so getroffen. Der Kampf wird somit in Einzelgefechte aufgelöst, man nimmt gewissermaßen die einzelnen Gegner aufs Korn, stellt die für den besonderen Fall verantwortliche Krankheitsursache fest und kann sie dann leicht beseitigen, so daß diese Ursache weiter nicht mehr wirksam sein kann und die Ansteckungsquelle verstopft ist. Diese Art der Bekämpfung ist nur dann möglich, wenn man es mit einem bekannten Gegner zu tun hat, die Krankheit nur in solcher Verbreitung auftritt, daß man sich tatsächlich erfolgreich um den einzelnen Fall oder die gemeinsame Infektionsquelle bekümmern kann, und schließlich die Inkubationszeit nicht zu lange dauert. Solange der Typhusbazillus unbekannt war und man die Ansteckung durch Wasser, Lebensmittel und Bazillenträger nicht genügend kannte und mit Sicherheit voneinander unterscheiden konnte, war die Bekämpfung des Typhus aussichtslos. Wenn die übertragbare Genickstarre hier und da zerstreut auftritt, so kann man ihr erfolgreich begegnen, ist es aber zu einer Masseninfektion gekommen, so sind so viele Ansteckungsquellen geschaffen, daß man nicht alle auffinden kann und damit der Nutzen der prophylaktischen Seuchenbekämpfung mehr oder minder in Frage gestellt wird. Wenn drittens die Inkubationszeit bei einer Krankheit so lange dauert wie etwa bei der Lepra, so wird es fast stets unmöglich sein, die Art und Zeit der Ansteckung festzustellen, und selbst, wenn dies gelingt, so wird bei der oft jahrelangen Zeit, die verstrichen ist, die Ansteckungsquelle bereits viel Unheil auch anderweit angerichtet haben.

Der Gedanke, den Gewerbekrankheiten in der beschriebenen Weise zu begegnen, ist ausgedehnt erörtert und auch zum Teil in die Praxis umgesetzt worden. In Deutschland hat das Königreich Sachsen bereits im Jahre 1901 die Anzeigepflicht für Bleierkrankungen durchgeführt und diese durch den Erlaß des Ministeriums des Innern vom 4. März 1907 weiterhin auf alle Arten von gewerblichen Erkrankungen ausgedehnt. „Einer Anregung der

der Maler.

Auf 100 Mitglieder entfielen Erkrankungen mit Arbeitsunfähigkeit			Auf 1 Mitglied entfielen Krankheitstage			Von 100 Krankentagen entfielen auf Bleivergiftungen		
Ortskrankenkasse der Maler Berlins	Zentralkrankenkasse der Maler Deutschlands	Verband der Maler p. p. Deutschlands	Ortskrankenkasse der Maler Berlins	Zentrnlkrankenkasse der Maler Deutschlands	Verband der Maler p. p. Deutschlands	Ortskrankenkasse der Maler Berlins	Zentralkrankenkasse der Maler Deutschlands	Verband der Maler p. p. Deutschlands
8,07	2,33	0,99	2,89	0,87	—	19,72	10,83	—
10,69	2,40	1,34	3,70	0,77	—	26,43	8,58	—
10,26	2,41	1,46	3,39	0,72	—	22,85	8,48	—
8,84	2,09	1,37	3,11	0,65	—	22,08	7,47	—
6,48	1,49	1,15	2,40	0,76	—	18,70	8,80	—
7,32	1,82	1,39	2,60	0,67	—	18,11	6,86	—
5,97	1,85	1,46	2,65	0,50	—	18,59	4,49	—
5,96	1,91	1,64	2,46	0,54	—	17,99	4,65	—
5,40	1,80	1,44	2,25	0,54	—	16,32	5,32	—
7,70	1,98	1,39	2,82	0,66	—	20,06	6,91	—

Internationalen Vereinigung für gesetzlichen Arbeiterschutz Folge gebend, werden die Kreishauptmannschaften veranlaßt, die Krankenkassenärzte und Krankenkassenvorstände anzuweisen, in gleicher Weise und unter Beobachtung der gleichen Formen, wie dies nach der Verordnung vom 27. Juni 1901 bei Bleierkrankungen zu geschehen hat, auch bei Erkrankungen gewerblicher Arbeiter durch andere Gifte und Krankheitsstoffe (Phosphor, Arsenik, Quecksilber, Milzbrandkeime usw.) Anzeige zu erstatten. Von den zur Anzeige gelangten gewerblichen Erkrankungen einschließlich der Bleierkrankungen haben die Polizeibehörden die zuständige Gewerbeinspektion und den zuständigen Bezirksarzt am Schlusse jedes Monats in Kenntnis zu setzen." Preußen will in etwas anderer Weise vorgehen. Der preußische Handelsminister und der Minister des Innern haben einen Erlaß an die Regierungspräsidenten gerichtet, in dem es heißt: „Der weitere Ausbau der Arbeiterschutzgesetzgebung und auch das Maß des Schutzes, das den Arbeitern in den einzelnen Betrieben zuteil wird, hängen zum großen Teil davon ab, daß es gelingt, zuverlässige Angaben über die Art und den Umfang der auf Vergiftungen beruhenden gewerblichen Erkrankungen zu erhalten. Infolgedessen ist von verschiedenen Seiten, unter anderm auch von der Internationalen Vereinigung für gesetzlichen Arbeiterschutz, die Einführung der ärztlichen Anzeigepflicht für alle gewerblichen Vergiftungen angeregt worden. Dieser Maßregel stehen aber beträchtliche Schwierigkeiten entgegen. Dagegen erscheint es empfehlenswert, zu versuchen, ob es möglich ist, gemäß § 343 der RVO. von den Krankenkassen brauchbare Angaben über die gewerblichen Erkrankungen, die auf Vergiftungen zurückzuführen sind, zu erhalten. In diesem Paragraphen, der allerdings noch nicht in Kraft getreten ist, werden die Krankenkassen verpflichtet, den Gewerbeaufsichtsbeamten auf Verlangen Auskunft über die Zahl und Art der Erkrankungen zu geben. Diese Bestimmung soll — wie in den Reichstagsverhandlungen zum Ausdruck gebracht ist — es ermöglichen, die Berufskrankheiten wirksam zu erfassen und ihrer Ausbreitung vorzubeugen. Dazu wird es indessen nicht genügen, lediglich die Zahl der unter den Mit-

gliedern einer Krankenkasse vorgekommenen Erkrankungsfälle kennen zu lernen, vielmehr wird es nötig sein zu erfahren, in welchem Betriebe die Erkrankungen vorgekommen sind, und welche Personen erkrankt sind. Die Krankenkassen besitzen meistens diese Angaben. Sie werden auch nach den bisherigen Erfahrungen in der Regel durchaus bereit sein, sie dem Gewerbeaufsichtsbeamten zur Verfügung zu stellen. Ich ersuche Sie daher, die Ihnen unterstellten Gewerbeinspektoren anzuweisen, daß sie sich unter Beziehung auf § 343 der RVO. mit den Vorständen derjenigen Krankenkassen ihres Bezirkes, unter deren Mitgliedern vermutlich Blei-, Phosphor-, Arsen- oder Quecksilbervergiftungen nicht nur ganz ausnahmsweise vorkommen werden, in geeigneter Weise in Verbindung zu setzen und sie, soweit dies erreichbar ist, zu veranlassen, ihnen von jeder Erkrankung eines Mitgliedes, die durch Blei, Quecksilber, Arsen oder Phosphor hervorgerufen ist, tunlichst bald Kenntnis zu geben. Dabei ist alles, was als eine zwecklose Belästigung der Kassen aufgefaßt werden könnte, also namentlich entbehrliches Schreibwerk, und jede Ausdehnung des Ersuchens über die bezeichneten Fragen hinaus unbedingt zu vermeiden. Auf Grund der eingegangenen Mitteilungen haben die Gewerbeaufsichtsbeamten die Ursache der Vergiftungen tunlichst aufzuklären und, soweit dies möglich erscheint, auf den durch § 120d der Gewerbeordnung und § 8 der Dienstanweisung vom 23. März 1892 bezeichneten Wege ihrer Wiederholung entgegenzuwirken. Von jeder eingegangenen Mitteilung haben sie alsbald dem Kreisarzte Kenntnis zu geben, damit dieser sie in medizinischer Hinsicht rechtzeitig prüfen kann, geeignetenfalls haben sie sich der Mitwirkung des Kreisarztes bei den Nachforschungen nach den Ursachen der Vergiftungen zu versichern."

In diesem Erlaß ist auf eine Anregung der Internationalen Vereinigung für gesetzlichen Arbeiterschutz Bezug genommen. Tatsächlich hat sich die Vereinigung bereits im Jahre 1904 mit dieser Frage beschäftigt und eine Grundlage dadurch geschaffen, daß auf ihre Anregung das Internationale Arbeitsamt Listen von anzeigepflichtigen Gewerbekrankheiten ausgearbeitet hat. Die hier genannten Krankheiten sollen anzeigepflichtig sein, und zwar soll die Anzeigepflicht durch die behandelnden Ärzte und durch die Betriebsunternehmer ausgeübt werden, und weiterhin soll die Unterstützung der Krankenkassen gesichert werden.

Die Anzeigepflicht gewährt, wenn sie wirksam durchgeführt wird, zum mindesten eine wertvolle statistische Unterlage. Ob allerdings die wirksame Durchführung so leicht möglich ist, das ist eine Frage, die eher mit „nein" als mit „ja" zu beantworten ist. Denn die Ärzte sind unter heutigen Umständen meist abhängig von den Fabriken, da gerade die Betriebskrankenkassen sich gegen die freie Arztwahl sperren. Und die Unternehmer würden bei Erfüllung der Anzeigepflicht gegen ihren eigenen Vorteil handeln.

Bei dieser Sachlage wäre es sehr optimistisch zu glauben, daß die Anzeigepflicht in Deutschland wirksam durchzuführen wäre. Selbst wenn man dieses annehmen wollte, so würde ein Gesetz zur Bekämpfung der Gewerbekrankheiten doch eine unwirksame Maßnahme sein, da die oben erwähnten drei grundsätzlichen Bedingungen hier nicht erfüllt sind. Die Zahl der übertragbaren Krankheiten ist eine beschränkte, die der Gewerbekrankheiten dagegen ist außerordentlich groß und nicht zu übersehen. Man kann in die Anzeigeliste nur diejenigen Krankheiten aufnehmen, die man kennt. Gerade bei den Gewerbekrankheiten ist dieses unmöglich, da wir hier erst am Beginn ihrer wissenschaftlichen Erforschung stehen. Ferner wäre die Entscheidung, ob eine gewerbliche

Erkrankung vorliegt, in die Hände der ersten Instanz — des behandelnden Arztes — gelegt, die selbst bei völliger Unparteilichkeit doch nicht die genügende Sachkenntnis garantiert. Der Gegner selbst ist also nur zum Teil bekannt, seine Bekämpfung müßte demgemäß Stückwerk bleiben. Aber auch die zweite Grundlage, daß man den Kampf in Einzelgefechte auflösen kann, ist nur bedingt gegeben. Es müssen ganz neue Kategorien von Beamten geschaffen werden, wenn man z. B. allen Fällen von Bleivergiftung wirksam nachgehen wollte. In den großen Fabriken wäre das verhältnismäßig noch einfach, aber sobald man ins Kleingewerbe kommt, hört diese Möglichkeit überhaupt auf. Denn hier in jedem Falle die Ursache festzustellen, ist bei der Unzahl von Vergiftungsmöglichkeiten undurchführbar. Tatsächlich verzichtet man ja auch in England darauf und beschränkt sich auf gewisse Fabrikbetriebe. Und schließlich ist auch die Länge der Inkubationszeit oft zu groß, um die wirkliche Quelle der Erkrankung feststellen zu können. Wenn man bei dem Beispiel der Bleivergiftung bleibt, so ist es unmöglich, bei einem Maler, der in den letzten Jahren mehrere Stellen gewechselt hat, zu sagen, daß er sich in einem Betriebe bestimmt die Krankheit geholt hat. Schließlich sind aber auch die Maßnahmen, die zur Verhütung weiterer Fälle getroffen werden, von zweifelhaftem Wert. Denn mögen auch gewisse Mißstände abgestellt werden, nach einiger Zeit muß die intensive Bewachung aufhören, und dann kann der alte Schlendrian wieder einreißen. Die Schutzmaßnahmen werden vernachlässigt werden, und alles kommt wieder auf den alten Punkt zurück. Man kann auch keinen Menschen gegen seinen Willen vor Krankheit schützen. Alle Sicherheitsmaßnahmen stoßen auf den größten Widerstand der Arbeiter, die die Aspiratoren nicht anlegen, die staubabsaugenden Ventilatoren abstellen und Schutzvorrichtungen entfernen, so daß Erkrankungen, die aus dieser Ursache herrühren, überhaupt nicht gesetzgeberisch zu fassen sind. Ein Gesetz zur Bekämpfung der Gewerbekrankheiten nach dem Muster der Seuchengesetze wäre somit zwecklos. Es könnte seine Aufgabe nicht erfüllen und würde nur zu zahllosen Beunruhigungen der Gewerbetreibenden führen und ihren Geschäftsbetrieb empfindlich schädigen.

Die zweite Möglichkeit, die Gewerbekrankheiten zu bekämpfen, ist die soziale Versicherung. Wenn man von den wenigen Fällen absieht, die in Deutschland unter die Unfallversicherung fallen, so ist nichts auf diesem Gebiete außer in England getan. Das Unfallversicherungsgesetz von 1906 (Workmens Compensation Act) rechnet nämlich eine Anzahl von Krankheiten, die durch den Betrieb veranlaßt werden, zu den Unfällen. Diese Krankheiten sind im Gesetz besonders namhaft gemacht und ebenso der Arbeitsprozeß, bei dem sie zustande kommen müssen. Es ist beispielsweise die Wurmkrankheit beim Bergbau genannt. Sie ist also nur in diesem Betriebe entschädigungspflichtig. Tritt sie z. B. bei Tunnelarbeitern auf, so erhalten die Erkrankten keine Entschädigung. Das Gesetz sah 6 Gewerbekrankheiten als entschädigungspflichtig vor, die in einer Liste namhaft gemacht wurden. Bereits im Jahre 1907 wurde die Liste durch den Minister, der durch das Gesetz diese Befugnis erhalten hat, auf Vorschlag eines Komitees um 18 Krankheiten bereichert, im Jahre 1908 um zwei weitere. Es sind ferner noch zahlreiche andere Krankheiten in Vorschlag gebracht, deren Einreihung bald folgen dürfte.

Es ist zuzugeben, daß auf diese Weise eine Versicherung gewisser Gewerbekrankheiten erreicht wird, und darin liegt ein unverkennbarer Fort-

schritt. Andererseits ist eine Beschränkung auferlegt, die auf die Dauer unerträglich werden wird. Will man dieser Beschränkung begegnen, so muß man die Liste erweitern. Wenn aber die Liste einmal etwa auf einige hundert Nummern wachsen sollte, so wäre auch dann eine vollkommene Leistung noch nicht erzielt, es würden immer noch Fälle übrig bleiben, für die nicht gesorgt ist. Und schließlich ist auf diesem Wege eine Fürsorge, die gleichzeitig der allgemeinen Prophylaxe dienen soll, überhaupt nicht möglich. Im besten Falle hinkt die Gesetzgebung dem anerkannten Bedürfnis um eine Reihe von Jahren nach. Hunderte und Tausende dagegen, denen es das Geschick nicht beschert hat, sich eine Krankheit der Liste, sondern eine andere Gewerbekrankheit durch ihren Beruf zu erwerben, bleiben mit ihren gerechten Ansprüchen unberücksichtigt. Es wird damit eine ungerechte Behandlung geschaffen, die mit der Schwerfälligkeit des ganzen Apparates vorzüglich konkurriert.

Es wäre bedauerlich, wenn die deutsche Gesetzgebung dem englischen Beispiel der Listenaufstellung, die dort durch die Besonderheiten der Fabrikaufsicht veranlaßt worden ist, folgen sollte. Man würde damit auf eine großzügige Lösung der Frage verzichten. Der § 547 der Reichsversicherungsordnung sieht vor, daß die Unfallversicherung auf bestimmte gewerbliche Berufskrankheiten durch Beschluß des Bundesrats ausgedehnt werden kann.

Er wird hoffentlich nicht die Folge haben, daß man dem Beispiel Englands folgt. In Deutschland ist eine andere Art der Durchführung in organischer Weiterentwicklung unserer sozialen Versicherung notwendig. Die Möglichkeit bietet sich in der Versicherung der Betriebskrankheiten, wie ich es vorgeschlagen habe, oder wenigstens in der Versicherung der gewerblichen Vergiftungen.

Die Kaiserliche Botschaft vom November 1881, die den Hilfsbedürftigen größere Sicherheit und Ergiebigkeit des Beistandes, auf den sie Anspruch haben, zusicherte, ist für die ganze große Kategorie der Berufs- und Gewerbekrankheiten, die doch ausschließlich den spezifischen Schädlichkeiten der Betriebe ihre Entstehung verdanken, unerfüllt geblieben. Mochten früher andere Aufgaben dringender erscheinen und die Arbeiterschutzgesetzgebung für ausreichend gehalten werden, so ist doch jetzt der Augenblick, wo man an der Ausdehnung der sozialen Versicherung auf die Gewerbekrankheiten nicht länger vorbeigehen kann.

Literatur.

Ewald, Reichsversicherung und Gewerbekrankheiten. Deutsche Med. Wochenschr. 1909.

Lewin, Die Vergiftungen in Betrieben und das Unfallversicherungsgesetz. Deutsche Med. Wochenschr. 1900.

— Die Grundlagen für die medizinische und rechtliche Beurteilung des Zustandekommens und des Verlaufs von Vergiftungs- und Infektionskrankheiten im Betriebe. Amtliche Nachrichten des RVA. 1907, Nr. 3.

Teleky, Die Berufskrankheiten sowohl in bezug auf ihre Verhütung als auf die Versicherung. 8. Internationaler Kongreß für Arbeiterversicherung. Rom 1908.

Kley, Die Berufskrankheiten und ihre Stellung in der staatlichen Arbeiterversicherung. Kassel 1897.

Sommerfeld, Der Gewerbearzt (Literatur). Im Handbuch der Sozialen Med. Jena 1905.

Rambousek, Gewerbliche Vergiftungen. Leipzig 1911.

Kaup, Der Einfluß der Gesetzgebung auf gewerbliche Erkrankungen. Archiv für soziale Hygiene 1912, S. 191.
Legge, Industrial Diseases and the Workmen's Compensation Act 1906. 11. Internationaler Kongreß für Berufskrankheiten. Brüssel 1910.
Teleky, Berufskrankheit und Unfall. 11. Internationaler Kongreß für Berufskrankheiten. Brüssel 1910.
Lenoir, Accidents du Travail et Maladies Professionnelles. 11. Internationaler Kongreß für Berufskrankheiten. Brüssel 1910.
Grandhomme, Die Fabriken der Farbwerke A.-G. vorm. Meister, Lucius & Brüning zu Höchst a. M. in sanitärer und sozialer Beziehung. Frankfurt a. M. 1896.
Leymann, Erkrankungsverhältnisse in einigen chemischen Betrieben. Concordia 1906, Nr. 7, 8, 9.
— Erkrankungsverhältnisse in einer Anilinfabrik. Concordia 1910, S. 355.
Curschmann, Krankenstatistik der deutschen chemischen Industrie für die Jahre 1909 und 1910. Bearbeitet im Auftrage der Berufsgenossenschaft der chemischen Industrie. Verwaltungsbericht der Berufsgenossenschaft der chemischen Industrie 1910.
Abelsdorff, Bleierkrankungen in gewerblichen Betrieben. Concordia 1910, S. 359.
Walter, Die Gewerbekrankheiten im englischen Unfallentschädigungsgesetze von 1906. Concordia 1911, S. 375.
Günther, Geschichte der preußischen Fabrikgesetzgebung bis zu ihrer Aufnahme durch die Reichsgewerbeordnung. Staats- und Sozialwissenschaftliche Forschungen, Heft 47, 1891.
Bittmann, Zum Kapitel Arbeiterschutz und Arbeiterwohlfahrt. Concordia 1911, S. 425.
Koelsch, Entwicklung, Wege und Ziele des gewerbeärztlichen Dienstes. Archiv für soziale Hygiene, Bd. 11, Heft 1.
Abelsdorff, Die Mitwirkung von Ärzten im Dienste der englischen Gewerbeaufsicht. Medizin. Reform 1909, S. 313.
Fischer, Der Entwurf einer Liste der gewerblichen Gifte. Als Manuskript gedruckt. Frankfurt a. M. 1910.
Weyl, Handbuch der Arbeiterkrankheiten. Jena 1908. Literatur.
Fischer, Fortschritte der sozialen Hygiene. Annalen für soziale Politik und soziale Gesetzgebung 1911, S. 322.
Könen, Die Begründung zum § 547 der Reichsversicherungsordnung. Gewerbehygiene und Gewerbekrankheiten. Beilage zur ärztlichen Sachverständigenzeitung 1911, Nr. 3, S. 22.
Dearden, Staatsärztliche Überwachung der Fabriken und Werkstätten in England. Public health December 1910. Ref. in Zeitschr. f. Medizinalbeamte 1911, S. 545.

Neunundzwanzigstes Kapitel.

Die Angestelltenversicherung.

Die Versicherung der Privatangestellten in Deutschland ist eine Neuerung, die in kurzer Zeitspanne hauptsächlich oder fast ausschließlich auf Wunsch der Angestelltenkreise geschaffen worden ist und dementsprechend auch Bedenken und Schwächen zeigt wie alle Werke, die den Anforderungen und Wünschen des Augenblicks ihre Entstehung verdanken. Über die Geschichte habe ich kurz im ersten Kapitel gesprochen. Die ganze Bewegung nahm ihren Ausgang von Österreich und wurzelt darin, daß die Angestellten oder, wie man sagt, Privatbeamten eine ähnliche Alters- und Invaliditätsversorgung wünschten, wie sie Staats- und Kommunalbeamte bei uns allgemein haben. Die Angestellten wollten eine Pensionsversicherung. Wenn man den Gedanken, die Angestelltenversicherung zu einer allgemeinen obligatorischen zu machen, ja auch vielleicht nicht für glücklich oder gar nicht für richtig hält, so muß man doch zugeben, daß hier der Versuch gemacht wird, für unbefriedigende Verhältnisse eine Lösung zu finden. Die Zahl der Angestellten ist nämlich dauernd im Wachsen begriffen und ein Ende ist hier nicht abzusehen. Noch vor 20—30 Jahren lagen die Dinge ganz anders. Die Unzahl technischer Berufe, die vorübergehend oder dauernd eine Legion von Personen mit niederer, mittlerer oder selbst akademischer Fachausbildung beschäftigen, ist völlig neu entstanden. Wohl gab es früher auch Techniker, Chemiker und Ingenieure, aber ihre Zahl war verschwindend gering, die Leute selber hatten die Aussicht, in selbständige Stellungen zu kommen oder Fabriken zu leiten oder solche zu gründen. Die kleinen Betriebe können sich heute nicht halten, entweder sie gehen zum Großbetrieb über, oder sie verschwinden. Ein Fabrikunternehmen in bescheidenem Maße zu gründen und auf eine ansehnliche Höhe zu bringen, ist heute unmöglich, da von vornherein nur groß angelegte Unternehmungen, die aber viel Geld verschlingen, Aussicht haben, erfolgreich konkurrieren zu können. Die Zeiten, wo ein Krupp aus einer kleinen Maschinenschlosserei eine Weltfabrik schaffen konnte, sind vorbei, heute würde auch einem Krupp das nicht gelingen, und all die Gründer großer Industriewerke haben zu einer Zeit der aufsteigenden Konjunktur gelebt, wo der einzelne mit der Konjunktur selbst hochgehoben wurde. Heute bestehen überall Riesengeschäfte. Die Kraft auch des Hervorragendsten kann sich nicht in Neugründungen betätigen, sondern muß versuchen, einem solchen Riesenbetrieb sich dienstbar zu erweisen. Die früheren Besitzer selber können die Sachlage nicht mehr übersehen und schreiten zur Gründung von Aktiengesellschaften. Im kaufmännischen Leben sehen wir dieselbe Erscheinung, die großen Firmen erdrücken die kleinen, es kommt zur Trustbildung, und überall wird damit die Gründung neuer selbständiger Existenzen unmöglich gemacht. Das Heer der Ange-

stellten wird infolgedessen immer größer und ist von 307 268 Personen im Jahre 1882 auf 621 825 im Jahre 1895 und gar auf 1 290 728 im Jahre 1907 gewachsen. Während die Zahl der Angestellten immer größer wird, sinkt dementsprechend die Ziffer der selbständigen Personen. Auf 1000 Personen der Gesamtbevölkerung kamen

	selbständige	angestellte usw.
1882	114,8	11,0
1895	105,7	18,2
1907	89,0	29,7

Von 1895—1907 ist lediglich in der Landwirtschaft die Zahl der unselbständigen Personen ziemlich stationär geblieben, im Handel ist sie von 261 907 auf 505 909, in der Industrie von 263 745 auf 686 007 gestiegen In der Industrie ist also die Zahl der Angestellten stärker gestiegen als im Handel, und zwar um mehr als 175 000 Personen. Überall ist die Steigerung sehr groß, besonders auffallend aber in der Maschinenindustrie.

Während früher die Anstellung eine vorübergehende und nur die Vorbereitung zur eigenen Selbständigkeit war, ist jetzt die Anstellung zu einer dauernden geworden. Die Erscheinung kehrt in allen Berufen wieder. Der Schlossergeselle z. B. ließ sich früher als Meister nieder, heute bleibt er Werkmeister in einem größeren Betriebe oder in einer Fabrik; der junge Handlungsgehilfe in der Konfektionsbranche etablierte sich selber, heute wird er bestenfalls Aufsichtsperson in einer Abteilung eines Warenhauses; der junge Mann, der früher Handwerker wurde, wird heute Schreiber beim Rechtsanwalt oder in einem Bureau, weil heute die allgemeine Meinung die körperliche Arbeit nicht so hoch taxiert wie Schreib- und Bureautätigkeit. Die Technischen Hochschulen entladen immer größere Scharen von jungen Leuten, die nach Art der Vorbildung für eine dauernde Angestelltentätigkeit prädestiniert sind. Und selbst in den freien akademischen Berufen findet man eine ähnliche Erscheinung. Denn bei den Medizinern ist die Assistentenstellung schon längst nicht mehr die Durchgangsstellung von 2—3 Jahren, sondern wird oft 5—10 Jahre eingenommen und bei den Psychiatern sogar in die Dauerstellung eines Anstaltsarztes umgewandelt. Die Krankenhausärzte, die früher nebenher ihre Krankenhaustätigkeit ausübten, werden mehr und mehr der freien Praxis entzogen und in hauptamtlicher Funktion angestellt.

Unter den Angestellten der verschiedenen Berufe unter sich entsteht damit eine Konkurrenz, die oft recht häßliche Formen annimmt, und die zu einer niedrigen Entlohnung führt. Die Arbeitskräfte werden außerordentlich gering bezahlt, und zu diesem Drücken der Gehälter trägt nicht zum wenigsten das weibliche Arbeitsangebot bei. So ist (1895—1907) in der Industrie die Zahl der angestellten Frauen von 9324 auf 63 936 und im Handel und Verkehr von 11 987 auf 79 689 gestiegen. Von den rund 1,4 Millionen männlicher Privatangestellten bezogen nach der Begründung des Gesetzentwurfes rund 900 000 Gehälter bis zu 2000 M. Einkommen bis zu 3000 M. besaßen rund 1,3 Millionen oder 90% der Gesamtheit. Von rund 400 000 weiblichen Privatangestellten wiesen 350 000 Einkommen bis zu 2000 M. auf, 380 000 hatten Gehälter bis zu 3000 M., also 95% der Gesamtheit. Angesichts dieser Zahlen und Verhältnisse kann man den Wunsch der Privatangestellten verstehen, durch staatliche Versicherung eine Versorgung für den Fall der Berufsunfähigkeit und eine Hinterbliebenenfürsorge zu erhalten.

Leider hat man, obwohl die überwiegende Zahl der Angestellten auf niedere Einkommen angewiesen ist, die neue Versicherungsart nicht an die Invalidenversicherung angegliedert, sondern neben ihr besonders ausgestaltet, so daß nun die meisten Angestellten h nsichtlich der Invalidität doppelt versichert sind.

Das Versicherungsgesetz für Angestellte schließt nach unten Arbeiter, Gehilfen, Gesellen, Lehrlinge, Dienstboten, Schreiber, die nur mit gewöhnlichen Schreib- und Kopierarbeiten beschäftigt sind (Komm.-Bericht S. 10, 68, 8), von der Versicherung aus. In Frage kommen nur Personen in höherer oder gehobener Stellung, wobei die Vorbildung (ob akademisch oder nicht) gleichgültig ist; sie müssen sich ferner in einem abhängigen Verhältnis zu einem Arbeitgeber befinden. Personen unter 16 Jahren sind versicherungsfrei. Die obere Grenze ist ein Einkommen aus der Stellung von 5000 M. Innerhalb der genannten Grenzen sind die erwähnten Personenkategorien versicherungspflichtig; eine Definition des Personenkreises ist im Gesetz selbst nicht gegeben (§ 1). Alle Beamten von Behörden, Lehrer an öffentlichen Schulen und Geistliche anerkannter Religionsgesellschaften sind bei Ruhegehaltsberechtigung, alle Ärzte, Zahnärzte und Tierärzte überhaupt von der Versicherung befreit (§§ 9, 10).

Eine freiwillige Versicherung gibt es nur als Weiterversicherung bei Personen, die früher versicherungspflichtig waren und aus der Beschäftigung nach mindestens sechsmonatiger Versicherung ausscheiden. Eine freiwillige Versicherung ist höchstens in derjenigen Gehaltsklasse zulässig, die dem Durchschnitt der letzten 6 Pflichtbeiträge entspricht oder am nächsten kommt (§ 18). Waren diese Personen bereits für 120 Beitragsmonate versichert, so kann die Versicherung in eine prämienfreie umgewandelt werden, sofern nur eine Anerkennungsgebühr von jährlich 3 M. entrichtet wird (§ 15, 172 Abs. 2). Die Anerkennungsgebühr wird aber bei Feststellung des Ruhegeldes nicht eingerechnet (Komm.-Ber. S. 76). Innerhalb der zehnjährigen Wartezeit müssen jährlich mindestens 8, nach ihrem Ablauf mindestens 4 Monatsbeiträge jährlich entrichtet werden, um die Anwartschaft aufrecht zu erhalten. Dabei genügt der niedrigste Monatsbeitrag (§ 49).

Die Beitragsleistung erfolgt nach Gehaltsklassen, und zwar sind 9 Gehaltsklassen gebildet, von denen die ersten 5 mit entsprechenden der allgemeinen Invalidenversicherung übereinstimmen. Auch Tantiemen und andere Bezüge werden auf das Gehalt verrechnet (§ 17). Bis zum 25. Lebensjahre können Versicherte in eine höhere Gehaltsklasse eintreten, als ihrem Jahresarbeitsverdienst entspricht, bei Verringerung des Einkommens kann jedermann in der bisherigen Gehaltsklasse bleiben (§ 19). Über die Höhe der Beiträge und die einzelnen Gehaltsklassen gibt die auf S. 677 abgedruckte Tabelle Aufschluß.

Die Entrichtung der Beiträge hat durch den Arbeitgeber zu erfolgen, der bei der Gehaltszahlung die Hälfte der Beiträge in Abzug bringen kann (§ 176, 178). Da die Reichspostverwaltung sich weigerte, ihren Betrieb durch Ausgabe weiterer Marken zu belasten, ist als Ersatz der Postscheckverkehr eingeführt. Bei Angestellten, die im Dienste mehrerer Arbeitgeber stehen, ist die Scheckeinzahlung sogar obligatorisch. Die Bescheinigung des Arbeitgebers in der Versicherungskarte gilt als Quittung über die erfolgte Beitragszahlung. Soweit trotzdem eine Nachfrage nach Marken bestehen bleibt, hat sich die Reichsversicherungsanstalt zur einzigen Markenausgabestelle selbst erklärt. Im Gegensatz zu der reichsgesetzlichen Invalidenversicherung

hat der Versicherte bei Ausstellung der Versicherungskarte mitzuwirken. Der Versicherte hat die Versicherungskarte ausstellen zu lassen. Die Ausstellung ist vom Versicherten mittels Aufnahmekarte, die über Alter, Familienverhältnisse und Gehaltsbezüge Aufklärung geben muß, bei der Ausgabestelle (§ 194) zu beantragen.

Beitrags- und Rententabelle der Angestelltenversicherung.

Gehaltsklasse	Jahresgehalt	Monatsbeitrag	Ruhegeld jährlich			Witwen- und Waisenrente						Hausgeld bei Heilverfahren täglich
						nach 10 J.		nach 20 J.		nach 30 J.		
			n. 10 J.	n. 20 J.	n. 30 J.	Witwenrente	Waisenrente	Witwenrente	Waisenrente	Witwenrente	Waisenrente	
A	bis 550	1,60	48	72	96	19,20	3,84	28,80	5,76	38,40	7,68	0,24
B	550— 850	3,20	96	144	192	38,40	7,68	57,60	11,52	76,80	15,36	0,48
C	850—1150	4,80	144	216	288	57,60	11,52	86,40	17,28	115,20	23,04	0,72
D	1150—1500	6,80	204	306	408	81,60	16,32	122,40	24,48	163,20	32,64	1,12
E	1500—2000	9,60	288	432	576	115,20	23,04	172,80	34,56	230,40	46,08	1,44
F	2000—2500	13,20	396	594	792	158,40	31,68	237,60	47,52	316,80	63,36	1,99
G	2500—3000	16,60	498	747	996	199,20	35,84	298,80	59,76	398,40	79,68	2,49
H	3000—4000	20,00	600	900	1200	240,00	48,00	360,00	72,00	480,00	96,00	3,00
J	4000—5000	26,60	798	1197	1596	319,20	63,84	478,80	95,76	638,40	127,68	3,99

Als Beitragsmonate im Sinne der §§ 15, 49 werden die Kalendermonate angerechnet, in denen der Versicherte

1. zur Erfüllung der Wehrpflicht in Friedens-, Mobilmachungs- oder Kriegszeiten eingezogen gewesen ist,
2. in Mobilmachungs- oder Kriegszeiten freiwillig militärische Dienstleistungen verrichtet hat,
3. wegen einer Krankheit zeitweise arbeitsunfähig und nachweislich verhindert gewesen ist, seine Berufstätigkeit fortzusetzen,
4. zur beruflichen Fortbildung eine staatlich anerkannte Lehranstalt besucht.

Die oberste Verwaltungsbehörde bestimmt, welche Lehranstalten als staatlich anerkannte im Sinne dieser Vorschrift gelten (§ 51).

Die Genesungszeit wird der Krankheit (§ 51 Nr. 3) gleichgeachtet. Dasselbe gilt für die Dauer von zwei Monaten bei einer Arbeitsunfähigkeit, die durch eine Schwangerschaft oder ein regelmäßig verlaufendes Wochenbett veranlaßt ist (§ 52).

Die Leistungen der Versicherung bestehen in Ruhegeld, Witwen- und Waisenrente. Ruhegeld erhält, wer die Berufsunfähigkeit oder das gesetzliche Alter nachweist, sowie die Wartezeit erfüllt und die Anwartschaft aufrecht erhalten hat (§ 21). Hinterbliebenenrenten werden gewährt, wenn der Verstorbene zur Zeit seines Todes die Wartezeit für das Ruhegeld erfüllt und die Anwartschaft aufrecht erhalten hat (§ 22). Die Renten sind verhältnismäßig niedrig, und von vielen Seiten glaubt man, daß das späterhin der Anlaß zu großer Unzufriedenheit werden wird. Die Witwe eines Privatbeamten mit 1200 M. Einkommen erhält nach 20jähriger Versicherungszeit des Mannes monatlich etwas mehr als 10 M. Witwenrente und nach 30 Jahren auch nur 13,50 M. Rente, die Waisenrente beträgt im entsprechenden Fall 2 M. resp. 2,72 M. Man hat gesagt, daß man dies weder als eine „Versorgung" der Witwe noch als einen „Erziehungsbeitrag" bezeichnen kann. Nun ist immerhin die Reliktenversorgung dadurch höher, daß eben die Bezüge der Reichsinvalidenversicherung hinzukommen. Alle Personen bis zu 2000 M. Einkommen sind darin obligatorisch enthalten, die andern können durch

Weiterversicherung ihre Ansprüche erhalten und sollten dieses auch zweckmäßigerweise tun. Der Privatbeamte von 1200 M. Einkommen hat z. B. nach 40 Jahren nur ein Ruhegeld von monatlich 42,50 M. zu erwarten. Er kann dann aber immerhin noch den Versuch machen, durch Nebenbeschäftigung etwas zu erübrigen. Ist er wirklich invalide, so steigen seine Gesamtbezüge durch Einbeziehung der Invalidenrente auf monatlich 75 M., so daß er tatsächlich $^3/_4$ seines Gehaltes erhält. Seine Witwe würde bei Erwerbsunfähigkeit nach 30jähriger Versicherung monatlich 24,80 M. erhalten, also fast ein Fünftel des früheren Gehalts, die Waisenrente beträgt dann 8,32 M. monatlich. So ganz unbedeutend sind solche Renten immerhin nicht. In den einzelnen Tabellen (S. 679) sind verschiedene Übersichten gegeben, in denen die Höhe der Beiträge und Renten bei der Angestelltenversicherung allein und bei Doppelversicherung zusammengestellt sind. Dabei ergibt sich, daß die niedrigen Gehaltsklassen durch die Doppelversicherung erheblich begünstigt werden. In den niedrigsten Gehaltsklassen, die allerdings wohl nur für Frauen in Betracht kommen können, übertrifft sogar die Invalidenrente das Ruhegeld. Bei der Witwenrente sind bei Einkommen bis zu 1500 bzw. 1150 M. die Bezüge seitens der Invalidenversicherung höher und bei der Waisenrente gar bis zum Einkommen von 2500 M. Diese Erscheinung wird durch den Reichszuschuß bedingt, der bei der Angestelltenversicherung überhaupt nicht existiert. Während für Personen mit niederm Einkommen durch die Doppelversicherung vorzüglich gesorgt ist, kann dies für die höheren Gehaltsklassen nicht behauptet werden. Bei einem Manne, der ein monatliches Gehalt von 400 M. gehabt hat, ist ein Ruhegeld von 166 M. nach 30 Jahren und eine Witwenrente von 52 M. und eine Waisenrente von 10 M. nicht als ausreichende Versorgung anzusehen. Auch bei der Doppelversicherung, deren Last, soweit die Invalidenversicherung in Frage kommt, dann aber bei einem höhern Einkommen als 2000 M. allein von dem Versicherten zu tragen ist, erhöhen sich die Bezüge nur auf 200 M. bei Ganzinvalidität, bzw. 64,40 und 16,25 M. bei Witwen und Waisen. Bisher haben besonders die besser bezahlten Privatangestellten in ausgedehntem Maße sich privater Lebens- und Invaliditätsversicherungen bedient. Eine private Enquete der Angestellten im Jahre 1903 ergab, daß von 150 000 Angestellten

28,2% eine Lebensversicherung,
7,9% eine Pensionsversicherung und
7,9% eine Witwenversicherung abgeschlossen hatten.

Außerdem waren 6,1% an Pensions- und Witwenkassen beteiligt, die von der Arbeitgeberfirma eingerichtet waren. Rund ein Fünftel der Angestellten waren demnach in Pensionskassen versichert, und mehr als ein Fünftel in Lebensversicherungen. Der Wert solcher Privatversicherungen ist umso höher einzuschätzen, als die persönliche Initiative und das Verantwortlichkeitsgefühl darin ausgedrückt ist. Besonders hat aber bei der Lebensversicherung das zur Auszahlung gelangende Kapital einen ganz anderen Wert als eine Rente, da es etwas Bleibendes gegenüber der mit dem Tode erlöschenden Rente ist. Sodann hat das Kapital eine große Bedeutung, wenn es die Gründung einer selbständigen Existenz oder die Berufsausbildung der Kinder ermöglicht. Die private Versicherung wird nun durch die obligatorische erheblich gelähmt oder ganz vernichtet, und das Gesetz hat darum wirtschaftliche Folgeerscheinungen, die nicht erwünscht sind. Zu den unerwünschten Folgeerscheinungen gehört ferner die, daß die niedrigen Witwenrenten zwar

Rentenbezüge der Angestellten bei Ganzinvalidität.
(Doppelversicherung.)

Gehaltsklasse	Jahresgehalt M.		Invalidenrente nach 40 Jahren	Ruhegeld nach 40 Jahren	Summe der Rentenbezüge
A	bis 550		**240**	120	360
B	550— 850		**290**	240	530
C	850—1150		340	**360**	700
D	1150—1500		390	**510**	900
E	1500—2000		390	**720**	1110
F	2000—2500	Invalidenversicherung freiwill.	390	**990**	1380
G	2500—3000		390	**1245**	1635
H	3000—4000		390	**1500**	1890
J	4000—5000		390	**1995**	2385

Witwenrente bei Doppelversicherung und Invalidität der Witwe.
(Angestelltenversicherung und Invalidenversicherung.)

Gehaltsklasse	Jahresgehalt		Witwenrente nach 10 Jahren			Witwenrente nach 30 Jahren		
			Invalidenversicher.	Angestelltenvers.	Summa	Invalidenversicher.	Angestelltenvers.	Summa
A	bis 550		**80,40**	19,20	99,60	**98,40**	38,40	136,80
B	550— 850		**86,40**	38,40	124,80	**110,40**	76,80	187,20
C	850—1150		**92,40**	57,60	150,00	**122,40**	115,20	237,60
D	1150—1500		**98,40**	81,60	180,00	134,40	**163,20**	297,60
E	1500—2000		98,40	**115,20**	213,60	134,40	**230,40**	364,80
F	2000—2500	Invalidenvers. freiw.	98,40	**158,40**	256,80	134,40	**316,80**	451,20
G	2500—3000		98,40	**199,20**	297,60	134,40	**398,40**	532,80
H	3000—4000		98,40	**240,00**	338,40	134,40	**480,00**	614,40
J	4000—5000		98,40	**319,20**	417,60	134,40	**638,40**	772,80

Waisenrente bei Doppelversicherung.

Gehaltsklasse	Jahresgehalt M.		Waisenrente nach 10 Jahren			Waisenrente nach 20 Jahren			Waisenrente nach 30 Jahren		
			Invalid.-vers.	Angest.-vers.	Summa	Invalid.-vers.	Angest.-vers.	Summa	Invalid.-vers.	Angest.-vers.	Summa
A	bis 550		**40,20**	3,84	44,04	**45,00**	5,76	50,76	**49,20**	7,68	56,88
B	550— 850		**43,20**	7,68	50,88	**49,20**	11,52	60,72	**55,20**	15,36	70,56
C	850—1150		**46,20**	11,52	57,72	**54,00**	17,28	71,28	**61,20**	23,04	84,24
D	1150—1500		**49,20**	16,32	65,52	**58,20**	24,48	82,68	**67,20**	32,64	99,84
E	1500—2000		**49,20**	23,04	72,24	**58,20**	34,56	92,76	**67,20**	46,08	113,28
F	2000—2500	Invalidenvers. freiw.	**49,20**	31,68	80,88	**58,20**	47,52	105,72	**67,20**	63,36	130,56
G	2500—3000		**49,20**	35,84	85,04	58,20	**59,76**	117,96	67,20	**79,68**	146,88
H	3000—4000		**49,20**	48,00	97,20	58,20	**72,00**	130,20	67,20	**96,00**	163,20
J	4000—5000		49,20	**63,84**	113,04	58,20	**95,76**	153,96	67,20	**127,68**	194,88

nicht zur Lebensführung ausreichen, aber die betreffenden Frauen in die Lage versetzen, zu billigerem Preise Arbeitsangebote anzunehmen, als andere weibliche Bewerber es können; es muß daher zu einem Drücken der weiblichen Arbeitslöhne kommen. Eine Herabsetzung der Arbeitslöhne wird auch befürchtet, da auf diese Weise die Arbeitgeber die Beiträge der Versicherung von sich abwälzen würden. Es mag dahingestellt bleiben, ob diese Befürchtung zu Recht besteht.

Die Renten werden durch die Post ausbezahlt. Ihre Berechnung regelt sich folgendermaßen:

Das Ruhegeld beträgt nach Ablauf von 120 Beitragsmonaten ein Viertel der in dieser Zeit entrichteten Beiträge und ein Achtel der übrigen Beiträge (§ 55). Die Witwen- und Witwerrente beträgt zwei Fünftel des Ruhegeldes, das der Ernährer zur Zeit seines Todes bezog oder bei Berufsunfähigkeit bezogen hätte. Waisen erhalten je ein Fünftel, Doppelwaisen je ein Drittel des Betrags der Witwenrente (§ 57). Witwen-, Witwer- und Waisenrenten dürfen zusammen den Betrag des Ruhegeldes nicht übersteigen, das der Ernährer zur Zeit seines Todes bezog oder bei Berufsunfähigkeit bezogen hätte. Ergeben die Renten einen höheren Betrag, so werden sie im Verhältnis ihrer Höhe gekürzt. Beim Ausscheiden eines Hinterbliebenen erhöhen sich die Renten der übrigen bis zum zulässigen Höchstbetrage (§ 58). Ruhegeld und Renten werden in Teilbeträgen monatlich, auf volle fünf Pfennig aufgerundet, im voraus gezahlt (§ 59).

Die Wartezeit ist für Männer auf zehn Jahre (120 Beitragsmonate), für Frauen auf fünf Jahre (60 Beitragsmonate) festgesetzt. Diese verschiedenartige Behandlung erklärt sich daraus, daß der Anteil der versicherten Frauen an den Renten geringer ist als der der Männer, da hier die Witwenrente praktisch ganz und die Waisenrente fast ganz fortfällt. Man hat aber von einer geringeren Beitragsleistung der Frauen abgesehen, um nicht dadurch die Arbeitgeber zu einer Bevorzugung der weiblichen Arbeitskraft zu veranlassen. Statt dessen ist bei Frauen die Wartezeit abgekürzt, während Beiträge und Renten ebenso hoch sind wie bei den Männern. Bei der Berechnung der Renten werden die höheren Gehaltsklassen übrigens insofern benachteiligt, als sie in ihren jüngern Jahren bei niederm Gehalt in einer der untern Stufen versichert waren, und ihnen diese niedrigen Beiträge während der Wartezeit zu einem Viertel, die viel höheren Beiträge ihres späteren Lebens dagegen nur zu einem Achtel angerechnet werden.

Die Witwenrente wird bei der Angestelltenversicherung ohne Rücksicht auf die Erwerbsfähigkeit (§ 28), Waisenrenten werden bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres gewährt (§ 29), fallen aber bei Verheiratung schon eher fort (§ 64 Abs. 2). Die Witwenrente fällt bei Wiederverheiratung fort, wobei der Witwe der dreifache Betrag der Jahresrente als Abfindung gewährt wird (§ 64). Auf die besonderen Verhältnisse der weiblichen Versicherten bei der Verheiratung und bei anderen Umständen ist besonders Rücksicht genommen (§§ 62, 63, 60).

Träger der Versicherung ist die Reichsversicherungsanstalt, die dem Muster der Reichsbankverfassung nachgebildet ist. Die Geschäfte werden von einem Direktorium geführt, dessen Präsident und Mitglieder der Kaiser auf Vorschlag des Bundesrats auf Lebenszeit ernennt. Außerdem gehören dem Direktorium je zwei Vertreter der Versicherten und der Arbeitgeber an, die vom Verwaltungsrat gewählt werden. Die Versicherten und ihre Arbeitgeber wirken bei der Verwaltung der Reichsversicherungsanstalt durch den Verwaltungsrat mit; dieser hat über den Voranschlag und die Abnahme des Rechnungsabschlusses zu beschließen und das Direktorium bei Vorbereitung wichtiger Beschlüsse gutachtlich zu beraten. Er überwacht die laufende Verwaltung durch Beauftragte (Verwaltungsausschuß). Die Reichsversicherungsanstalt ist hauptsächlich Träger des Finanzwesens. An sie gehen die Beiträge entweder direkt (§ 201) oder durch Vermittlung der Beitragsstellen (§ 181). Sie überwacht die rechtzeitige und vollständige Entrichtung der Beiträge (§ 214), eine Aufgabe, die nicht den Rentenausschüssen übertragen werden darf (§ 124). Sie legt die eingekommenen Gelder derartig

an, daß sie möglichst hohen Nutzen bei entsprechender Sicherheit gewähren (§ 220). Die Gewährung eines Heilverfahrens ist ebenfalls Sache der Reichsversicherungsanstalt (§ 238), da es sich hier um eine freiwillige Leistung handelt, deren Gewährung von der allgemeinen Finanzlage hauptsächlich bedingt wird.

Die ganze Kleinarbeit der Verwaltung und die Gewährung der gesetzmäßigen Leistungen liegen bei den örtlichen Unterorganen der Reichsversicherungsanstalt, bei den Rentenausschüssen. Die Rentenausschüsse werden nach Bedarf von der Reichsversicherungsanstalt errichtet (§ 126) und gelten als Organe der Reichsversicherungsanstalt (§ 123). Der Rentenausschuß nimmt die ihm in diesem Gesetz übertragenen Obliegenheiten wahr. Insbesondere liegt ihm ob,

1. Ruhegeld, Rente und Abfindung festzustellen und anzuweisen,
2. Ruhegeld und Rente zu entziehen und einzustellen,
3. Anträge auf Einleitung eines Heilverfahrens entgegenzunehmen, den Sachverhalt in diesen Fällen klarzustellen und die Reichsversicherungsanstalt zu benachrichtigen, wenn er erfährt, daß durch ein Heilverfahren ein Versicherter vor der Berufsunfähigkeit bewahrt oder der Empfänger eines Ruhegeldes oder einer Witwenrente wieder berufsfähig werden kann,
4. in Angelegenheiten der Angestelltenversicherung Auskunft zu erteilen (§ 122).

Der Rentenausschuß ist aber trotzdem so selbständig, daß er bei Gewährung und Entziehung von Ruhegeld und Rente nicht an Weisungen der Reichsversicherungsanstalt gebunden ist (§ 123). Die Reichsversicherungsanstalt kann mit Zustimmung des Verwaltungsrats dem Rentenausschusse die Überwachung der Ruhegeldempfänger übertragen; in gleicher Weise und mit Genehmigung des Bundesrats können dem Rentenausschusse durch die Reichsversicherungsanstalt noch weitere Aufgaben übertragen werden, mit Ausnahme der Überwachung der Entrichtung der Beiträge (§ 124). Die Reichsversicherungsanstalt kann sich bei Verhandlungen vor dem Rentenausschuß vertreten lassen (§ 256). Überzeugt sich die Reichsversicherungsanstalt bei erneuter Prüfung, daß die Leistung mit Unrecht abgelehnt, entzogen, wegen Ruhens oder aus sonstigen Gründen eingestellt oder zu niedrig festgestellt worden ist, so kann sie den Rentenausschuß zu einer neuen Feststellung veranlassen (§ 79). Die Reichsversicherungsanstalt kann eine solche neue Feststellung veranlassen, ohne die Berufung des Versicherten beim Schiedsgericht abzuwarten, sie kann es aber auch dann, wenn das Schiedsgericht eine Berufung abgelehnt hat. Im übrigen ist der Rentenausschuß vollständig selbständig.

Der Rentenausschuß besteht aus einem ständigen Vorsitzenden (Obmann), mindestens einem Stellvertreter und aus Beisitzern; dem Rentenausschusse werden die erforderlichen Hilfsbeamten beigegeben (§ 128). Der Obmann und dessen Stellvertreter wird vom Reichskanzler ernannt (§ 129). Die Beisitzer werden zur Hälfte aus Arbeitgebern und zur Hälfte aus Versicherten gewählt, ihre Zahl beträgt mindestens 20. Sie werden von den Vertrauensmännern gewählt. Die Vertrauensmänner werden je zur Hälfte aus den Versicherten, die nicht Arbeitgeber sind, und aus den Arbeitgebern der versicherten Angestellten gewählt. Die Zahl beträgt für den Bezirk einer unteren Verwaltungsbehörde sechs; wohnen im Bezirke der unteren

Verwaltungsbehörde mehr als zehntausend Versicherte, so kann die oberste Verwaltungsbehörde für je angefangene weitere zehntausend die Zahl der Vertrauensmänner um zwei erhöhen (§ 145). Auch weibliche Personen sind wählbar und wahlberechtigt (Komm.-Ber. S. 89). Die Wahl erfolgt schriftlich nach den Grundsätzen der Verhältniswahl (§ 149).

Das Verfahren vor den Rentenausschüssen ist folgendermaßen geregelt. Anträge auf die Leistungen sind an den Rentenausschuß zu richten; die Beweisstücke sollen beiliegen. Der Antrag kann rechtswirksam auch bei einem anderen Organ der Reichsversicherungsanstalt oder bei einer anderen inländischen Behörde gestellt werden. Diese haben das Schriftstück unverzüglich an den zuständigen Rentenausschuß abzugeben. Minderjährige, die das 16. Lebensjahr vollendet haben, können selbständig den Antrag für sich stellen und ihn selbständig verfolgen (§ 229). Anträge auf Einleitung eines Heilverfahrens (§ 36) gibt der Vorsitzende des Rentenausschusses nach Klarstellung des Sachverhalts an die Reichsversicherungsanstalt zur Entscheidung ab (§ 238). Die übrigen Leistungen stellt der Rentenausschuß fest (§ 239). Dem Antragsteller ist der Inhalt und auf Verlangen eine Abschrift der Beweisverhandlungen, der Reichsversicherungsanstalt sind die gesamten Vorgänge mitzuteilen. Der Vorsitzende entscheidet, wieweit dem Antragsteller ärztliche Zeugnisse und Gutachten mitzuteilen sind (§ 248). Der Bescheid ist mit Gründen zu versehen und von dem Vorsitzenden zu unterschreiben. Eine Ausfertigung des Bescheides ist der Reichsversicherungsanstalt und dem Antragsteller zuzustellen. Der Bescheid muß den Vermerk enthalten, daß er rechtskräftig wird, wenn der Berechtigte nicht binnen einem Monat nach der Zustellung Berufung bei dem Schiedsgericht einlegt. Für Seeleute, die sich außerhalb Europas aufhalten, gelten abweichende Bestimmungen (§ 328 Abs. 2). Wird Ruhegeld oder Rente gewährt, so ist in dem Bescheide Höhe, Beginn sowie Art der Berechnung der Bezüge anzugeben (§ 250). Die Reichsversicherungsanstalt ist berechtigt, einen Vertreter zu der mündlichen Verhandlung zu entsenden. Der Antragsteller kann selbst erscheinen oder sich vertreten lassen. Der Vertreter der Reichsversicherungsanstalt sowie der Antragsteller oder sein Vertreter sind zu hören (§ 256).

Ist ein Antrag auf Ruhegeld endgültig abgelehnt worden, weil Berufsunfähigkeit nicht nachweisbar war, so kann er erst ein Jahr, nachdem der Bescheid zugestellt worden ist, vorher aber nur dann wiederholt werden, wenn glaubhaft bescheinigt wird, daß inzwischen Umstände eingetreten sind, die den Nachweis liefern. Wird diese Bescheinigung nicht beigebracht, so weist der Vorsitzende des Rentenausschusses den vorzeitig wiederholten Antrag zurück. Der Bescheid ist nicht anfechtbar (§ 266).

Gegen den Bescheid des Rentenausschusses oder seines Vorsitzenden kann sowohl von dem Versicherten als von der Reichsversicherungsanstalt Berufung an das zuständige Schiedsgericht eingelegt werden. Zahl, Sitz und Bezirke der Schiedsgerichte werden durch Kaiserliche Verordnung bestimmt (§ 158). Sie bestehen aus einem Vorsitzenden, dessen Stellvertretern und aus Beisitzern. Der Vorsitzende wird im Hauptamt oder für die Dauer des Hauptamts aus der Zahl der öffentlichen Beamten ernannt. Eine vorübergehende Beauftragung eines Beamten mit dem Vorsitz darf die Dauer von einem Jahr nicht überschreiten. Geldstrafen (§§ 137, 139) können bis zu 300 M. festgesetzt werden. Auf Beschwerde und bei Streit über die Wahlen entscheidet das Oberschiedsgericht (§ 161). Zu Beisitzern der Schiedsgerichte

sind nur Männer wählbar (§ 161). Gegen die Urteile des Schiedsgerichts ist Revision an das Oberschiedsgericht zulässig. Die Revision ist ausgeschlossen, wenn es sich handelt um

1. Höhe, Beginn und Ende von Ruhegeld oder Leibrente,
2. Hinterbliebenenrente,
3. Abfindung oder Erstattung (§§ 47, 60, 62),
4. Kosten des Verfahrens (§ 282).

Das Oberschiedsgericht nimmt die Geschäfte der Angestelltenversicherung als oberste Spruch- und Beschlußbehörde wahr. Es hat seinen Sitz in Berlin (§ 162). Seine Entscheidungen sind endgültig (§ 163). Der Vorsitzende wird auf die Dauer seines Hauptamtes oder auf Lebenszeit ernannt. Die Entscheidung ergeht auf Grund mündlicher Verhandlung in öffentlicher Sitzung; zu dieser sind außer dem Vorsitzenden oder dessen Stellvertreter zwei ständige Mitglieder des Reichsversicherungsamts und zwei richterliche Beamte sowie je ein Versicherungsvertreter der Arbeitgeber und der versicherten Angestellten zuzuziehen (§ 288). Auf die Wiederaufnahme des Verfahrens soll hier nicht näher eingegangen werden.

Besonders schwierig war die Frage zu lösen, wieweit man Ersatzkassen als gleichwertige Versicherungsart zulassen solle. Nach der Privatstatistik von 1903 hatte die knappe Hälfte der befragten Angestellten irgendeine private Versicherungsart für sich gewählt. Viele Firmen haben besondere Pensions- und Unterstützungskassen eingerichtet, die zum Teil einen Rechtsanspruch auf Bezüge gewähren, zum Teil weitgehende Unterstützungen in Aussicht stellen. Die hier bestehenden Rechte mußten auf alle Fälle gewahrt werden. Andererseits schreckten die schlechten Erfahrungen der österreichischen Pensionsgesetzgebung von allzu weitgehender Berücksichtigung von Ersatzinstituten ab. Das Gesetz sieht nun eine verschiedenartige Behandlung vor, je nachdem es sich um Versicherungspolizen oder um Ansprüche an besondere Kassen handelt. Angestellte, für die vor dem 5. Dezember 1911 bei öffentlichen oder privaten Lebensversicherungsunternehmungen ein Versicherungsvertrag geschlossen ist, können auf ihren Antrag von der Beitragsleistung befreit werden, wenn der Jahresbetrag der Beiträge für diese Versicherungen beim Inkrafttreten des Gesetzes mindestens den ihren Gehaltsverhältnissen zur Zeit des Antrags entsprechenden Beiträgen gleichkommt, die sie nach dem Gesetze zu tragen hätten. Das gleiche gilt für Angestellte, die beim Eintreten in die versicherungspflichtige Beschäftigung das 30. Lebensjahr überschritten haben und seit mindestens 3 Jahren in einer dem ersten Absatz entsprechenden Weise versichert sind (§ 390).

Die Fabriks-, Betriebs-, Haus- und Seemannskassen (§ 365) und die von Berufsverbänden errichteten Pensions- und Hinterbliebenenkassen (§ 370), die vor dem 5. Dezember 1911 bestanden haben, können als vollwertige Ersatzeinrichtungen der Angestelltenversicherung bestehen bleiben. Sie müssen sich aber verschiedenen Sicherheitsvorschriften unterwerfen und außerdem als Ersatzkassen vom Bundesrat zugelassen werden. Die Leistungen müssen in Höhe des Reichsgesetzes gewährleistet werden. Es werden also nur Kassen zugelassen, die vor Erlaß des Gesetzes bereits bestanden. Hätte man weitergehen und auch weiterhin neue Kassen zulassen wollen, so wäre der Reichsversicherung eine schwere Schädigung zugefügt worden, da alle Unternehmungen, die geglaubt hätten, ihren Angestellten höhere Leistungen in Aussicht stellen zu können, eigene

Ersatzkassen errichtet hätten. Da die Annahme in einem Unternehmen von dem Gesundheitszustande abhängig gemacht werden kann, so wären der Reichsversicherungsanstalt nur die schlechten Risiken zugefallen und damit ihre Wirksamkeit in Frage gestellt worden (§§ 372—386). Weiterhin werden öffentlich-rechtliche Pensionskassen als Ersatzinstitute zugelassen (§§ 387—389). In Frage kommen hauptsächlich nur die Knappschaftskassen.

Die vorher erwähnten Fabriks-, Betriebs-, Haus- und Seemannskassen werden vielfach nicht den strengen Anforderungen für die Ersatzkassen nachkommen können oder wollen. Sie oder die etwa später zu gründenden Kassen werden aber neben der obligatorischen Versicherung als Zuschußkassen zugelassen (§§ 365—371).

Während der Übergangszeit bis zur vollen Wirksamkeit des Gesetzes ist eine Abkürzung der Wartezeit vorgesehen.

Ich wende mich nun zu denjenigen Bestimmungen, die von ganz besonderer sozialmedizinischer Bedeutung sind. In erster Linie steht da die Beurteilung des Gesundheitszustandes, der zum Bezuge des Ruhegeldes berechtigt. Ruhegeld erhält derjenige Versicherte, welcher das Alter von fünfundsechzig Jahren vollendet hat oder durch körperliche Gebrechen oder wegen Schwäche seiner körperlichen und geistigen Kräfte zur Ausübung seines Berufs dauernd unfähig ist. Berufsunfähigkeit ist dann anzunehmen, wenn seine Arbeitsfähigkeit auf weniger als die Hälfte derjenigen eines körperlich und geistig gesunden Versicherten von ähnlicher Ausbildung und gleichwertigen Kenntnissen und Fähigkeiten herabgesunken ist. Ruhegeld erhält auch derjenige Versicherte, welcher nicht dauernd berufsunfähig ist, aber während sechsundzwanzig Wochen ununterbrochen berufsunfähig gewesen ist, für die weitere Dauer der Berufsunfähigkeit (Krankenruhegeld) (§ 25). Was die Altersgrenze anbetrifft, so ist nur darauf hinzuweisen, daß sie bereits mit 65 Jahren angenommen ist, während die Altersrente der Invalidenversicherung erst nach Vollendung des 70. Lebensjahres gewährt wird. Wichtiger, aber auch schwieriger ist die Frage der Berufsunfähigkeit. Sie ist eine besondere Art der Erwerbsunfähigkeit. Es wird von ihr verlangt, daß sie

1. durch körperliche Gebrechen oder Schwäche der körperlichen und geistigen Kräfte hervorgerufen,
2. dauernd ist,
3. einen gewissen Grad erreicht hat.

Da neben körperlichen Gebrechen körperliche und geistige Schwäche besonders genannt sind, müssen hier zwei verschiedene Dinge gemeint sein. Die körperlichen Gebrechen umfassen die Gesamtheit aller pathologischen Folgeerscheinungen, die durch Krankheit oder Unfall hervorgerufen sind. Es handelt sich hier nicht allein um die Feststellung eines Krankheitszustandes, sondern auch um die seiner Folgen, die sich in einer gewissen körperlichen Gebrechlichkeit ausdrücken. Krankheitsfolgen müssen als Symptome erkennbar sein, z. B. eine Hautnarbe nach Verbrennung, eine Verstümmelung nach Verletzung, eine Gelenkverdickung bei Gicht, Ödeme bei Nierenleiden, Asthma bei Herzkrankheiten usw. Dementsprechend wird bei Pensionierung von Staatsbeamten verlangt (§ 61 des Reichsgesetzes vom 18. Mai 1907), daß der Untersuchte durch Blindheit, Taubheit oder ein anderes körperliches Gebrechen zu der Erfüllung seiner Amtspflichten dauernd unfähig

sei. Das Bestehen einer Krankheit im medizinischen Sinne an sich bedingt noch keine Berufsunfähigkeit, auch dann nicht, wenn sie dauernd ist. Ein chronischer Bronchialkatarrh oder ein alter Herzfehler machen nicht ohne weiteres berufsunfähig. Auch bei Zuckerkrankheit liegt zunächst nur ein bestimmtes Leiden vor, das einer ärztlichen Behandlung und gewissen Lebensweise bedarf. Wenn sich aber hier Symptome der körperlichen Schwäche einstellen, liegt ein körperliches Gebrechen vor, das die Vorbedingung für die Berufsunfähigkeit erfüllt. Natürlich sind Geisteskrankheiten auch als körperliche Krankheiten, nämlich als Krankheiten des Zentralnervensystems anzusehen und können demgemäß als körperliches Gebrechen auftreten. Aber auch hier muß verlangt werden, daß äußerlich erkennbare Symptome vorliegen, die als körperliches Gebrechen anzusprechen sind. Wenn ein Arzt bei der Untersuchung eines Patienten, der ihn wegen eines Herzfehlers konsultiert, aus den Anzeichen der Pupillenstarre, der Wassermannschen Reaktion, der Untersuchung der Rückenmarksflüssigkeit eine beginnende Paralyse diagnostiziert, so sind das Symptome, die er eben nur mit Hilfe seiner ärztlichen Kunst erkennen kann. Erst dann tritt die Erkrankung als körperliches Gebrechen auf, wenn sie durch Sprachstörung und eine gewisse Abschwächung der Intelligenz manifest wird. Im allgemeinen wird man erwarten müssen, daß ein Gebrechen durch klare und deutliche Symptome für jedermann zu erkennen ist. Eine Ausnahme davon machen aber gewisse Störungen des Nervensystems. Wenn jemand an einer Trigeminusneuralgie (Gesichtsschmerz) leidet, so ist dieser Zustand durch eine Krankheit der Gesichtsnerven bedingt. Die Krankheit macht außerordentliche Schmerzen, aber diese Schmerzen sind kein objektiv feststellbares Symptom. Das Vorhandensein von Sinnestäuschungen und Wahnideen ist ebenfalls nicht objektiv festzustellen, die Annahme solcher Krankheitserscheinungen stützt sich nur auf Aussagen des Kranken und Schlüsse aus seinem Benehmen. Die letztgenannten Fälle werden der Beurteilung keine Schwierigkeiten machen, anders ist es jedoch bei Schmerzen. Wenn jemand behauptet, er habe dauernd Schmerzen in der Muskulatur, so läßt sich das nicht feststellen. Man ist hier auf die Glaubwürdigkeit des Kranken angewiesen und muß annehmen, daß Muskelrheumatismus vorliegt.

Die letztgenannten Fälle zeigen, daß man unter Gebrechen nicht ausschließlich einen abgelaufenen Krankheitszustand verstehen kann, wie Blindheit, Taubheit, Gelenkversteifung, Fehlen von Gliedmaßen usw., sondern daß auch der aktive Krankheitsprozeß selber darunter verstanden werden muß. Dieser aktive Krankheitsprozeß kann nämlich einen solchen Grad erreichen, daß er einem Gebrechen gleich zu erachten ist. Der Grad wird bedingt durch die Intensität oder aber durch die Zeitdauer der Erkrankung. Wenn bei einer Trigeminusneuralgie die Schmerzen eine solche Höhe erreichen, daß der Betreffende nicht mehr arbeiten kann, so ist die Krankheit einem Gebrechen gleichzusetzen. Wenn ein chronischer Gelenkrheumatismus nicht eigentlich zur Deformierung der Gelenke führt, aber bald hier, bald dort auftritt und den Betreffenden damit dauernd ans Krankenlager fesselt, so liegt ebenfalls ein Gebrechen vor. Die Reichsversicherung spricht deshalb bei der Invalidität von „Krankheit oder anderen Gebrechen". Hier wird also Krankheit als besonderes Gebrechen benannt, während die anderen Gebrechen summarisch als solche bezeichnet werden.

Schwäche der körperlichen und geistigen Kräfte wird als Ursache der Invalidität bei der Reichsversicherungsordnung nicht genannt,

wohl aber bei den Pensionsursachen der Staatsbeamten im vorher genannten Gesetze. Es handelt sich hierbei um physiologische Alterserscheinungen, die überhaupt bei der Angestelltenversicherung und bei der Reichsversicherung ganz verschieden behandelt werden. Das dokumentiert sich schon darin, daß hier die Altersgrenze 70, dort 65 Jahre ist. Der physiologische Altersprozeß tritt bei den einzelnen Menschen durchaus verschieden auf, die einen zeigen schon mit 60 Jahren, die anderen kaum bei 70 Jahren die typischen Zeichen des Greisenalters. Es handelt sich um die Altersinvolution, die bei jedem Menschen eintritt und in einer Schrumpfung und Rückbildung der Organe besteht. Die Arterienverkalkung in hohem Alter ist nichts Pathologisches, sondern eine natürliche Erscheinung, ebenso ist die Altersweitsichtigkeit (Presbyopie), die beginnende Schwerhörigkeit, die mangelnde Anpassungsfähigkeit an neue Verhältnisse, die geringe Aufnahmefähigkeit für neue Dinge, die konzentrische Einengung des ganzen Vorstellungsinhaltes innerhalb gewisser Grenzen typisch für das Greisenalter. Eine bestimmte Jahresnorm dafür festzusetzen, ist unmöglich. Bei dem einen treten die Alterserscheinungen eher, bei anderen später auf. Ja, bei einigen genial veranlagten Personen sehen wir, daß ihr Lebenswerk eigentlich erst an der Stufe des Greisenalters beginnt oder doch zur Vollendung gebracht wird (Goethes Faust, Bismarck und Wilhelm I. bei der Reichsgründung). Die Reichsversicherungsordnung kennt diese physiologischen Alterserscheinungen nicht als Invaliditätsursache, sondern entschädigt sie in der Form, daß sie das 70. Lebensjahr als allgemeine Grenze setzt. Die Angestelltenversicherung nimmt auch eine Jahresgrenze an, setzt dabei aber das 65. Lebensjahr fest. Abweichend von der Reichsversicherungsordnung erkennt nun aber die Angestelltenversicherung die physiologische Altersinvolution als Invaliditätsursache an und behandelt damit die Privatbeamten ebenso, wie es bei den Reichsbeamten geschieht. Natürlich berücksichtigt auch die Reichsinvalidenversicherung Alterserscheinungen als Invaliditätsursache, wenn sie sich als Krankheit oder Gebrechen darstellen. Körperliche oder geistige Schwäche kann aber bereits zu einer Zeit auftreten, wo eigentliche Alterserscheinungen im übrigen noch nicht bestehen und auch nicht zu erwarten sind. Körperliche Schwäche wird wohl nur selten ohne weitere Krankheitserscheinungen beobachtet werden. Dagegen kann die Beurteilung der geistigen Schwäche zu den schwierigsten Aufgaben gehören. Es ist schon seinerzeit von Arbeitgebern hervorgehoben worden, daß z. B. Musterzeichner in kunstgewerblichen Betrieben oder in Tapetenfabriken völlig auf ihre Erfindungsgabe und ihr Kompositionstalent angewiesen sind. Wenn dieses sie im Stich läßt, so sind sie berufsunfähig. Hier liegt zweifellos nicht Krankheit oder Gebrechen, sondern eine Art von geistiger Schwäche vor, die den Anforderungen des Gesetzes für die Bedingungen der Berufsunfähigkeit gerecht wird. In anderen Betrieben wird eine große Konzentrationsfähigkeit verlangt, die auf die Dauer nicht standhält. Bisher hat man dann wohl solche Angestellte in anderen Stellungen beschäftigt, die durchaus nicht hohe Anforderungen stellten, sondern bei mehr repräsentativem Charakter oder als Vertrauensposten gewissermaßen die Belohnung für besondere Dienste waren. Die Arbeitgeber waren auch genötigt, in solcher Weise für ihre Angestellten zu sorgen, um sie zu schützen und sich selber einen tüchtigen Nachwuchs zu erhalten. Durch die Schaffung der Angestelltenversicherung fällt eine solche private Fürsorgepflicht fort oder wird doch beeinträchtigt. Gerade diese Fälle von geistiger Schwäche in exzeptionellen Berufen werden aber ungeahnte Schwierigkeiten für die Beurteilung mit sich

bringen, da jedes objektive Merkmal für ihren Nachweis fehlt und damit Begehrungsvorstellungen ein schrankenloses Feld der Betätigung finden können. Auch die Hoffnung, daß der hohe Lohn und die niedrige Rente in zu großem Mißverhältnis stehen, als daß hier Schwierigkeiten entstehen könnten, wird von niemand geteilt werden, der da sieht, wie häufig manche Personen bei niedriger Rente lieber hungern und darben, als durch Einsetzen geringer Kräfte sich bequem durchs Leben zu bringen.

Das zweite Erfordernis bei der Berufsunfähigkeit ist, daß sie dauernd ist. Es ist selbstverständlich, daß für den Begriff der Dauer die gleichen Voraussetzungen bestehen wie bei der Beurteilung in der Arbeiterversicherung. Dauernd ist die Berufsunfähigkeit, wenn sie nach vernünftiger menschlicher Voraussicht in absehbarer Zeit nicht zu beseitigen sein wird. Die entfernte Möglichkeit ihrer Beseitigung macht die Berufsunfähigkeit nicht zu einer vorübergehenden. Handelt es sich um eine Berufsunfähigkeit, die durch gewöhnliche Heilmittel, wie ein Bruchband oder eine Brille, beseitigt werden kann, so ist eine dauernde Berufsunfähigkeit nicht anzunehmen. Wohl ist dies aber der Fall, wenn es sich um außergewöhnliche Heilmittel handelt. Es muß geprüft werden, ob man dem Versicherten zumuten kann, daß er ein derartiges Heilverfahren auf eigene Kosten trägt. Wenn das nicht der Fall ist, und wenn auch die Reichsversicherungsanstalt sich nicht bereit findet, das Heilverfahren zu übernehmen, so muß dauernde Berufsunfähigkeit angenommen werden, obwohl die Berufsunfähigkeit zu beheben wäre (vgl. Rev. Entsch. des RVA. 1550. A. N. 1911 S. 433). Ebenso ist dann, wenn die Berufsunfähigkeit nur durch eine Operation zu beheben ist, die der Versicherte ablehnt, wozu er berechtigt ist, dauernde Berufsunfähigkeit anzunehmen, da für die Beseitigung der Berufsunfähigkeit nur zulässige Mittel in Betracht kommen können (vgl. R. V. Entsch. 388. A. N. 1894 S. 158). Von einer gewissen Bedeutung ist es, von welchem Termin an die dauernde Berufsunfähigkeit zu rechnen ist, wenn bei vorübergehender Berufsunfähigkeit Kranken-Ruhegeld gewährt würde und im Verlauf der Krankheit sich dauernde Berufsunfähigkeit herausstellt. Kranken-Ruhegeld wird dann gewährt, wenn Krankheit einen Versicherten länger als 26 Wochen berufsunfähig macht. Da während der Krankheit und damit während der vorübergehenden Berufsunfähigkeit die Krankheitszeit ohne zeitliche Begrenzung — in der RVO. nach § 1394 Abs. 2 nur bis zu einem Jahr — als Beitragszeit angerechnet wird (§ 51), so hat die Bestimmung des Termins, an dem die dauernde Berufsunfähigkeit begann, praktische Bedeutung. Es ist dabei zu unterscheiden, ob von vornherein eine unrichtige Diagnose oder Prognose vorlag, oder ob die Krankheit in ihrem Verlauf durch besondere, nicht voraussehbare Ereignisse aus dem Stadium der vorübergehenden Berufsunfähigkeit in dasjenige der dauernden Berufsunfähigkeit übergegangen ist. Ersternfalls ist von vornherein dauernde Berufsunfähigkeit anzunehmen, letzternfalls erst vom Beginn der zweiten Krankheitsphase (vgl. Entsch. des RVA. 273, A. N. 1893 S. 123).

Es muß in dritter Linie ein gewisser Grad in der Herabsetzung der Arbeitsfähigkeit bedingt sein. Diese Herabsetzung wird beurteilt einmal nach anderen Vergleichspersonen, sodann nach der Bewertung der verbliebenen Arbeitsfähigkeit. Berufsunfähigkeit ist nicht etwa dann vorhanden, wenn der Versicherte früher 4000 M. verdiente und nun infolge von Gebrechen irgendwelcher Art nur noch weniger als 2000 M. verdienen kann. Er wird vielmehr mit Personen verglichen, die körperlich und geistig gesund

sind, ähnliche Ausbildung und gleichwertige Kenntnisse und Fähigkeiten haben. In erster Linie ist damit der Personenkreis, der in Vergleich gezogen werden kann, begrenzt auf Personen in solchen Berufen, wie sie in der Angestelltenversicherung überhaupt enthalten sind. Ferner aber erfolgt dann noch eine engere Umgrenzung, die durch die einzelnen Berufsklassen gegeben ist. Ein Schiffsoffizier kann nicht mit einem Chemiker oder dieser mit einem Chorsänger verglichen werden. Ein Forstverwalter kann wohl noch mit Gutsverwaltern oder Angestellten in Molkereien verglichen werden, wenn bei allen eine gleichartige Tätigkeit oder doch vorzugsweise Beschäftigung, z. B. bei der Bücherführung, vorkommt. Einem Handlungsreisenden wird man ohne weiteres Bureautätigkeit, einem Lithographen den Übergang zum photographischen Beruf, einem Schiffsoffizier oder Schiffsingineur den Übergang zum Beruf als Lehrer bei einer Navigations- oder Seemaschinistenschule zumuten können. Schwieriger ist es, einen Versicherten, der sich in leitender Stellung befindet, mit anderen Personen zu vergleichen. Der Rendant einer Sparkasse hat Kenntnisse und Fähigkeiten, die mit denen eines Rendanten bei einer Krankenkasse oder eines Oberzahlmeisters auf einem großen Dampfer verglichen werden könnten. Das sind aber Stellungen, die durch ganz verschiedenartige Berufsausbildung gewonnen werden und daher für einen Mann aus einem anderen Beruf trotz gleichwertiger Kenntnisse und Fähigkeiten nicht erreichbar sind. Wiederum kann man den Bureauchef einer kaufmännischen Firma unmöglich mit irgendeinem Handlungsgehilfen vergleichen. Man wird trotz gleicher Ausbildung nicht von gleichwertigen Kenntnissen und Fähigkeiten sprechen können.

Mit Recht hebt Leppmann hervor, daß das Gesetz insofern eine bedenkliche Lücke enthält, als es auf das Umlernen und die Ausbildung für einen neuen Beruf keine Rücksicht nimmt. Wenn einem Geigenspieler in einem Orchester nur zwei Fingerglieder fehlen, ist er berufsunfähig, weil er nicht mehr Geige spielen kann. Ein Schauspieler oder Sänger, der die Stimme verliert, ist berufsunfähig. Damit ist er aber noch lange nicht erwerbsunfähig im weiteren Sinne des allgemeinen Sprachgebrauches, denn er ist wohl in der Lage, einen neuen Beruf zu ergreifen. Wieviel Offiziere der Armee, die frühzeitig in Pension gehen, sehen sich genötigt, einen neuen Beruf zu ergreifen. Und was man ihnen zumutet, kann man den Privatangestellten doch wohl auch zumuten. Leppmann empfahl deshalb Übergangsrenten, die den Berufswechsel erleichtern, aber das Anwachsen eines Heeres von Rentnern verhindern würden. Das Gesetz ist aber so schnell fertiggestellt worden, daß alle kritischen Einwürfe unberücksichtigt geblieben sind.

Je nach dem Alter ist die Grundlage der Erwerbsunfähigkeit auch bei den gehobenen Berufen eine verschiedene. Von einer Berufsunfähigkeit sollte man nur bei Personen sprechen, die infolge ihres Alters oder ihrer besonderen Stellung an ihren Beruf gefesselt sind, derart daß ihnen andere Berufe verschlossen sind.

Die räumliche Beschränkung, die die Invalidenversicherung aufstellt, fällt bei der Angestelltenversicherung weg. Während dort ausschließlich die Lohnverhältnisse „derselben Gegend" berücksichtigt werden, können hier räumliche Grenzen überhaupt nicht aufgestellt werden, da Personen in gehobener Stellung oder mit besonderer Vorbildung auf den Arbeitsmarkt des ganzen Reiches und womöglich noch darüber hinaus (Schiffsoffiziere, Seemaschinisten) verwiesen werden müssen.

Der Mangel passender Arbeitsgelegenheiten hat bei der Beurteilung

der Berufsunfähigkeit nichts zu bedeuten. Ebensowenig kann die verringerte Konkurrenzfähigkeit infolge von Alter oder Gebrechen berücksichtigt werden. Dagegen begingt der völlige Ausschluß vom Arbeitsmarkt wegen ekelerregender Krankheiten oder Ansteckungsgefahr Berufsunfähigkeit (vgl. Rev. Entsch. 1513 A. N. 1910 S. 647).

Die verbliebene Arbeitsfähigkeit muß weniger als die Hälfte der einer gesunden Vergleichsperson betragen, damit die Bedingungen für die Berufsunfähigkeit erfüllt sind. Diese Abschätzung wird im Anfang große Schwierigkeiten machen, da bisher keine ähnlichen Forderungen auf dem Gebiete der Versicherung gestellt waren. Verhältnismäßig einfach liegen die Dinge dort, wo man von vornherein eine völlige oder doch sehr hohe Arbeitsunfähigkeit annehmen muß. Wenn ein Bureauvorsteher einen Schlaganfall erleidet, der eine Sprachstörung und mehr oder minder starke Lähmung der rechten Seite zurückläßt, so ist in diesem Falle keine Arbeitsfähigkeit mehr vorhanden. Es liegt demnach Berufsunfähigkeit vor. Wenn bei derselben Person aber nur eine Sprachstörung zurückgeblieben wäre, so wäre er zu allen Geschäften geeignet, die nicht einen direkten Verkehr mit dem Publikum und einen erheblichen Verkehr mit Untergebenen verlangen. Er wäre noch zu einer Beschäftigung als Bücherrevisor u. dgl. fähig. Aber auch dann ist das Einkommen weniger als die Hälfte dessen, was ein Bureauvorsteher verdient. Denn diese Personenkategorie kann mit einer anderen ja nicht verglichen werden, da ähnliche Vorbedingungen der Ausbildung und der Kenntnisse und Fähigeiten in andern Berufen nicht bestehen. Dieselbe Sprachstörung würde dagegen bei einem Kontoristen nicht als erheblicher Ausfall der Arbeitsfähigkeit anzusehen sein. Wenn jemand ein entstellendes oder ekelerregendes Leiden wie Lupus oder eine andere ansteckende Krankheit wie Tuberkulose hat, so ist ihm der Arbeitsmarkt verschlossen und er ist völlig arbeitsunfähig. Es liegt demgemäß Berufsunfähigkeit vor.

Ganz entgegengesetzt liegen die Verhältnisse, wenn es sich um Krankheiten handelt, die nur eine „spezifische Berufsunfähigkeit" bedingen. Ein Lehrer mit einem Tic convulsif kann nicht unterrichten, da der Nachahmungstrieb der Schüler zu einer allgemeinen Durchseuchung führen würde. Der Betreffende ist nicht mehr unterrichtsfähig. Deswegen kann er aber jede andere Tätigkeit ausüben, die seiner Vorbildung entspricht. Er ist besonders zu schriftstellerischer und journalistischer Tätigkeit befähigt. Es liegt demnach keine Berufsunfähigkeit im Sinne des Gesetzes vor. Ein Schiffsoffizier, bei dem Farbenblindheit oder Herabsetzung der Sehschärfe auftritt, ist nicht mehr seetüchtig. Trotzdem liegt keine Berufsunfähigkeit vor, denn er kann seine Kenntnisse vollständig als Hafenbeamter, als Inspektor bei Schiffahrtsbetrieben und in seemännischen Agenturen verwerten. Schwieriger liegen die Verhältnisse bei den Krankheiten, wo es zu einer wirklichen prozentualen Abschätzung der Berufsunfähigkeit kommt. Es ist je nach Lage des Falles zu beurteilen, wieweit z. B. Zuckerkrankheit zu einer Beschränkung der Arbeitsfähigkeit führt. Ein Ovarialtumor kann so verschiedenartige Beschwerden machen, daß die Berufsunfähigkeit in einem Falle vorhanden ist, in einem andern nicht. Es wird im einzelnen Falle häufig schwierig sein, festzustellen, ob die Arbeitsfähigkeit eines Versicherten auf weniger als die Hälfte derjenigen eines Versicherten von ähnlicher Ausbildung und gleichwertigen Kenntnissen und Fähigkeiten herabgesetzt ist.

Von weiterer sozialmedizinischer Bedeutung ist die Durchführung der Heilbehandlung, die der Reichsversicherungsanstalt zur Verhütung von

Berufsunfähigkeit ermöglicht ist. Die Anträge auf Heilbehandlung werden von der Reichsversicherungsanstalt erledigt und sind eine freiwillige Leistung, die von dem Belieben der Reichsversicherungsanstalt abhängt, und deren Ausdehnung wahrscheinlich später wesentlich durch die Finanzlage beeinflußt werden wird. Nach den dem Gesetz zugrunde liegenden Berechnungen dürfen auch für das Heilverfahren und die übrigen Unkosten nicht mehr als 9 % der zur Erhebung kommenden Bruttoprämien verwendet werden (2. Denkschrift Abschn. III). Die Vorschriften über das Heilverfahren finden sich in den §§ 36—43. Sie werden voraussichtlich zunächst in Wirksamkeit treten, da die Rentengewährung ja noch jahrelang ruhen muß. Man hofft, daß das Heilverfahren für die Angestellten eine ähnliche Bedeutung gewinnen werde, wie sie das Heilverfahren der Versicherungsanstalten der Invalidenversicherung für die Arbeiter gewonnen hat. Die Anträge gehen im allgemeinen an den Rentenausschuß, der die Sachlage prüft und mit einem Gutachten der Reichsversicherungsanstalt weiterreicht. Ebenso kann aber der Rentenausschuß seinerseits die Sache an die Reichsversicherungsanstalt geben, wenn er ein Heilverfahren für nötig hält.

Um die infolge einer Erkrankung drohende Berufsunfähigkeit eines Versicherten abzuwenden, kann die Reichsversicherungsanstalt (§ 96) ein Heilverfahren einleiten, soweit nicht bereits durch einen Träger der reichsgesetzlichen Arbeiterversicherung ein Heilverfahren eingeleitet ist. Dasselbe gilt, wenn zu erwarten ist, daß ein Heilverfahren den Empfänger eines Ruhegeldes wieder berufsfähig macht (§ 36). Angehörige des Erkrankten, deren Unterhalt er ganz oder überwiegend aus seinem Arbeitsverdienste bestritten hat, erhalten während des Heilverfahrens (§ 37) ein Hausgeld. Es beträgt täglich mindestens drei Zwanzigstel des zuletzt gezahlten Monatsbeitrags. Das Hausgeld fällt weg, solange und soweit Lohn oder Gehalt auf Grund eines Rechtsanspruches gezahlt wird. Die Zahlung des Ruhegeldes kann für die Dauer des Heilverfahrens ganz oder teilweise eingestellt werden (§ 38). Entzieht sich ein Erkrankter ohne gesetzlichen oder sonst triftigen Grund dem Heilverfahren (§ 36), und wäre die Berufsunfähigkeit durch das Heilverfahren voraussichtlich verhütet oder beseitigt worden, so kann das Ruhegeld auf Zeit ganz oder teilweise versagt werden, wenn der Erkrankte auf diese Folge hingewiesen worden ist (§ 39).

Schließlich ist noch der Sachleistungen zu gedenken, die wie bei der Reichsversicherung statt Ruhegeld oder Rente gewährt werden können (§§ 44—46). Es handelt sich dabei einmal um die Unterbringung der in Frage kommenden Personen in Invaliden- und Waisenhäusern, ferner um Gewährung von Sachleistungen an Trunksüchtige.

Literatur.

Kommentar zum Versicherungsgesetz für Angestellte. Von Manes und Königsberger. Berlin und Leipzig 1912.

Manes, Der Gesetzentwurf betr. die Angestelltenversicherung. Annalen für soziale Politik und Gesetzgebung 1911, S. 227.

Versicherungsgesetz für Angestellte, herausgegeben von Habermann. Leipzig 1911.

Potthoff, Die Pensionsversicherungen der Privatangestellten in Deutschland. 8. Internationaler Kongreß für Arbeiterversicherung. Rom 1908.

Meltzing, Das neue Privatbeamtenversicherungsgesetz. Arbeiterversorgung 1911, S. 121.

Entwurf eines Versicherungsgesetzes für Angestellte. Besprechung im Reichsarbeitsblatt 1911, S. 457.

Hellmich, Der Entwurf eines Versicherungsgesetzes für Angestellte und die öffentliche Kritik. Concordia 1911, S. 119.

Krüger, Die wirtschaftliche und soziale Lage der Privatangestellten. Jena 1910 und 1912.

Leppmann, Der Entwurf eines Versicherungsgesetzes für Angestellte. Ärztl. Sachverständigenzeitung 1911, S. 64.

Anleitung betr. den Kreis der nach dem Versicherungsgesetze für Angestellte vom 20. Dezember 1911 versicherten Personen. Vom 20. Juni 1912. Abgedruckt als Beilage zu Nr. 22 der Arbeiterversorgung 1912.

Sachregister.

Abkürzungen: KV. = Krankenversicherung; UV. = Unfallversicherung; IV. = Invalidenversicherung; AV. = Angestelltenversicherung; GO. = Gewerbeordnung.

Abschrift von Gutachten IV. 115, UV. 111.
Änderung der Verhältnisse UV. 110, 111, 214 ff., 225ff., IV. 116, AV. 350.
Ärztekammern 387.
Ärzteverband, Wirtschaftlicher (Leipziger) 405ff.
Ärztevereinsbund 403 ff.
Ärztevertrag bei Vereinigung von Krankenkassen 31.
Ärztliche Behandlung 93ff., 106, 594ff.
— Tätigkeit in der soz. Versicherung 410ff.
— — Auskunft an Bgen. 421.
— — Bescheinigung = Urkunde 420.
— — Gutachtert. bei der sozialen Versicherung überhaupt 419ff.
— — Kassenärztliche T. 410ff.
— — Regelung der vertrauensärztlichen T. in Hessen - Nassau UV. 423.
— — Regelung der vertrauensärztlichen T. bei Versicherungsbehörden 424, 425.
— — Sparsame Verordnungsweise 440.
— — Spezialärzte 414.
— — Verhältnis zur Kasse 413ff.
— — Verhältnis zum Kranken 410ff.
— — Vertrauensärztl. T. bei Kassen 417ff.
— Untersuchung IV. 114, UV. 108.
— Versorgung, Einfluß der 167, 179.
Alkoholismus IV. 283, 515, 544, UV. 536.
Alter KV. 81, 83, UV. 239, 340, IV. 258, 274, 275, 277, 299, 316ff., 348, AV. 676.
Alterserkrankungen IV. 260.
Altersgrenze KV. 83, IV. 258.
Altersrente IV. 113, 259, 543.
Altersruhegeld AV. 680, 684.
Altersschwäche IV. 260ff., 270.
Altersversicherung s. Invalidenversicherung.
Anerkennungsgebühr AV. 676.
Angehörigenrente UV. 101, 477, 533 ff.
Angehörigenunterstützung IV. 500.
Angehörigenversicherung s. a. Familienhilfe.
— bei der Leipziger O.K.K. 57.
Angestelltenversicherung 674ff.
— Anrechnung von Krankheit, Genesung, Schwangerschaft, Wochenbett, Militärzeit, Berufsausbildung 336.
— Arbeitsunfähigkeit 336.
— Berufsunfähigkeit 350, 684ff.
— Denkschriften 14.
— Doppelversicherung 677ff.
— Ersatzkassen 683.
— Heilbehandlung 689f.
— Leistungen 677.
— Oberschiedsgericht 683.
— Personenkreis 676.
— Reichsversicherungsanstalt 680.
Angestelltenversicherung, Rentenausschuß 681.
— Ruhegeld 18, 680, 684.
— Schiedsgericht 682.
— Versicherungsgesetz für Angestellte 18.
Anmeldung s. Arbeitgeber.
Anpassung 213.
Anstrengung UV. 207.
Anwartschaft IV. 112
Apotheken, Anteil an der Arzneilieferung 437.
— Arzneikosten, Ursache der Zunahme 442.
— Arzneimittelhändler 439.
— Entwicklung 433ff.
— Formen 435ff.
— Handverkauf 438.
— Kassen und 436.
— Rabatt 437.
Apotheker (Gehilfen und Lehrlinge) KV., IV. 78.
Arbeitermaterial KV. 147, UV. 237.
— Bergbau 579.
— Eisenbahn 626.
Arbeiterschutz GO. 5, 655ff.
Arbeiter, Versicherung 78, 84.
— ausländische, KV. 147, UV. 459, 579, IV 83.
— qualifizierte 228.
— und Unfallverhütung 456.
— weibliche GO. 657, 661, 664.
Arbeiterwechsel UV. 237.
Arbeitgeber als Versicherte UV. 87f.
— Anmeldung der Arbeiter bei den Krankenkassen durch 50.
— Anmeldung des Betriebs UV. 61.

Arbeitgeber, Antrag auf Versicherungsfreiheit durch KV. 82.
— Beitragszahlung durch KV. 49, IV. 71, AV. 676.
— Belastung der — durch die soziale Versicherung 550.
— Unfallanzeige durch 105.
Arbeitsgelegenheit, Schaffung von UV. 370, 536.
— Mangel an AV. 688.
Arbeitsgerät UV. 205.
Arbeitslosigkeit UV. 238.
Arbeitsmarkt 148, 164, UV. 239, IV. 347.
Arbeitsunfähigkeit 92, 155, 158, 330, 332ff.
— Arbeitsfähigkeit und 156.
— Berufsunfähigkeit 332.
— Beschäftigung trotz Krankheit 333.
— Beweis der 336.
— Chronische Krankheiten 333.
— Folgen der Krankheit 334.
— in der AV. 336.
— in der IV. 336.
— Krank bei Eingang der Versicherung 334.
— Krankheitstage mit Arbeitsfähigkeit und 169.
— nach Krankheiten 183, 185.
— Rekonvaleszenz 334.
— ungelernter Arbeiter 333.
— ungeteilte 395.
Armverletzungen, Bewertung 226.
— Statistik 220.
Arterienverkalkung KV. 195, UV. 207, 366, IV. 302ff., 410ff.
Arzneitaxe 443, 435.
Arzneiversicherung 629.
Arzneiversorgung 433ff., KV. 92, 97, UV. 106.
— Anteil der Apotheken 437.
— Arzneikosten 443, 524.
— Arzneimittelhändler 439
— Entwicklung der Apotheken 433.
— Handverkauf 438.
— Kontrolle der 445.
— Sparsame Verordnungsweise 440.
Arzt, behandelnder 109, 478.
Arztfrage 376ff.
— Ärzte gegen freie Arztwahl 397.
Arztfrage, Einwirkung der sozialen Gesetzgebung 379.
— Freie Arztwahl s. d.
— in Württemberg 389.
— Kollektivvertrag 392.
— Musterverträge 392.
— Organisatorische Einrichtungen 403.
— Pauschalbezahlung 396.
— und Arbeiterschaft 398.
— und Kassen 398.
Augenkrankheiten KV. 184, 185ff., 192ff., UV. 214, 229, IV. 296ff.
Aufsichtsamt für Privatversicherung 556.
Aufsichtsbeamte, technische UV. 454.
Ausführungsbehörden 65, 222, 474, 627.
Ausgabendeckungssystem UV. 63.
Ausschuß KV. 48, IV. 69.
Auszahlung der Leistungen KV. 58, UV. 33, 571.

Basedow IV. 291.
Bauunfallversicherung 12.
Bau von Krankenhäusern durch Kassen 52.
Bazillenträger IV. 282.
Bedürftigkeit IV. 117.
Befund, objektiver, Bewertung bei Neurosen IV. 291.
Begehrungsvorstellungen IV. 291, UV. 361, 362.
Beinverletzungen, Statistik 220.
— Bewertung 226.
Beobachtungsstationen IV. 506.
Berggesetz 563ff.
Berginvalidität 349ff., 579ff.
Bergpolizeiliche Verordnung 572.
Beruf KV. 152, 160, 170ff., 190, IV. 318ff.
Berufsgenossenschaften 11, 60ff.
— Aufbringung der Mittel 63, 66.
— Berliner Unfallstationen 467, 485.
— Eigene Krankenhäuser 486.
— Fürsorge der — während der Wartezeit 108.
— Genehmigung der Statuten 131.
Berufsgenossenschaften, Genossenschaftsversammlung 61.
— gewerbliche 60ff.
— landwirtschaftliche 66.
— Rheinische Vereinigung 484.
— Rücklage 63.
— Sektionen 61.
— Spezifische Unfallgefahr 236.
— Statistik 67.
— Technische Aufsichtsbeamte 454.
— und Rettungswesen 465ff.
— Verband 64, 66.
— Vertrauensärzte 422ff.
— Vertrauensmänner 61.
— Verwaltung 61.
— Vorstand 61.
— Westfälische Vereinigung 467.
Berufsinvalidität 330, 349ff.
Berufsorganisation 12.
Berufsunfähigkeit 350, 684ff.
Berufswechsel IV. 347, UV. 342, 343.
Berufszählung UV. 88.
Berufung KV. 104, 128, UV. 111, 342, IV. 115, 128, 134, 274, 316.
Bescheid UV. 110, 112, IV. 115.
Beschlußausschuß 123.
Beschlußkammer 127.
Beschlußsenat 130.
Beschlußverfahren 123, 126, 128.
Besondere Berufszweige 32.
— — Erweiterte Krankenpflege 100.
— — Sterbegeld 102.
Besonderes Oberversicherungsamt 122, 570f., 646.
Betrieb UV. 202ff.
Betriebe, versicherungspflichtige UV. 84.
Betriebsbeamte 78, 84.
Betriebseinrichtungen UV. 244ff.
Betriebskrankenkassen, Entwicklung 40ff.
— Einrichtung 48.
— Verband 55.
Betriebsunfall UV. 202ff., s. a. Unfallhäufigkeit.
— Anpassung und Gewöhnung 213, 222, 228.
— Begriff 202ff.

Betriebsunfall, Betrieb 202.
— Beurteilung von Verletzungen 223.
— Dauernde und vorübergehende Erwerbsunfähigkeit 212ff.
— durch Anstrengung 207.
— durch Arbeit 206.
— Gewerbekrankheiten 211.
— Grenzen der Betriebsstätte 204.
— Hilflosigkeit 215ff.
— Indirekte Unfallkrankheiten 232ff.
— Individuelle Beschaffenheit 203.
— Krankheit als Unfallfolge 208ff., 219ff.
— Krebs 234.
— Leichenöffnung 218.
— Leistenbrüche 222, 230ff.
— Lungentuberkulose 233.
— Organische Erkrankung 205.
— Plötzliches Ereignis 210.
— Psychisches Trauma 207.
— Schwere des Unfalls 210.
— Spielerei 203.
— Trunkenheit 204.
— Tod 218, 220.
— Übermüdung 207.
— Unfallhäufigkeit 234ff.
— Verletzung 205.
— Vermutung eines 218.
— Verschlimmerung eines Leidens 210.
— Vorsatz 205.
— Verschulden, eigenes 203, von anderen 204.
— Weg zu und von der Arbeit 205.
— Wesentliche Änderung 214.
— Wirtschaftliche Unfallfolgen 212ff.
Betriebszählung UV. 88.
Bezirkskommissionen der Ärztekammern 388.
Bleivergiftung KV. 667, IV. 284.
Blinde IV. 80.
Blitzschlag UV. 203.
Blutarmut IV. 270, 272, 277, 515.
Botschaft, Kaiserliche vom 17. XII. 81 5.
Bronchialkatarrh IV. 299.
Bühnenmitglieder KV., IV. 78.

Chok 207, 363.
Chronische Leiden KV. 139, 140, 333, IV. 264ff.

Dauerrente UV. 109, 212.
Daumen UV. 227.
Deutscher Ärztevereinsbund 403ff.
Diagnose KV. 144, IV. 310, AV. 687.
Dienstboten KV. 78.
— Erweiterte Krankenpflege 100.
Dienstordnung der Kassenbeamten 32.
Dissimulation 356, 359.
Doppelversicherung KV. 560, AV. 677ff.
Durchgangsstationen IV. 506.
Durchschnittlicher Tagelohn KV. 91.
Durchschnittslohn IV. 348.
Durchschnittsverdienst UV. 344.

Ehegatte als Arbeiter des andern 29.
Ehrenamtliche Tätigkeit 64.
Einheitskasse KV. 47.
Einheitsrente 12.
Einigungskommission KV. 397.
Einkommen und Krankheit 160, 176.
Einkommengrenze KV. 81, 83, 383, IV. 83, UV. 84, 87, 600, AV. 676.
Einspruch UV. 110.
Einzugsverfahren IV. 71
Eisenbahner, soziale Versicherung der 625ff.
— Ärztliche Behandlung 641.
— Altersbesetzung im Eisenbahnbetrieb 626.
— Arzneiversicherung 629.
— Ausscheidungsziffer 651.
— Diensteinteilung 636.
— Eisenbahnärzte 640.
— Heilverfahren 645, 652.
— Invalidenhauspflege 652.
— Invalidenversicherung 646ff.
— Krankengeldversicherung 629.
— Krankenversicherung 627ff.
— Krankheitsdauer 630ff.
— Krankheitshäufigkeit 629ff.
— Krankheitsverhütung 636ff.
Eisenbahner, Nervöse Erkrankungen 638ff.
— Pensionskasse, Abteilung A und B 646ff.
— Traumatische Neurose 639.
— Tuberkulose 636ff.
— Unfallstatistik 641ff.
— Unfallverhütung 645.
— Unfallversicherung 641ff.
Ellenbogengelenk UV. 227.
Endbescheid UV. 111.
Entbindungen KV. 185ff., 192ff., 199.
Entgelt RVO. 29, KV. 78, IV. 78.
Entkräftung IV. 270, 272, 276.
Entstellung KV. 235, UV. 341.
Entwicklungskrankheiten KV. 185ff., 192ff.
Epilepsie, s. a. Krankheit, UV. 203, 288, IV. 287, 497.
Erblindung UV. 215, IV. 265.
Erkältungskrankheiten UV. 206.
Erkrankung außerhalb des Wohnorts KV. 31.
Erkrankungsziffer KV. 145.
Ermüdung UV. 207, 239, 460.
Ersatzkassen (Hilfskassen) 552ff.
— Gesetzliche Grundlagen 555.
— in der Angestelltenversicherung 683.
— kaufmännische 557.
— Leistungen 556.
— Ruhen der Mitgliedschaft bei der Pflichtkasse 556.
— Streitverfahren 556.
— Tarifvertrag mit den Ärzten 427ff., 559.
— Zuschußkassen 560.
Erste Hilfe s. Rettungswesen.
Erwerbsfähigkeit, Begriff 328ff.
— Abschätzung 331.
— bei Geistesschwachen 86.
— bei Kindern 86.
— bei schweren Gebrechen 80.
— Verminderung 328ff.
Erwerbslosigkeit KV. 30.
Erwerbsunfähigkeit, allgemeiner Begriff 330. —

allgemeiner Begriff in der Unfallversicherung 336.
— Alter 340.
— Ausbildung in einem andern Berufe 343.
— Beweis der 337.
— Bewertung ärztlicher Gutachten 338.
— Bewertung der Lohnhöhe 339.
— Entstellende Leiden 341.
— Freie Beweiswürdigung 338.
— Geschlecht 340.
— Gesundheitszustand und 339.
— in der Invalidenversicherung 346.
— Individuelle Verhältnisse 340.
— Militärdienst 339.
— Summierung mehrerer Unfälle 344.
— Unbequemlichkeiten 343.
— Verlust korrespondierender Glieder 345.
— vorübergehende und dauernde 212.
— Wechselnder Krankheitszustand 341.
— Wohnort 343.
— Zumutung des Berufswechsels 342.
Erzieher KV., IV. 78.

Fabrikkrankenkassen s. Betriebskrankenkassen.
Facharbeiter UV. 35.
Familienhilfe KV. 92, 102, 522, 529ff.
Faustschluß UV. 227.
Ferienkolonien IV. 545.
Fettleibigkeit IV. 287.
Fingerverletzungen UV. 227.
Freie Arztwahl 95ff., 386ff., s. a. Arztfrage.
— — bei der Leipziger O.K.K. 57.
— — Einwirkung auf die Kassenfinanzen 401.
— — in Württemberg 389ff.
— — Verbreitung 402.
Freie Beweiswürdigung 338.
Freiwillige Mitglieder KV. 151, 170, 200, UV. 87, IV. 320.
— Versicherung KV. 83, 92, UV. 86, 87, IV. 80, 83.

Gallensteinkolik IV. 304.
Gebrechen IV. 259ff.
— Begriff IV. 261ff., AV. 684ff.
— Merkmale IV. 261.
Gebärfähigkeit KV. 201.
Geburt KV. 199ff.
Geburtshilfe KV. 92, 103.
Gefahren des täglichen Lebens UV. 202.
Gefährlichkeit UV. 616.
Gehaltsklassen AV. 676ff.
Gehilfen KV., IV. 78, 84.
Geisteskrankheit, s. a. Krankheiten des Nervensystems, KV. 639, UV. 217, 342, IV. 270, 286ff., 497.
Gehirnkrankheiten IV. 292ff., 497.
Gelenkentzündung IV. 278, 279.
Gelenkrheumatismus KV. 605, IV. 270, 278ff., 313, 513f.
Gemeindekrankenversicherung 40ff.
Gemeinlast IV. 72.
Gesamteinkommen KV. 83.
Gesamtverband der Krankenkassen 55.
Geschlecht KV. 150, 159, 160, 170, 176, 184ff., UV. 239, 340, IV. 269, 277, 299, 316, 348.
Geschlechtskrankheiten KV. 184, 185ff., 192ff. 605, IV. 270, 281, 516.
Gesellen KV., IV. 78, 84.
Gesellschaft zur Rettung Schiffbrüchiger 470.
Gesetzgebung, soziale 1ff.
Gesundheit KV. 79, 139,
— Schädigung der UV. 208.
Gesundheitssimulation KV. 354, 356.
Gesundheitszustand, Beurteilung 339.
Gewerbeaufsicht GO. 656.
Gewerbeaufsichtsbeamte GO. 656, 661.
Gewerbekrankheiten, Anzeigepflicht 668ff.
— Bekämpfung 665ff.
— Internat. Arbeitsamt 670.
— Listenaufstellung 671f.
— und Unfall 211.
— Versicherung 671.
Gewerbeordnung des Norddeutschen Bundes 5, s. a. Reichsgewerbeordnung.
Gewerbezählung 211.
Gewerbliche Anlagen, Konzessionierung 657.
— — Überwachung 658, 659.
— — besonders gefährliche 660.
Gewerbliche Unfallversicherung s. Unfallversicherung.
Gewöhnung UV. 213, 228, IV. 293.
— Umgewöhnung 225.
Gicht IV. 270, 278.
Gliedertaxe UV. 224, IV. 306.
Gliedmaßen UV. 226.
Glotzaugenkrankheit IV. 291.
Großer Senat 123, 130.
Grundbetrag IV. 113.
Grundlohn RVO. 91.
Gutachten, ärztliches UV. 109, 225, 337, IV. 498ff.
— — Mitteilung 371.
— — und freie Beweis würdigung 338.
— des Versicherungsamts UV. 111, 124, IV. 114.

Haftpflichtgesetz 6.
Handlungsgehilfen und -lehrlinge KV., IV. 78.
Handverkaufsartikel KV. 438.
Hauptberuf und Nebenerwerb UV. 88.
Hauptbetrieb und Nebenbetrieb UV. 61.
Hauptursachen der Invalidität 267.
Hauptverband deutscher Ortskrankenkassen 55.
Hausarzt 377.
Hausgeld KV. 92, 101, IV. 500, UV. 477, AV. 690.
Hausgewerbetreibende KV. 32, 78, IV. 78.
— Beitragszahlung KV. 51.
— Eintragung in das Mitgliederverzeichnis KV. 91.
— Ortslohn 91.
— Sterbegeld 102.
Hauspflege KV. 92, 101, 103, UV. 476.
Hautkrankheiten KV. 184, 185ff., 192ff.

Hebammendienste KV. 92.
Heilmittel KV. 92, 98, 101, 442, 444f., UV. 106.
— Instandhaltung 138.
Heilpersonal, niederes KV. 96ff.
Heilverfahren, Unfallversicherung 106, 472ff.
— Auswahl des Materials 477.
— Entwicklung 473ff.
— Erfolge 487ff., 489.
— Gesetzliche Grundlagen 476.
— innerhalb der Wartezeit 475ff.
— Leitsätze des RVA. 480ff., 491ff.
— Praktische Beispiele 482.
— Statistik 489.
— Unfallanzeigenergänzung 479.
— Invalidenversicherung 494ff.
— Ablehnung 499.
— Alkoholismus 515.
— Blutarmut 515.
— Chronischer Gelenkrheumatismus 513.
— Entwicklung 496, 518f.
— Geschlechtskrankheiten 516.
— Gesetzliche Grundlagen 497.
— Kostenersatz 501.
— Leistungen 500.
— Lungentuberkulose 506ff.
— — Dauererfolg 511.
— — Wiederholungskuren 511.
— — Statistik 509ff.
— Lupus 516.
— nach der Wartezeit 490.
— Praktische Gesichtspunkte 497.
— Statistik 501.
— Unständige Heilbehandlung 498, 517.
— Zahnersatz 517.
— Angestelltenversicherung 681, 689ff.
— Knappschaftswesen 598.
— Sonderanstalten der Eisenbahn 652.
Heizerkrankheit 606.
Herzleiden IV. 301.
Herzmuskelentartung IV. 299.
Hilflosenrente UV. 217, 218.
Hilflosigkeit UV. 215ff.
Hilfskassen, Entwicklung 38ff., 552ff., s. a. Ersatzkassen.
Hilfsmittel KV. 92, 98, UV. 106.
Hinterbliebenenversorgung, s. a. Invalidenversicherung, IV. 17, 116ff., UV. 17, 34, 111. nach Selbstmord 308.
Hitzschlag UV. 203.
Hören des behandelnden Arztes UV. 109.
Hysterie IV. 289, 514f.

Individuelle Körperbeschaffenheit KV. 141, UV. 203, 340, IV. 348.
Infektionskrankheiten KV. 184, 185ff. 192ff., IV. 281, 497, UV. 205, 211.
Innungskrankenkassen 41ff., 48, 55.
Invalide 79, 113.
Invalidenhauspflege IV. 120, 652, UV. 536.
Invalidenrente 113f.,
— Ruhen der 116.
Invalidenversicherung, s. a. Invalidität, Knappschaftswesen, Seeleute, soziale Versicherung der —.
— Altersrente 113.
— Antrag auf Rente 114.
— Anwartschaft 112.
— Arbeitsunfähigkeit 336.
— Art der Versicherung 77ff.
— ärztliche Untersuchung 114.
— Aufbringung der Mittel 70.
— Einkommensgrenze 83.
— Einzugsverfahren 71.
— Entwicklung 12ff.
— Erwerbsunfähigkeit 346.
— Freiwillige Versicherung 83.
— Gemeinlast, Sonderlast 72ff.
— Gleichzeitiger Bezug anderer Versicherungsleistungen 349.
— Grundzüge zur A. u. IV. 12.
— Gutachten des Versicherungsamts 115.
— Heilverfahren 494ff., s. a. d.
— Hinterbliebenenversicherung 17, 116ff.
— Invaliditätshäufigkeit 323ff.
Invalidenversicherung, Invalidenhauspflege 540.
— Invalidenrente 113.
— Kinderzuschuß 17, 114.
— Kontrolleinrichtungen 321ff.
— Krankenrente 113.
— Neuerungen durch die RVO. 17ff.
— Rentenausscheidung 313.
— Rentenfestsetzung 115.
— Rentenlast 326.
— Rententabelle 118.
— Rentenziffer 324.
— Ruhen der Invalidenrente 349.
— Schwangerschaft, Wochenbett, Militärzeit 113, 336.
— Statistik der Rechtsprechung 134.
— Versicherungsanstalten 69ff.
— Versicherungspflicht 78.
— Waisenbezüge 35.
— Wartezeit 80, 112.
— Zeitlicher Anschluß an die Krankenversicherung 309.
— Zusatzversicherung 17, 84, 116.
Invalidität, Alter 316, 348.
— Altersbesetzung der Versicherungspflichtigen 318.
— Äußere Ursachen der 315ff.
— Beginn der 262.
— Begriff und Beurteilung 330, 346ff.
— Beruf 315.
— Berufswechsel 347.
— dauernde und vorübergehende 263, 309ff.
— der Frau 119.
— Einfluß von Kontrollmaßnahmen 321ff.
— Freiwillige Versicherte 320.
— Geschlecht 316, 348.
— Individuelle Beschaffenheit 348.
— Invaliditätshäufigkeit 323ff.
— Mindestlohn 347.
— Örtliche Verschiedenheiten 322.
— Ursachen der 259ff.
— Verlegung des Wohnorts 348.
— Verdienstmaximum 347.
— Zurückgehen des Invaliditätsalters 318.

Invalidität, dauernde 262, 263.
— — Altersschwäche 272.
— — Augenkrankheiten 297.
— — Basedow 291.
— — Bazillenträger 282.
— — Blutarmut 272, 277.
— — Entkräftung 272.
— — Epilepsie 287.
— — Gehirnkrankheiten 292.
— — Geisteskrankheit 286.
— — Gelenkrheumatismus 278ff., 313.
— — Geschlechtskrankheiten 281.
— — Hauptursache 267.
— — Hysterie 289.
— — Infektions- und parasitäre Krankheiten 281.
— — Innere Ursachen der 263.
— — Krankheiten der Atmungsorgane 297, 313.
— — — der Bewegungsorgane 206.
— — — der Harn- und Geschlechtsorgane 305.
— — — der Haut 306.
— — — der Kreislauforgane 301, 313.
— — — der Verdauungsorgane 303, 313.
— — Krebs 275.
— — Lungentuberkulose 273ff., 313.
— — Nebenursache 267.
— — Neuralgie 296.
— — Neurasthenie 289.
— — Neuritis 295.
— — Neurosen 287.
— — Ohrenkrankheiten 297.
— — Rückenmarkskrankheiten 294.
— — Schlaganfall 292.
— — Schüttellähmung 291
— — Veitstanz 291.
— — Vergiftungen 283.
Invalidität, vorübergehende 309ff.
— — Innere Ursachen 309ff.
— — Übergang in dauernde 309.
Ischias KV. 639, IV. 296 515.

Jahresarbeitsverdienst KV. 83, UV. 84, 107.
Jahreszeiten KV 148, 199, UV. 242.
Jugendliche Arbeiter RVO. 29, UV. 240, GO. 656, 661, 664.

Kapitalabfindung KV. 31, UV. 17, 34, 112, 371, IV. 36, 116.
Kapitaldeckung UV. 63.
Kassenbeamte 32.
Kassengröße, Einfluß 167, 180, 525.
Kassenverbände 54ff.
Katastrophen, Einwirkung 364.
Kinder RVO. 29, KV. 81, UV. 86, GO. 656, 661, 664.
Kinderzuschuß IV. 17, 114.
Klebemarken IV. 70.
Knappschaftsverband, Allgemeiner 55, 566.
Knappschaftswesen 562ff.
— Allgemeiner Knappschaftsverband 566.
— Altersbesetzung im Bergbau 581.
— Aufgaben des Versicherungsamts, Übertragung von — an Knappschaftsorgane 570.
— Auszahlung der Renten 572.
— Ärztliche Behandlung 594ff.
— Bergpensionen 579ff.
— Entwicklung des Bergbaus 562ff.
— Handhabung der Versicherung beim Saarbrücker Verein 590ff.
— Heilverfahren 598.
— Knappschaftliche Rückversicherungsanstalt 566.
— Knappschafts-Bg. 568.
— Knappschaftsoberversicherungsämter 570f.
— Krankenversicherung 572.
— Krankheitsdauer 576.
— Krankheitshäufigkeit u. -Entwicklung 574ff.
— Kompaß 536.
— Leistungen in der Krankenversicherung 594.
— Oberschiedsgericht 590.
— Organisation der Knappschaftksassen 590.
Knappschaftswesen, Pensionsleistungen 589, 598.
— Pensionierungsursachen 583ff.
— Rettungswesen 468.
— Schiedsgericht 590.
— Sonderanstalten 565, 573.
— Tuberkulose 577.
— Unfallverhütung 570.
— Unfallversicherung 567ff.
— Unfälle 567, 569.
— Ursachen der Invalidenrenten 588.
— Ursachen der Krankenrenten 587.
— Versicherung der Beamten 598f.
— Versicherungsamt und Aufgaben der Knappschaftsversicherung 126.
— Versuchsstrecke 570.
— Zuschußkassen 572.
Kollektivverträge 392.
Konferenzverband der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften 67.
Konstitutionskrankheiten KV. 184.
Krampfadern 302.
Krankenbehandlung UV. 106, 212, 490.
Krankengeld 92, 99, 523, 560.
Krankengeldversicherung 629.
Krankengeldzuschuß 163, 560, 629.
Krankenhauspflege KV. 100, 446ff., UV. 476ff.
Krankenhilfe KV. 92ff., 100.
Krankenkassen 38ff.
— Arzneikosten 442ff.
— Ausschuß 48.
— Eigene Anstalten 528.
— Einzugstellen IV. 59.
— Entwicklung 38ff.
— Errichtung der Kassen 48.
— Genehmigung 127.
— Größe der Kassen 167, 180, 525.
— Inhalt der Satzung 49.
— Kosten der ärztlichen Behandlung 415ff.
— Kosten für Krankenhausbehandlung 449ff.
— Krankheitsdauer 170.
— Organisation 48ff.
— Selbstverwaltung 49.

Krankenkassen und freie Arztwahl 398.
— Unfallanzeige 479.
— Verschiedenheit der Leistungen 165, 178.
— Vorstand 48.
Krankenpflege KV. 92ff., 100, erweiterte 100, besondere UV. 107.
Krankenpflegestationen IV. 546.
Krankenrente IV. 81, 113, 309, 540.
Krankenruhegeld AV. 684, 687.
Krankenversicherung s. a. Arbeitsunfähigkeit, Familienhilfe, Krankheit, Krankheitshäufigkeit, Krankheitsdauer, Krankenkassen
— Ärztestand und 379ff.
— Ärztliche Behandlung 93ff., 410ff.
— ÄrztlicheVersorgung166.
— Anmeldung der Versicherungspflichtigen 50.
— Apotheken und 436ff.
— Art der Versicherung 77ff.
— Arzneiversorgung 97ff., 433ff.
— Aufbringung der Mittel 49.
— Befreiung von der Versicherungspflicht 82.
— Beginn der Mitgliedschaft 91.
— Beitragbemessung bei erhöhter Krankheitsgefahr 50.
— Beitragszahlung 50, 90.
— Beiträge der besonderen Berufszweige 51.
— Bezug von Renten und Krankengeld 349.
— Chronische Leiden 139, 140, 333.
— Doppelversicherung 560.
— Dauer der Leistungen 100.
— Einkommensgrenze 81, 83.
— Entwicklung 10, 38ff.
— Entwicklung und Einrichtung der Krankenkassen 38ff.
— Errichtung neuer Kassen 48.
— Grundlohn 91.
— Heilmittellager 441.
— Kassenverbände 54.
— Krankengeld 99, 523, 560.
Krankenversicherung, Krankengeldzuschuß 163.
— Krankenhauspflege 100, 446ff.
— Krankenkontrolle 167.
— Krankenhilfe 92ff.
— Krankheitskosten 523, 526.
— Krankheitsverhütung 52.
— Neuerungen durch die RVO. 16.
— Rücklage 52.
— Satzungsmäßige Leistungen 52.
— Sektionen 55.
— Selbstverwaltung 49.
— Statistik der Leistungen 522ff.
— Statistik der Versicherten 89.
— Tätigkeit der Leipziger O.K.K. 56ff.
— Übersicht über die 30ff.
— Versicherungsberechtigung 83.
— Versicherungsleistungen 92.
— Versicherungspflicht 78.
— Zahnbehandlung 98.
Krankheit 136ff., s. a. Krankenversicherung.
— als Unfallfolge 208ff.
— Beginn 140.
— Begriff 136ff.
— Chronische Leiden 139, 140.
— Dauer 140.
— Diagnose 144.
— Entwicklung der Krankheitshäufigkeit und -dauer 181.
— im Bergbau 571ff.
— Karies der Zähne 139.
— Kassenarten 158.
— Krankheiten der Atmungsorgane KV. 184, 185, 192, IV. 270, 297.
— Krankheiten der Bewegungsorgane KV. 184, 185, 192ff., IV. 270, 306.
— Krankheiten des Bluts KV. 185ff., 192, IV. 270, 277.
— Krankheiten des Gefäßsystems KV. 184ff., 192, IV. 270, 301.
— Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane KV. 184, 185, 192ff., IV. 270, 281, 305.
— Krankheiten des Nervensystems KV. 184, 185ff., 192, 638, IV. 270, 286, 514.
— Krankheiten der Verdauungsorgane KV. 184, 185, 192, IV. 270, 303.
— Krankheitsdauer, allgemeine 145, 169ff.
— Krankheitsdauer, durchschnittliche 146.
— Krankheitsgruppen und Einzelkrankheiten 183ff.
— Krankheitshäufigkeit 145, s. a. d.
— Krankheitsursachen 141.
— Letalität 196ff.
— Lohnhöhe 160, 176.
— Lungentuberkulose 192.
— Massenerscheinung 145ff.
— Merkmale 137.
— Rasseneinfluß 147.
— Schmerzen 139.
— Ursache der zunehmen den Häufigkeit 181.
— Wechselnder Zustand UV. 341, IV. 300.
— Wichtigere Diagnosen (statist.) 194ff.
Krankheitsdauer, Allgemeine 145, 169ff.
— Alter 170.
— Ärztliche Versorgung 179.
— Beruf 170.
— Entwicklung 181.
— Freiwillige Mitglieder 170.
— Geschlecht 170, 172.
— Jahreszeit 149.
— Kassenarten 178.
— Kassengröße 180.
— Krankenkontrolle 180.
— Lohnhöhe 176.
— Satzung 178.
Krankheitsdauer, Besondere 192ff.
Krankheitsgruppen und Geschlecht 185.
Krankheitshäufigkeit, Allgemeine 145ff., 523, 573ff., 629ff.
— Alter 150.
— Arbeitsmarkt 148, 164.
— Ärztliche Versorgung 166.
— Beruf 152, 160.
— Entwicklung 181.
— Freiwillige Mitglieder 151.
— Geschlecht 150, 158.
— Kassenarten 158, 165.
— Kassengröße 167.

Krankheitshäufigkeit, Allgemeine, Krankengeldzuschuß 162.
— Krankenkontrolle 167.
— Lohnhöhe 160.
— Rasse 147.
— Verschiedenheit der Satzungen 164.
Krankheitshäufigkeit, Besondere 183ff.
Krankheitskeim UV. 209.
Krankheitskosten 523, 526.
Krankheitsverhütung 52, 636.
Krankheitszeit, Anrechnung IV. 113.
Krebs UV. 234, IV. 270, 275.

Laienvertreter bei Feststellungsorganen und Behörden 337.
Landaufenthalt KV. 335.
Landesversicherungsamt 122.
Landesversicherungsanstalten 12, 69ff.
— Eigene Anstalten 506.
— Eigenschaft einer öffentlichen Behörde 70.
— Genehmigung und Aufsicht 131, 132.
— Geschäftsbetrieb der Landesversicherungsanstalt Schlesien 75.
— Rentenfestsetzung 115.
— Statistische Übersicht 73, 74.
Landkrankenkassen, Errichtung 48.
— Krankenpflege, erweiterte 100.
— Organisation 48.
— Ortslohn 91.
Landwirtschaftliche Arbeiter KV. 32, 51, UV. 35.
Landwirtschaftliche Arbeiterinnen KV. 102.
Landwirtschaftliche Unfallversicherung
— Arbeiter und Facharbeiter 35.
— Berufsgenossenschaften 66, 67.
— Entwicklung der Unfallhäufigkeit 247ff.
— Grenzen der Betriebsstätte 204.
— Grundlagen und Entwicklung 11, 17, 33, 35, 85.
— Heilverfahren 482.
— Personenkreis 85.
Landwirtschaftliche Unfallversicherung, Rentenbemessung bei Summierung von Unfällen 344.
— Spezifische Unfallgefahr 236.
— Unfallhäufigkeit nach Alter und Geschlecht 241.
— Unfallhäufigkeit nach Betriebseinrichtungen 246.
— Unfalluntersuchung durch das Versicherungsamt 124.
— Versicherung der Unternehmer 87f.
Lazarettbehandlung 594.
Lehranstalt, Besuch einer, Anrechnung AV. 677.
Lehrer KV., IV. 78.
Lehrlinge KV. 32.
— Beiträge 51.
— Fortfall des Krankengeldes 51.
— Versicherung 78, 84.
— Ortslohn 91.
Leichenöffnung UV. 218.
Leistenbrüche UV. 222, 230ff., 346.
Leipziger O.K.K. 56.
Leipziger Verband der Ärzte 405ff.
Leitsätze des RVA. für das Heilverfahren innerhalb der Wartezeit 491ff.
Letalität KV. 145, 197ff.
Lohnhöhe KV. 160, 176.
Lohnklassen IV. 70.
Lohnstufensystem IV. 13.
Lungenblutung UV. 206.
Lungenemphysem IV. 299.
Lungentuberkulose KV. 192, 577, UV. 206, 233, IV. 270, 273, 313, 506ff.
— Eisenbahner 636ff.
— Seeleute 604.
Lupus IV. 516.

Maschinen UV. 245, 253.
Mehrleistungen KV. 92, 101.
Meldestellen KV. 50.
Militärärztliche Untersuchungen IV. 498.
Militärdienst und Erwerbsunfähigkeit UV. 339.
Militärzeit, Anrechnung IV. 113, AV. 677.
Mindestalter KV., IV. 81, UV. 86.
Mindestlohn IV. 347.
Mitgliedschaft KV. 79, UV. 77, IV. 80.
Mittelhandknochen UV. 227.
Monotonie der Arbeit UV. 239.
Montag KV. 356, UV. 242.
Muskelrheumatismus KV. 144, 183ff., 191, 195, IV. 270, 280.
Musterverträge KV. 392ff.

Nachtarbeit UV. 243, GO. 663.
Nebenursache IV. 267.
Nervenverletzungen UV. 229.
Neubildungen KV. 185ff., 192ff., 197, IV. 270, 276.
Neuralgie IV. 295.
Neurasthenie IV. 289, 514f.
Neuritis IV. 295.

Oberversicherungsamt 126ff., (statist.) 129, KV. 104, 207, UV. 111, 128, IV. 115, 128.
Oberversicherungsamt, Besonderes 122, 570f., 646.
Ohrenkrankheiten KV. 184, 185ff., 192ff., IV. 297.
Operation UV., IV. 311ff., KV. 97.
Orchestermitglieder, KV. IV. 78.
Organische Erkrankung UV. 205.
Ortsgruppenrente 12
Ortskrankenkassen, Einrichtung 48.
— Entwicklung 40, 45.
— Statistisches 42ff., 158f., 165, 166, 168f., 170, 178, 525, 527, 530, 531.
— Verband 55.
Ortslohn RVO. 29, KV. 91.

Pauschale 394, 396.
Plötzliches Ereignis UV 210.
Polizeibehörde UV. 105.
Prämientarif UV. 63.
Pronation 227.
Psychisches Trauma UV. 207.

Quittungskarten IV. 70.

Rabatt auf Arznei 436.
Rasseneinfluß KV. 147, UV. 459.

Regelleistung KV. 92.
Rechtsprechung, Umfang 133f.
Rechtsprechung, veränderte 254, 257, 325.
Reichsgewerbeordnung 379, 656ff.
Reichsversicherungsamt 70, 129ff., 425, 454, 466, 473, 480, 491ff.
Reichsversicherungsanstalt AV. 680.
Reichsversicherungsordnung 14ff.
— Geltung 27.
— Inhalt und Gliederung 26ff.
— Neuerungen 16ff.
Reichszuschuß IV. 13, 36, 119.
Rekonvaleszentenfürsorge KV. 92, 101, IV. 498.
Rekonvaleszenz KV. 334.
Rekurs UV. 111, 128, 134.
RentenausscheidungUV. 257, 472ff., IV. 313.
Rentenausschuß AV. 681.
Rentenhysterie 360ff., 371.
Rentenlast UV. 256, IV. 326.
Rentensucht UV. 208, 367, IV. 313.
Rettungsgesellschaft 462.
Rettungswesen 451ff., 460ff.
— Allgemeine Bedeutung 451ff.
— auf dem Lande 467.
— bei der Eisenbahn 469.
— beim Bergbau 468.
— Entwicklung 461ff.
— Kommunen 463.
— Rettungsgesellschaft 462.
— Rotes Kreuz 463.
— Samariterbund 461.
— Schiffahrt 469, 614.
— Staat 464.
— Unfallstationen, Berliner 467.
— Westfälische Vereinigung 467.
Revierbehandlung KV. 597.
Revision KV. 104, 128, IV. 115, 128, 134.
Rotes Kreuz 463.
Ruhegeld AV. 18, 680, 684.
Ruhen der Leistungen KV. 30, 556, IV. 36, 349.
Rückenmarkskrankheiten IV. 294ff., 396.
Rücklage KV. 52, UV. 63.

Sachleistungen an Trunksüchtige RVO. 28, 90, AV. 690.
— an landwirtschaftliche Arbeiter IV. 90.
Samariterbund 461.
Satzung KV. 49, 103, UV. 87, IV. 70.
Scheidenvorfall IV. 305.
Scheinvertrag betr. Arbeitsverhältnis KV. 167ff., 355, IV. 80.
Schiedsgericht KV. 397, 390ff., AV. 682.
— Knappschaftsversicherung 590.
Schlichtungskommission KV. 389.
Schlottergelenk UV. 227, 228.
Schok UV. 207, 363.
Schonzeit KV. 334.
Schuldfrage UV. 244.
Schüttellähmung IV. 291.
Schwangerengeld KV. 103.
Schwangerschaft KV. 199ff., IV. 336, AV. 336.
Schwangerschaftsfürsorge KV. 92, 103.
Schwäche der körperlichen und geistigen Kräfte AV. 685.
Schweigepflicht RVO. 28, 29.
Seeleute, Soziale Versicherung der 602ff.
— Fürsorge während der Wartezeit 612.
— Gelenkrheumatismus 605.
— Geschlechtskrankheiten 605f.
— Heizerkrankheit 606.
— Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung 620ff.
— Krankenfürsorge 602ff., 607ff.
— Ruhr 605.
— Seefahrtsbuch 622.
— Seekasse 621.
— Seemannsamt 613.
— Seeunfallversicherung 610ff.
— Spezifische Unfallgefahr 619.
— Summierung mehrerer Unfälle 344.
— Tuberkulose 604.
Seeleute, Unfallhäufigkeit 614ff.
— Unfalluntersuchung 611.
— Unfallverhütung 614.
— Witwenrente 621.
— Zweiganstalt 620.
Seeunfallversicherung 12, 610ff., s. a. Seeleute.
Sehstörungen UV. 229, IV. 296.
Selbständige Erwerbstätigkeit 78, 675.
Selbstgeschaffene Gefahr UV. 204.
Selbstmord KV. 185, 308, UV. 205, 308, IV. 306ff.
Selbstversicherung IV. 83, 321.
Sektionsbildung KV. 55, UV. 61.
Simulation 353ff.
Sonderanstalten IV. 69, 565, 573, 621, 627.
Sonderlast IV. 62.
Sondervermögen IV. 62.
Sonnabend KV. 356, UV. 242.
Soziale Gesetzgebung 1ff.
Soziale Lage 143, 160.
Soziale Versicherung 1ff., s. a. Krankenversicherung, Unfallversicherung, Invalidenversicherung, Angestelltenversicherung, Knappschaftswesen, Arztfrage.
— — Ablösung eines Versicherungszweiges durch den andern 13, 81.
— — Ärzteschaft und 20ff. 425f.
— — Ausland und 18ff., 671.
— — Arbeitermuseen 458.
— — Belastung der Arbeitgeber und -nehmer durch die 550.
— — Bestehende Versicherungsgesetze 26.
— — Einwirkung auf den Ärztestand 379ff.
— — Entwicklung 1ff.
— — Entwicklung der Kassenarten 38ff.
— — Gutachtertätigkeit bei der 419.
— — obligatorische und fakultative 9.
— — Prinzipien 6ff.
— — Private und 7, 224, 311.

Soziale Versicherung, Traumatische Neurosen und 368f.
— — Vergleich der 3 Versicherungszweige der RVO. 77.
— — Versicherte (statist.) 88.
— — Versicherungsbehörden 122ff., 590.
— — Vorteile und Nachteile 19ff., 538, 548ff.
Sparsame Verordnungsweise KV. 440ff.
Spezialärzte KV. 414.
Spezifische Unfallgefahr 235ff., 244.
Spielerei UV. 203.
Spruchausschuß 123.
Spruchkammer 127.
Spruchsenat 130.
Steigerungssatz IV. 113.
Ständige Heilbehandlung IV. 498.
Sterbegeld KV. 92, 102, UV. 111.
Stillgeld KV. 92, 103.
Strafen gegen Versicherte KV. 33, UV. 456, 477, IV. 500.
Supination UV. 227.

Tabakvergiftung IV. 285.
Tarifvertrag 427ff.
Taschengeld KV. 92, 102.
Taubheit IV. 80, 297.
Tod als Unfallfolge 218.
Tödlicher Unfall 111, 220, 236.
Traumatische Neurose UV. 360ff.
— Häufigkeit 373, IV. 270, 292, KV. 639.
Trunkenheit UV. 204.
Trunksucht IV. 284.
Trunksüchtige 28, 90.

Übung UV. 237.
Übertreibung UV. 356.
Übergangsrenten UV. 109, 111, 214.
Umlageverfahren UV. 63.
Unfall s. a. Betriebsunfall.
— Plötzlichkeit 210.
— Schwere des 210.
— tödlicher 111.
— versicherungspflichtiger 85.
Unfallanzeige UV. 105, 247, 478.
Unfallfolgen
— Beurteilung und Bewertung 222ff., 226ff.
Unfallfolgen, Krankheitsfolgen 208ff.
— mittelbare und unmittelbare 208.
— wirtschaftliche 211ff.
Unfallhäufigkeit 234.
— Alter und Geschlecht 239.
— Arbeitermaterial 237.
— Arbeiterwechsel 459.
— Arbeitslosigkeit 238.
— Betriebseinrichtungen 245.
— der Ausländer 459.
— Entwicklung 247.
— Ermüdung 239, 460.
— Gefährlichkeit eines Berufes 616.
— Jahreszeiten 242.
— Jugendliche Arbeiter 240, 459.
— Monotonie der Arbeit 239.
— Nachtarbeit 243.
— Schuldfrage 244.
— Spezifische Unfallgefahr 235ff., 244, 619.
— Übung 237.
— Ursachen der Zunahme 250.
— Wochentage 242.
Unfallrente 105, s. a. Unfallversicherung.
— Dauerrente, vorläufige Rente 109, 111, 212.
— Einspruch 110.
— Vollrente, Teilrente 107, 109.
Unfallschutz 255.
Unfalluntersuchung 105.
Unfallstationen 467, 485.
Unfallverhütung 451ff., 535.
— Bedeutung 451ff.
— Erfolg 455.
— Gesetzliche Grundlagen 452.
— im Bergbau 570.
— im Eisenbahnwesen 645.
— im Seeverkehr 413.
— Mangelnde Teilnahme der Arbeiter 456.
— Technik 453.
— Technische Aufsichtsbeamte 454.
— Verfehlungen gegen Unfallverhütungsvorschriften 456.
— Vorschriften 452, 456, 457, 464.
Unfallverhütungsvorschriften und Epileptiker 9.
Unfallversicherung s. a. Landwirtschaftliche Unfallversicherung, Berufsgenossenschaften.
— Änderung der Verhältnisse 110.
— Art der Versicherung 77.
— Ausführungsbehörden 65.
— Beginn der Leistung 107.
— Berufsgenossenschaften 60ff.
— Bescheid 110.
— Besonderheiten der landwirtschaftlichen 35.
— Betriebsunfall 202ff., s. a. d.
— Dauerrente 109, 111.
— Einspruch 110.
— Endbescheid 110.
— Erwerbsunfähigkeit 336ff., s. a. d.
— Entwicklung 11ff.
— Feststellung der Leistungen 109.
— Freiwillige Versicherung 86.
— Gefahrziffern 63, 67.
— Heilverfahren 472ff.
— im Bergbau 567ff.
— im Eisenbahnbetrieb 641ff.
— Leistungen 532ff.
— Neuerungen durch die RVO. 17.
— Rechtsprechung, Verfahren 127ff., Statistik 133.
— Rentenänderung 110.
— Rentenbemessung bei Summierung von Unfällen 344.
— Rentenfeststellung 109, 225.
— Rettungswesen 460ff.
— Rücklage 63.
— Seeunfallversicherung 610ff.
— Spezifische Unfallgefahr 257ff.
— Unfallanzeige 105.
— Unfalluntersuchung 105.
— Unfallverhütung 451ff., 535.
— Unfallzuschuß 108.
— Teilrente 107, 109.
— Tödlicher Unfall 111, 220, 236.
— Übersicht über die 33.
— Umlageverfahren 63.
— Versicherte Personen 84.
— Versicherung durch Satzung 87.
— Versicherungsgenossenschaft 65.

Unfallversicherung, Versicherungsleistung 105.
— Versicherungspflichtige Betriebe 84ff.
— Versicherungspflichtiger Unfall 85, 104.
— Vollrente 107, 109.
— Völlige Erwerbsunfähigkeit zur Zeit des Unfalls 345.
— Zweiganstalten 65.
Unfallzuschuß KV. 108.
Unfälle, angemeldete understmaligentschädigte 247.
Unterschenkelgeschwür IV. 303.
Unständige Arbeiter KV. 32.
— Beitragszahlung 51.
— Eintragung in das Mitgliederverzeichnis 91.
— Ortslohn 91.
— Sterbegeld 102.

Veitstanz IV. 291.
Verband der Ärzte Deutschlands (Leipziger Verband) 405ff.
Verband der Berufsgenossenschaften 64.
Verband der Innungskrankenkassen 55.
Verband zur Wahrung der Interessen der Betriebskrankenkassen 55.
Verdienstgrenze IV. 347.
Vereinigung von Krankenkassen 31.
Vergiftungen KV. 185ff., 192ff., IV. 283ff.
Verheiratung von Invalidenwitwen IV. 540, 593, 622.
— von Unfallwitwen UV. 111.
— weiblicher Angestellter AV. 680.
Verletzungen KV. 184, 185ff, 192ff., 194, 577, UV. 205, 219ff.
— Beurteilung von s. a. Betriebsunfall, UV. 223.
Verschlimmerung durch Unfall UV. 210.
Versicherungsamt 123ff, Übertragung der Aufgaben an andere Organe 28, 571, 650f.
Versicherungsanstalten s. Landesversicherungtanstalten.
Versicherungsbehörden 122ff.
Versicherungsberechtigung KV. 83, UV. 86f.
Versicherungsgenossenschaft UV. 65.
Versicherungsgesetz für Angestellte s. Angestelltenversicherung.
Versicherungspflicht 77ff., Befreiung KV., IV. 82
Versicherungszwang 9.
Versicherungszweige, Ablösung durcheinander 13, Verschmelzung 15.
Verschulden des Verletzten UV. 203.
— von Mitarbeitern UV. 204.
Versteifungen UV. 226ff.
Versuchsstrecke 570.
Vertrauensarzt KV. 417, UV. 422, 425, IV. 425, VA. 424, OVA. 424, RVA. 425.
Vertrauensmänner UV. 61, 62, AV. 681.
Verwertbarkeit der Arbeit 329, 331.
Vollarbeiter UV. 88.
Vorschuß UV. 110.
Vorsatz UV. 208.
Vorstand KV. 48, UV. 61, IV. 69.

Waisenaussteuer IV. 117.
Waisenrente IV. 35, UV. 34.
Waisenversorgung, s. a. Invalidenversicherung, IV. 17, 35, 117, 593, 621, UV. 34, AV. 679f.
Wartezeit KV. 91, (statist.) 165, UV. 77, 108, IV. 80, 112, AV. 680.
Wählbarkeit der Frauen AV. 682f., RVO. 123.
Wechselnder Krankheitszustand IV. 300, UV. 341.
Weg zur Arbeit UV. 205.
Weiterversicherung IV. 83.
Wiederverheiratung IV. 118, UV. 34, 112.
Wirbelsäule UV. 228, IV. 306.
Wirklicher Arbeitsverdienst 91.
Witwengeld IV. 117.
Witwenrente IV., 116, UV. 34.
Witwenversorgung, s. a. Invalidenversicherung IV. 17, 116f., 593, 621, 648f., UV. 34, AV. 679f.
Witwerrente IV. 117.
Wochenbett KV. 199ff., IV. 336, AV. 336.
Wochengeld KV. 92, 102.
Wochenhilfe KV. 102.
Wochentage KV. 356, UV. 242.
Wöchnerinnenheim KV. 103.
Wohlfahrtspflege KV. 528, IV. 120, 544ff., UV. 536ff.
Wohnort UV. 343, IV. 348.
Wohnungsenqueten KV. 53.
Wohnungsfürsorge KV. 529, UV. 537, IV. 547.
Württembergischer Krankenkassenverband 55.

Zahnärzte 93.
Zahnbehandlung KV. 98.
Zahnersatz KV. 98, UV. 229, IV. 517.
Zahnkrankheiten KV. 93, 184.
Zahnplombe KV. 98.
Zahntechniker KV. 93ff.
Zahnverlust UV. 229.
Zentrale für das deutsche Krankenkassenwesen 54.
Zuckerkrankheit IV. 285.
Zusatzrente IV. 116.
Zusatzversicherung IV. 17, 84, 116.
Zuschußkasse KV. 164, 560, IV. 572.
Zwangsversicherung 8.
Zweiganstalten UV. 65, 620.

Grundriß der sozialen Hygiene. Für Mediziner, Nationalökonomen, Verwaltungsbeamte und Sozialreformer. Von Dr. med. **Alfons Fischer,** Arzt in Karlsruhe i. B. Mit 70 Abbildungen im Text. 1913.
Preis M. 14,—; in Leinwand gebunden M. 14,80.

Ein sozialhygienischer Gesetzentwurf aus dem Jahre 1800, ein Vorbild für die Gegenwart. Von Dr. med. **Alfons Fischer,** Karlsruhe. 1913.
Preis M. 1,—.

Säuglingsfürsorge und Kinderschutz in den europäischen Staaten. Ein Handbuch für Ärzte, Richter, Vormünder, Verwaltungsbeamte und Sozialpolitiker, für Behörden, Verwaltungsbeamte und Vereine. Unter Mitwirkung hervorragender Fachleute des In- und Auslandes herausgegeben von Professor Dr. **Arthur Keller,** Berlin und Professor **Chr. J. Klumker,** Frankfurt a. M.

Erster Band: **Spezieller Teil.** Erste und zweite Hälfte. **Sozialhygienische Einrichtungen. Sozialrechtliche Entscheidungen, Gesetze und Verfügungen.** Mit 79 Textfiguren. 1912.
Preis M. 62,—; in Halbleder gebunden M. 67,—.
Der zweite Band (Allgemeiner Teil) erscheint im Frühjahr 1914.
Einzelne Bände können nicht abgegeben werden.

Jahrbuch der Fürsorge. Herausgegeben im Auftrage des Instituts für Gemeinwohl und der Zentrale für private Fürsorge in Frankfurt a. M. vom Archiv deutscher Berufsvormünder von Prof. Dr. **Klumker.** Sechster Jahrgang 1912. Preis M. 12,—
Siebenter Jahrgang 1913 in Vorbereitung.

Fortschritte des Kinderschutzes und der Jugendfürsorge. Vierteljahrshefte des Archivs deutscher Berufsvormünder, herausgegeben von Professor Dr. **Chr. J. Klumker**-Wilhelmsbad. Erster Jahrgang. 1913/14.

Heft 1: **J. F. Landsberg, Vormundschaftsgericht und Ersatzerziehung.**
Weitere Hefte unter der Presse. Preis M. 1,50.

Die Ursachen der jugendlichen Verwahrlosung und Kriminalität. Studien zur Frage: Milieu oder Anlage. Von Dr. **Hans W. Gruhle,** Heidelberg. (Abhandlungen aus dem Gesamtgebiete der Kriminalpsychologie [Heidelberger Abhandlungen], herausgegeben von Geh. Hofrat Prof. Dr. **K. von Lilienthal,** Prof. Dr. **F. Nissl,** Prof. Dr. **S. Schott,** Prof. Dr. **K. Wilmanns.** Heft 1.) Mit 23 Textfiguren und 1 farbigen Tafel. 1912.
Preis M. 18,—; in Leinwand gebunden M. 20,—.

Das Jugendgericht in Frankfurt a. M. Bearbeitet von Karl Allmenroeder, Amtsgerichtsrat, Jugendrichter, Frankfurt a. M., Dr. Wilhelm Polligkeit, Direktor der Zentrale für private Fürsorge, Frankfurt a. M., Dr. Ludwig Becker, Staatsanwaltschaftsrat, Staatsanwalt beim Jugendgericht, Frankfurt a. M., Professor Dr. Heinrich Vogt, Nervenarzt in Wiesbaden, früher Frankfurt a. M. Herausgegeben von Professor Dr. **B. Freudenthal,** Frankfurt a. M. 1912.
Preis M. 6,—; in Leinwand gebunden M. 6,80.

Hygienisches Taschenbuch für Medizinal- und Verwaltungsbeamte, Ärzte, Techniker und Schulmänner. Von Dr. **Erwin von Esmarch,** Geh. Medizinalrat, o. ö. Professor der Hygiene an der Universität Göttingen. Vierte, vermehrte und verbesserte Auflage. 1908. In Leinwand gebunden Preis M. 4,—.

Über Rassenhygiene. Von Dr. **Kurt Goldstein,** Universitätsprofessor in Königsberg. 1913. Preis M. 2,80.

Geburtenrückgang und Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit. Von Dr. jur., Dr. med. h. c. **von Behr-Pinnow,** Kabinettsrat a. D. 1913. Preis M. 2,—.

Verlag von Julius Springer in Berlin.

Grundriß des sozialen Versicherungsrechts. Systematische Darstellung auf Grund der Reichsversicherungsordnung und des Versicherungsgesetzes für Angestellte. Von Gerichtsassessor Dr. jur. **Walter Kaskel** und Regierungsassessor Dr. jur. **Fritz Sitzler,** Hilfsarbeiter im Reichsversicherungsamt. 1912.
Preis M. 9,—; in Halbleder gebunden M. 11,—.

Licht und Schatten bei der deutschen Arbeiterversicherung. Vortrag auf dem XXVI. Berufsgenossenschaftstage zu Hamburg. Von Dr. Dr. **Kaufmann,** Präsident des Reichsversicherungsamts. Zweite, unveränderte Auflage.
Preis M. —,60.

Die deutsche Arbeiterversicherung im Kampfe gegen die Tuberkulose. Vortrag auf dem VII. Internationalen Tuberkulosekongreß in Rom 1912. Von Dr. jur. et med. h. c. **Kaufmann,** Präsident des Reichsversicherungsamts.
Preis M. 1,20.

Leitfaden zur Arbeiterversicherung des Deutschen Reichs. Bearbeitet von **Mitgliedern des Reichsversicherungsamts.** 60. bis 70. Tausend.
Einzelpreis 40 Pf.,
25 Stück und mehr je 35 Pf., 50 Stück und mehr je 30 Pf., 100 Stück und mehr je 25 Pf.

Zentralblatt für Gewerbehygiene mit besonderer Berücksichtigung der Unfallverhütungstechnik und Unfallheilkunde. Unter ständiger Mitarbeit von hervorragenden Fachleuten des In- und Auslandes und im Auftrage des Instituts für Gewerbehygiene, Frankfurt a. M., herausgegeben von Dr. **F. Curschmann,** Fabrikarzt der Greppin-Werke, Regierungs- und Gewerberat Dr. **R. Fischer,** Lüneburg, und Dr. phil. **E. Francke,** Frankfurt a. M. Erscheint seit Januar 1913. Jährlich 12 Hefte. Preis des Jahrgangs M. 15,—.

Schriften aus dem Gesamtgebiet der Gewerbehygiene. Herausgegeben vom **Institut für Gewerbehygiene in Frankfurt a. M.** Neue Folge.

Heft 1: **Ärztliche Merkblätter über berufliche Vergiftungen.** Aufgestellt und herausgegeben von der **Konferenz der Fabrikärzte der deutschen chemischen Großindustrie.** Mit 8 Figuren im Text und auf einer Tafel.
Preis M. 1,80.

Heft 2: **Die Bedeutung der Chromate für die Gesundheit der Arbeiter.** Kritische und experimentelle Untersuchungen von Professor Dr. **K. B. Lehmann,** Direktor des hygienischen Instituts der Universität Würzburg. Mit 11 Textfiguren.
Unter der Presse.

Annalen für soziale Politik und Gesetzgebung, herausgegeben von Dr. **Heinrich Braun.** Erscheinen seit Juni 1911.
Abonnementspreis für den Band von 6 Heften M. 18,—; Einzelhefte M. 3,50.

Verlag von Behrend & Co. in Berlin.

Amtliche Nachrichten des Reichsversicherungsamts. Erscheinen seit 1885.
Preis des Jahrganges M. 8,—.

Monatsblätter für Arbeiterversicherung. Herausgegeben von **Mitgliedern des Reichsversicherungsamts.** Erscheinen seit 1907.

Die „Monatsblätter" erscheinen zum Preise von 1 Mark für den Jahrgang von 12 Nummern zu je etwa 12 Seiten. Der Preis ermäßigt sich, wenn mindestens 100 Exemplare auf einmal bezogen werden, nach Vereinbarung mit der Verlagshandlung. Einzelne Nummern kosten 10 Pfennig.

Zu beziehen durch jede Buchhandlung.