

Schriftenreihe des Instituts für Versicherungswissenschaft  
der Universität Köln

Herausgegeben von Professor Dr. jur., Dr. phil. W. Rohrbeck-Köln  
Leiter des Instituts

---

3

---

Zur  
gesetzlichen und privaten  
Krankenversicherung

Herausgegeben von

Professor Dr. Walter Rohrbeck



Springer-Verlag Berlin Heidelberg GmbH

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

Copyright by Springer-Verlag Berlin Heidelberg 1941

Ursprünglich erschienen bei Verlag von Julius Springer, Berlin 1941

Softcover reprint of the hardcover 1st edition

ISBN 978-3-642-51248-3      ISBN 978-3-642-51367-1 (eBook)

DOI 10.1007/978-3-642-51367-1

## Inhaltsverzeichnis.

Vorwort . . . . .	4
A. Aus der gesetzlichen Krankenversicherung.	
Prof. Dr. LUTZ RICHTER (Leipzig):	
Wagnisfragen in der gesetzlichen Krankenversicherung . . . . .	5
Prof. Dr. C. COERPER (Köln):	
Ärztliche Erfahrungen bei vertrauensärztlicher Tätigkeit und auf den Beobachtungsstationen . . . . .	13
Direktor Dipl.-Kfm. JOSEF MALETZ (Köln):	
Bedeutung und Methodik der Statistik in der gesetzlichen Kran- kenversicherung . . . . .	30
B. Aus der privaten Krankenversicherung.	
Direktor AUGUST SCHNEIDER (Hamburg):	
Entwicklung, Stand und Aufgabe der privaten Krankenver- sicherung . . . . .	53
Regierungsrat a. D. Direktor HORST KADATZ (Leipzig):	
Die Mathematik in der privaten Krankenversicherung . . . . .	65
Dr. phil. WALTHER HEYN (Hamburg):	
Gesetzliche und private Krankenversicherung . . . . .	77

## Vorwort.

Das Institut für Versicherungswissenschaft hat eine zweitägige Vortragsveranstaltung über „Gesetzliche und private Krankenversicherung“ am 27. und 28. März abgehalten. Das vorliegende Heft enthält 6 Vorträge aus dieser Tagung. Zum ersten Male war eine gemeinsame Beteiligung von Sozial- und Privatversicherung dabei vorgesehen. Sie hat einen guten Sinn. Sozial- und Privatversicherung arbeiten an der Gesunderhaltung des Organismus unseres deutschen Volkes, sammeln, jede auf ihrem Abschnitt, Erfahrungen, machen medizinische Beobachtungen und stellen statistische Ermittlungen an. Diese Ergebnisse dem Volke zu erschließen, sie aufzubereiten und weiteren Untersuchungen zuzuführen, ist Aufgabe der Wissenschaft. Auch wenn die Gesundheitsfürsorge des deutschen Volkes in ganz neue Bahnen gelenkt wird, bleiben für eine solche Entwicklung die Ergebnisse von Wissenschaft und Praxis aus der Vorzeit wertvoll; denn sie betreffen den deutschen Menschen in seiner Arbeit und in seiner Familie und für diesen deutschen Menschen ringen Wissenschaft und Praxis fortlaufend im gleichen Interesse um den vollendeten Erfolg.

Köln, April 1941.

Der Herausgeber:

Professor Dr. Rohrbeck.

## A. Aus der gesetzlichen Krankenversicherung.

### Wagnisfragen in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Von

Professor Dr. Lutz Richter,

Leipzig.

Die Wahl des Vortragsgegenstandes bedarf vielleicht einer Begründung, obwohl ja in einem Kreis ausgesprochen versicherungswissenschaftlicher Art Verständnis für die Erörterung von Wagnisfragen vorausgesetzt werden kann. Ich habe mich zum Herausstellen dieser Fragen deshalb entschlossen, weil mir die Sozialversicherung ab- und an der Gefahr ausgesetzt zu sein scheint, daß sie zu sehr nur als große Verwaltungseinrichtung angesehen wird. Da diese Verwaltungseinrichtung gut ist, da sie über einen eingespielten und leistungsfähigen Apparat verfügt, glaubt man allzuleicht, ihr beliebige neue Aufgaben stellen und ihr manches zumuten zu können, was mit ihrem ursprünglichen Wesen wenig zu tun hat. Demgegenüber erscheint es notwendig, einmal in Erinnerung zu bringen, daß diese Verwaltungseinrichtung, eben die deutsche Sozialversicherung und innerhalb ihrer auch die Krankenversicherung, von Haus aus und ihren ganzen Aufbaugrundsätzen nach eine Versicherung ist.

Freilich will ich die Versicherungseigenschaft der Sozialversicherung nicht überbetonen. Ich bin nicht der Meinung, daß der Versicherungsgrundsatz gewissermaßen ein Axiom sei, das nun überall angewendet werden müsse. Man kann es kaum zur Frage der Weltanschauung machen, ob man eine Aufgabe im Wege der Versicherung lösen solle oder auf einem anderen Wege. Aber den einmal gewählten Weg zu einem Ziele muß man auch weiterverfolgen; der Methode, für die man sich entschlossen hat, muß man treu bleiben (und man kann ihr jeden-

falls nicht Versagen vorwerfen, wenn man ihr nicht treu gewesen ist). Hat man die Methode der Versicherung gewählt, so muß man umsomehr versicherungstreu handeln, als ja diese Methode sich als zweckmäßig erwiesen und vielfach bewährt hat.

Mein heutiger Vortrag will also dazu beitragen, die Besinnung auf die Versicherungszüge in der sozialen Krankenversicherung zu erleichtern, und er will auf einige Folgewirkungen der Versicherungseigenschaft der Einrichtung hinweisen. Es liegt aber nicht in meiner Absicht, die Dinge irgendwie zu dramatisieren, und ich halte es durchaus für möglich, daß mancher Hörer das, was ich heute zu sagen habe, für ziemlich belanglos hält.

Ich will die Fragen, die ich zu besprechen gedenke, auswählen aus den Gedanken, die man anstellen kann über den Personenkreis der Krankenversicherung, über ihre Finanzgebarung, über ihre Leistungen — und im Zusammenhange damit will ich mich mit einigen ihrer Versicherungsfälle näher beschäftigen.

Nur wenige Bemerkungen sind zum Personenkreis der Krankenversicherung zu machen. Das Mittelwort (*participium perfecti passivi*) hat hier seine volle oder, wenn man so will, doppelte Bedeutung: „versichert“.

Der Versicherte ist der rechtlich und wirtschaftlich an der Versicherung Beteiligte, etwa im Sinne von Versicherungsnehmer, und er ist zugleich derjenige, der von den versicherten Gefahren in eigener Person — im Hinblick auf die Leistungen der Familienhilfe allerdings in der Person eines seiner Angehörigen — bedroht ist, individualversicherungsmäßig gesprochen also der Gefahrträger oder der versicherte Gegenstand. Nur in der zuletzt gedachten Hinsicht kommt er für Wagniserwägungen in Betracht. Insofern muß bei der Absteckung des Kreises der Versicherten ausreichende Gleichartigkeit und ausreichende Ungleichmäßigkeit in der Wagnisbedrohung bestehen. Offensichtlich kann nun bei Versicherung für den Fall der Krankheit und damit zusammenhängender Wagnisse der Kreis der Versicherten sehr weit gezogen werden, denn diese Daseinsstörungen bedrohen alle Menschen — unbeschadet aller Abstufungen im einzelnen und aller möglicherweise anzuknüpfenden Wagnisbeurteilung — ziemlich gleichmäßig und doch nicht ganz gleich. Bei dieser Wagnisstreuung ist es auch unbedenklich, wenn aus der Gesamtbevölkerung für organisatorische Zwecke der Krankheitsvorsorge Ausschnitte unter gemeinschaftspolitischen Gesichtspunkten genommen, wenn also nicht Einheitskassen gebildet, sondern Versicherungsgemeinschaften für Krankenversicherung in Anlehnung an anderweit bestehende Gemeinschaften errichtet werden. Insbesondere aber erfordert die Wagnislage keine Obergrenze des Einkommens, jenseits deren der Wagnisträger nicht in der Kranken-

versicherung bleiben dürfte, wie es der heute wieder fraglich gewordene § 178 RVO. will. Risikotheoretische Gründe werden sich gegenüber dem Aufhebungsplan des Reichsarbeitsministers kaum ins Feld führen lassen.

Aber aus den Notwendigkeiten versicherungsmäßigen Wagnisgefüges ergibt sich, daß jeder Versicherte als Teilnehmer einer Versicherungseinrichtung auch angemessene und im Hinblick auf die Gesamtaufwendungen ausreichende Beiträge bringen muß, sei es, daß er sie selber zahlt, sei es, daß sie von anderer Seite, vom Betrieb oder sonstwie für ihn aufgebracht werden. Wie die Bemessung der Beiträge vorzunehmen sei, ob mehr individualisierend nach den Grundsätzen der Privatversicherung oder mehr ausgleichend nach den sozialen Gesichtspunkten der Reichsversicherung, das steht hier nicht in Rede. Wohl aber soll daran erinnert werden, daß jedem von einer sozialen Krankenversicherungseinrichtung zu tragenden Wagnis — und für die private Krankheitskostenversicherung wird nichts anderes gelten — ein angemessener Beitrag gegenüberstehen muß. Hat dieser Zufluß zur Versicherungsrechnung in besonderen Fällen, etwa bei den sogenannten Zugeteilten (§ 363a RVO.) oder in den Fällen nur teilweisen Ruhens des Versicherungsverhältnisses wegen der Ableistung von Wehrdienst und dergleichen (§ 209b RVO.), nicht die gewöhnliche Beitragsform, so muß doch von vornherein auf andere Art, und wieder auf versicherungsrechnerischer Grundlage, für Deckung der beim Versicherungsträger erwachsenden Ausgaben gesorgt werden. Das hat unsere Gesetzgebung denn auch im großen und ganzen getan.

Schließlich mag beim Personenkreis noch auf eine Erscheinung hingewiesen werden, deren versicherungstechnische Bedeutung zumeist unbeachtet bleibt. Das ist die Begrenzung des Wagnisses seiner Höhe nach, die der § 180 RVO. dadurch vorschreibt, daß er einen Grundlohn höchstens im Betrage von 10 Reichsmark für den Kalendertag — rund gerechnet also 3600 Reichsmark im Jahre — zuläßt. Damit ist nicht nur dem Rechnung getragen, daß die Kosten der kassenmäßigen Krankenpflege von der Höhe des Einkommens und des Grundlohnes durchschnittlich unabhängig sind; damit ist auch nicht nur außerordentlich hohem Krankengeld ein sozialpolitisch oder sozialpädagogisch wünschenswerter Riegel vorgeschoben. Sondern es sind ungewöhnliche Wagnisse, die gerade bei Einbeziehung hochverdienender Teilnehmer in die Krankenversicherung störend auftreten könnten, in versicherungstheoretisch vollkommen befriedigender Weise auf ein wirtschaftlich ungefährliches Maß beschränkt. Daß sich Gelegenheit zu einer zusätzlichen privaten Krankengeldversicherung bietet, sei nur nebenher erwähnt.

Schon in den bisherigen Gedankengängen mußte die Finanzgebarung der Krankenversicherungsträger gestreift werden. Viel weitere

Bemerkungen sind dazu nicht zu machen. Voraussetzungsgemäß müssen die Finanzen einer Krankenkasse versicherungsmäßig geordnet sein und gehandhabt werden. Ist allgemein der Haushaltsplan das Rückgrat einer gutgeführten Verwaltung, so fällt ihm hier zugleich auch die Rolle der Umlagerechnung und damit eines wesentlichen Stückes des Versicherungs-Geschäftsplanes zu. Sehr deutlich haben die Möglichkeiten, die in einem folgerichtig zu Ende geführten Versicherungsdenken stecken, sich gezeigt bei der Rücklagenstellung in der sozialen Krankenversicherung. Mit der gemeinsamen Verwaltung der Rücklagen der Krankenkassen als Gemeinschaftsaufgabe (Dritte Aufbauverordnung), die ja eigentlich geradezu Gemeinschaftsrücklage ist, hat man etwas eingeführt, was wohl als eine — natürlich für den besonderen Zweck besonders entwickelte — Art von Rückversicherung bezeichnet werden darf. Der günstige finanzpolitische Erfolg liegt als bemerkenswerte Verminderung des Rücklagesolls auf der Hand.

Nur streifen will ich auch eine Frage der Beitragsgestaltung, die durch den § 384 RVO. angeregt wird und die neuerdings (bei SCHNATENBERG, Zusatzbeiträge des Unternehmers bei erhöhter Erkrankungsgefahr im Betriebe, in ArbVersorg. 1940 S. 434) aufgegriffen worden ist. Beitragsabstufung nach dem Sonderwagnis einzelner Erwerbszweige oder Berufsarten oder auch einzelner Betriebe — hier als Zusatzbeitrag des Unternehmers — dürfte nur unter ganz besonderen Verhältnissen angebracht sein und würde bei einer, der bisherigen Praxis fremden, reichlichen Anwendung dem Grundgedanken sozialen Ausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung zuwiderlaufen. So wichtig die Beachtung der Wagnisse für die soziale Krankenversicherung ist, so darf sie sich doch nicht einseitig hervordrängen.

Auf der Leistungsseite stoßen wir bei der Wagnisbetrachtung auf eine sehr wichtige Frage, die in letzter Zeit meist unter anderen Gesichtspunkten lebhaft erörtert worden ist. Das ist die Beschränkung der Krankenhilfe, zumal der Bezugsdauer des Krankengeldes, auf grundsätzlich ein halbes Jahr — die schlecht so genannte Aussteuerung (§ 183 RVO.). Wie die Leistungshöchstdauer zu berechnen, wie sie etwa kraft Mehrleistung zu erweitern sei, das ist für unsere aufs Grundsätzliche gerichtete Betrachtung nebensächlich. Warum aber überhaupt eine derartige Leistungsbegrenzung in die soziale Krankenversicherung eingebaut sei, das ist vielen nicht ohne weiteres verständlich. Der Grund ist ein versicherungstheoretischer: das von der Versicherungsgemeinschaft zu tragende Wagnis soll beschränkt, einzelne die Rechnung übermäßig belastende Überleistungsfälle sollen vermieden werden. Dabei bestehen sehr bemerkenswerte Beziehungen zwischen der natürlichen Begrenztheit der Krankheitsfälle und des darin liegenden Wagnisses in den regelmäßig verlaufenden Fällen und der rechtlichen, leistungsbeschränkenden

### Wagnisfragen in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Grenzziehung für die ungewöhnlich langwierigen Fälle. Dem allen will ich, auch nach der rechtsgeschichtlichen und rechtsvergleichenden Seite, hier nicht nachgehen. Jedenfalls muß eine Versicherung sich schützen vor allzustarker Inanspruchnahme in selten, aber dann mit großem Gewicht auftretenden Fällen übergewöhnlichen Wagnisses. Im Gefüge der gesamten Reichsversicherung soll bekanntlich die Härte, die in der Aussteuerung, in der Leistungsbeendigung der Krankenversicherung bei fortbestehender Krankheit liegt, gemildert werden durch Anerkennung vorübergehender Invalidität oder vorübergehender Berufsunfähigkeit als Versicherungsfall in der Rentenversicherung. Die beiderseitigen Regelzeitmaße — Krankenhilfe bis zu 26 Wochen und Mindestdauer ununterbrochener Invalidität von 26 Wochen — stimmen dabei überein. Nur leider kann praktisch der Übergang vom Krankengeldbezug zum Rentengenuß nicht lückenlos vor sich gehen, weil man ja vor Ablauf der 26 Wochen gar nicht sicher wissen kann, ob vorübergehende Invalidität nachher noch vorliegen wird.

Sehen wir von diesen juristischen Schwierigkeiten ab, so können wir doch die Aussteuerung gerade von unserem Wagnisgesichtspunkt aus kritisch betrachten. So richtig nämlich die Notwendigkeit der Vermeidung von Überleistungsfällen theoretisch gesehen ist, so wenig scheint das, was dabei abgeschnitten wird, praktisch ins Gewicht zu fallen. Zwar fehlen uns genaue und breite statistische Unterlagen, von denen wir ablesen könnten, was die Krankenversicherung durch die zeitliche Begrenzung der Krankenhilfe (oder auch der Familienkrankenpflege) „erspart“, das heißt, was sie mehr zu leisten hätte, wenn sie sich nicht auf Aussteuerung berufen könnte. Einige Probeuntersuchungen haben mir aber gezeigt, daß es sich nur um einen recht geringen Bruchteil aller Erkrankungsfälle zu handeln scheint, der durch das rechtlich bedingte Leistungsende vor dem Ende des Krankheitszustandes überhaupt betroffen wird, und daß auch der ersparte Leistungsaufwand in diesen Fällen nicht sehr bedeutend ist. Genauere Forschungen über diesen Punkt erscheinen mir sehr erwünscht.

Trifft die Annahme zu, daß das finanzwirtschaftliche Ergebnis der Leistungsbegrenzung praktisch belanglos ist — während doch die sozialpsychologische Wirkung solcher „Härten“ nicht unterschätzt werden darf —, so kann geprüft werden, ob die Schranke der Aussteuerung nicht fallen gelassen werden könne. Die ihr ursprünglich zugesprochene wagnistheoretische Bedeutung kommt ihr dann nicht zu. In diesem Zusammenhange ist es bemerkenswert, daß wir bereits eine gewisse Abwendung von der bisherigen Handhabung der Rechtseinrichtung beobachten können, und zwar in der Gesetzgebung sowohl wie in der Rechtsanwendung. Das Gesetz über Maßnahmen aus Anlaß des Krieges in der Reichsversicherung vom 15. Januar 1941 (RGBl. I

S. 34) hat bekanntlich Personen, die der gesetzlichen Krankenversicherung unterliegen und an einer ansteckungsgefährlichen Geschlechtskrankheit leiden, die Krankenpflege und auch die Familienkrankenpflege zeitlich unbegrenzt eröffnet. In den verhältnismäßig wenigen Fällen, in denen mit der Krankheit ohne Krankenhausaufnahme Arbeitsunfähigkeit einhergeht, wird man trotz Schweigens des Gesetzes auch Krankengeld auf unbegrenzte Zeit zugestehen müssen. Für viel wesentlicher als diese gesetzliche Neuerung halte ich die neue Stellungnahme des Reichsversicherungsamtes zur Aussteuerungsfrage in dem Bescheid vom 21. Dezember 1940 (R ArbBl. 1941 II S. 22). Bisher ließ man die Leistungsbegrenzungsdauer weiterlaufen und gewährte nur einmal das Leistungshöchstmaß, auch wenn zwei oder mehrere Erkrankungen im gleichen Zeitraum aufeinandertrafen<sup>1</sup>. Nunmehr will das Reichsversicherungsamt jede neue Erkrankung als neuen Versicherungsfall betrachtet wissen, der eine neue Aussteuerungsfrist in Lauf setzt, nur daß natürlich nicht gleichzeitig doppelte Leistungen — praktisch doppeltes Krankengeld — gefordert werden können. Man wird dieser Wendung, die sich bald auch in der Rechtsprechung durchsetzen dürfte, voll zustimmen können. Das Reichsversicherungsamt hat sie zunächst nur wegen der Krankenpflege, der Behandlungsleistungen usw. ganz vollzogen. Wegen des Krankengeldes hat es sich — in bemerkenswerter Gleichläufigkeit mit dem Gesetz vom 15. Januar — noch nicht festgelegt. Wenn es darauf hingewiesen hat, daß insoweit noch die wirtschaftlichen

---

<sup>1</sup> Eine kleine Abweichung findet sich freilich schon in der an sich für die alte Auffassung grundlegenden Grundsätzlichen Entscheidung des Reichsversicherungsamtes vom 18. März 1920 (Nr. 2577, Amtl. Nachr. S. 319); danach genügt es für die Annahme der Heilbehandlungsbedürftigkeit und damit für die Fortwirkung der Aussteuerung nicht, daß das Leiden fortbesteht, es muß auch insofern ein krankhafter Zustand vorliegen, daß ohne Fortdauer ärztlicher Behandlung Besserung ausgeschlossen oder Verschlimmerung zu erwarten ist. Später aber haben die Erlasse des Reichsarbeitsministers vom 14. Mai 1938 (R ArbBl. IV S. 202) und vom 4. September 1940 (Volkstüml. Ztschr. 1940 S. 171) den Krankenkassen Entgegenkommen in der Behandlung neuer Erkrankungen Ausgesteuerter ermöglicht und nahegelegt. Die Frage, ob Behandlungsbedürftigkeit seit der Aussteuerung ununterbrochen bestanden habe, soll nicht engherzig geprüft werden. vor allem dann nicht, wenn der Versicherte seit der Aussteuerung eine nicht unerhebliche Zeit Arbeit geleistet hat. In Härtefällen sollen die Reichsverbände der Krankenkassen eingeschaltet werden, „die in der Lage sein werden, solche Härten durch entsprechende Beratung der Krankenkassen zu verhindern“. All dies Entgegenkommen soll sowohl bei Erkrankung an einer neuen, vom Aussteuerungsleiden unabhängigen Krankheit, wie auch (nach dem späteren Erlaß) bei Wiedererkrankung an dem gleichen Leiden geübt werden. Durch den neuen Bescheid des Reichsversicherungsamtes sind die beiden Erlasse nicht überholt, weil jener sich mit dem Auftreten einer neuen Erkrankung während der ersten Krankheit und während des Leistungsbezuges, diese aber sich mit Erkrankungen nach der Aussteuerung befassen.

Auswirkungen seines neuen Standpunktes auf die Krankenkasse zu prüfen sind, so hat es damit unausgesprochen den Notwendigkeiten einer Wagnisuntersuchung gehuldigt und verdient auch darin wissenschaftlichen Beifall.

Der neue Standpunkt des Reichsversicherungsamtes bedeutet nun zwar eine bisweilen beträchtliche Verlängerung der Leistungsdauer in Fällen zeitlich kurz nacheinander auftretender Erkrankungen. Er berührt aber nicht die zeitliche Leistungsbegrenzung als solche. Kann auch sie fallengelassen werden? Das ist die sozialpolitisch gewiß recht wichtige Frage, in die die Wagnisbetrachtung hier auslaufen muß. Zu ihrer abschließenden Beantwortung fühle ich mich weder zuständig noch halte ich die Vorarbeiten für weit genug gediehen.

Wird aber irgendeine Zeitgrenze und damit die Rechtseinrichtung der Aussteuerung beibehalten, so fordern die Fortschritte der ärztlichen Behandlungsweisen die Beachtung eines weiteren Fragenkreises. Gewisse Dauerleiden, die auf der hier fraglichen Entwicklungsstufe keineswegs invalide oder berufsunfähig machen, zeigen die Eigentümlichkeit, daß sie den Leidenden nicht als krank im landläufigen Sinn erscheinen lassen, jedenfalls aber ihn nicht arbeitsunfähig machen, wenn sie nur fortlaufend und umsichtig behandelt und arzneilich versorgt werden. Als Beispiele solcher Leiden ist an Zuckerkrankheit, Beingeschwüre und Tuberkulose (in manchen Formen) zu denken. Die Dauer der mehr vorbeugenden als heilenden Kur geht hier über das halbe oder auch ganze Jahr der Aussteuerungsfrist weit hinaus. Eine wirksame Hilfe durch die Sozialversicherung müßte hier sehr im Sinne der allgemeinen gesundheitspolitischen Bestrebungen liegen und der Erhaltung wertvoller Arbeitskraft dienen. Soweit zu erkennen, scheint die Praxis sich hier auf mancherlei Wegen zu helfen, insbesondere die Möglichkeiten der Krankheitsverhütung (§§ 363, 187 Nr. 3 RVO.) anzuwenden. Aber eine grundsätzliche Klärung wäre doch wohl erwünscht.

Will man nun nicht in der oben angedeuteten Weise auf jede Zeitgrenze für die Krankenhilfe verzichten, erscheint ein so entschiedener Schritt etwa gerade wegen der Dauerleiden und der zum Teil kostspieligen, sich immer mehr entwickelnden Dauerbehandlungsweisen als bedenklich, so kann man vom wagnistheoretischen Standpunkt aus zu einer anderen, ganz versicherungsgerechten Lösung kommen. Man kann nämlich aus der Weitergewährung der Krankenhilfe und der vorbeugenden Dauerbehandlung über die gewöhnliche Leistungsdauer hinaus eine Gemeinschaftsaufgabe machen, die von der Landesversicherungsanstalt (Abteilung Krankenversicherung) durchzuführen ist und die ihrem Wesen nach eine Art Rückversicherung darstellt. Der Gemeinschaftsaufgabenträger hätte dabei die über das gewöhnliche Maß

überschießenden Wagnisse zu decken und diese Wagnistragung durch eine versicherungsmäßige Umlage auf die Krankenkassen zu finanzieren, wobei den Umlageschlüssel wohl am besten die Grundlohnsumme abgeben könnte und wodurch der gesetzgeberische Plan der Schaffung einer Gemeinlast verwirklicht würde. Die Kranken oder Dauerleidenden blieben für die Behandlung selbst in den Händen ihrer Kasse und damit der gleichen Ärzte, die sie bis zum bisher so gefürchteten Aussteuerungszeitpunkt behandelt haben; dieser Zeitpunkt bekäme eine ganz veränderte, nunmehr verwaltungsmäßige Bedeutung.

Endlich noch ein paar Worte zu den Versicherungsfällen der sozialen Krankenversicherung. Wagnismäßig betrachtet ist der Versicherungsfall der Krankheit, so wie er in der Reichsversicherungsordnung und in der Rechtsanwendung geformt worden ist, in Ordnung; auch nach der sozialpolitischen Seite hin kann man das sagen, besonders seitdem das Reichsversicherungsamt die erwähnte Wendung bei der Aussteuerung vollzogen hat. Hinsichtlich des Todes und der dadurch ausgelösten Sterbegeldleistung ergeben sich von der Wagnisbetrachtung aus ebenfalls keine Bedenken. Umsomehr aber beim Versicherungsfall der Wochenhilfe! Daß dieser Fall seinem Wesen nach versicherungsfremd ist, darauf ist in den letzten Jahren schon von anderer Seite hingewiesen worden. Der Eintritt des Wagnisses hängt hier sehr stark von Umständen ab, die in das Belieben der Wagnisträger selbst gestellt sind; mit den üblichen Fremdwörtern gesagt, handelt es sich um ein typisch subjektives Risiko. Aber nicht nur das; der Eintritt des Wochenhilfefalles ist sogar erwünscht, oft genug für die unmittelbar Betroffenen und grundsätzlich immer für die Volksgemeinschaft. Dieser Lage entsprach es, wenn wenigstens für Familienwochenhilfefälle ein Reichszuschuß an die Krankenkassen vorgesehen war (§ 205d RVO.); der Zuschuß ist bekanntlich durch die Reichshaushaltgesetze seit 1931 aus finanzwirtschaftlichen Gründen gestrichen worden. Sieht man die Dinge nüchtern an, so muß man sagen, daß die ganze Wochenhilfe nicht in eine Versicherung paßt. Daß sie überhaupt solange ohne Unheil in den Formen einer Versicherung erledigt werden konnte, wird nur der Einstreuerung der Wochenfälle in die echten Versicherungsfälle der Krankenversicherung verdankt. Eine reine Mutterschaftsversicherung wäre wohl bestandsunfähig. So hat hier ein Regelverstoß einen anderen bedingt: streng versicherungsmäßig wäre ja zu fordern, daß die einzelnen Wagnisarten in getrennten Versicherungseinrichtungen behandelt würden. Wenn nun vom Wagnisstandpunkt ernste und im Hinblick auf die erfreuliche Geburtenzunahme wachsende Bedenken gegen die versicherungsmäßige Wochenhilfe angemeldet werden müssen, so kann das selbstverständlich nicht heißen, daß etwa jede Wochenhilfe wegfallen solle. Was zu fordern ist, das ist nur die Erledigung der notwendigen

Hilfe für Mutter und Neugeborenes und der bevölkerungspolitischen Geburtenförderung in anderer Form. Nicht mit den Mitteln einer Versicherung, die hier nicht passen, sondern in anderer Weise, aus allgemeinen öffentlichen Mitteln sollte hier geholfen werden. Dabei wird man sich vom Versicherungsstandpunkt aus gern damit einverstanden erklären können, daß die bisherige Art der Wochenhilfe durch die Krankenkassen noch beibehalten wird, bis die bessere neue Form gefunden ist.

Nur wenige Punkte konnte ich aufzeigen, die im Gesamtgefüge unserer sozialen Krankenversicherung durch eine Betrachtung unter dem Gesichtswinkel des Wagnisses — wie ich glaube — dem Verständnis nähergebracht werden können. Auch diese wenigen Punkte konnte ich in einer kurzen Vortragsstunde nicht bis in ihre letzten Hintergründe behandeln. Ich hoffe aber, wenigstens einen Eindruck davon gegeben zu haben, daß Wagniserwägungen für die soziale Krankenversicherung, ja für die Reichsversicherung überhaupt fruchtbar sind.

## Ärztliche Erfahrungen bei vertrauensärztlicher Tätigkeit und auf den Beobachtungsstationen.

Von

Professor Dr. C. Coerper,

Beigeordneter und Amtsarzt der Hansestadt Köln.

Die vertrauensärztliche Tätigkeit, ihre Organisation und Durchführung ist eine der gegenwärtig am stärksten umstrittenen Aufgaben der deutschen Ärzteschaft. Die einen halten sie für unbedingt notwendig, die andern für geradezu überflüssig. Die einen sehen in ihr ein Heilmittel zur Gesundung der Sozialversicherung, die andern betrachten sie als eine offensichtliche Gefahr für ihren Fortbestand.

Die vertrauensärztliche Tätigkeit soll die unberechtigte Inanspruchnahme der Einrichtungen und Leistungen der Sozialversicherungen behindern und der Wirtschaft die Arbeiter möglichst bald zurückgeben. Die Versicherten erblicken in dem Vertrauensarzt in erster Linie den Gesundheitschreiber, die Ärzteschaft in dem vertrauensärztlichen Dienst eine Kontrollinstanz. Das Anzweifeln einer Krankheit ebenso wie die Kontrolle schafft verständlicherweise eine Sphäre des Mißtrauens. So hat die vertrauensärztliche Tätigkeit nur teilweise erreicht, sich das für ihre Tätigkeit notwendige Verständnis zu verschaffen. Fürsprecher und Gegner kämpfen temperamentvoll mit einander, ohne daß es schon zu einem gegenseitigen Ausgleich gekommen wäre.

Bei einer solchen Gesamtlage ist es immer notwendig und zweckdienlich, zunächst einmal die Grundlagen einer so umkämpften Aufgabe sich zu vergegenwärtigen.

Welche Aufgaben hat der Vertrauensarzt zu erfüllen? THEODOR VATERNAHM hat in seinem Taschenbuch des Vertrauensarztes (Julius Springer, Berlin 1940) Aufbaugesetz von 1936 und Entscheidungen, die den vertrauensärztlichen Dienst der Sozialversicherungen betreffen, zusammenfassend dargestellt, dazu die Bestimmungen und Richtlinien gesammelt, die für den vertrauensärztlichen Dienst von Bedeutung sind. Folgende Aufgaben werden aus der Dienstanweisung angeführt:

1. Nachuntersuchung der Arbeitsunfähigen, 2. Nachuntersuchung auf Antrag des behandelnden Arztes, 3. Begutachtung von Anträgen auf Einweisung in ein Krankenhaus, eine Heilstätte usw., 4. Überwachung der Dauer der Krankenhauspflge usw., 5. Begutachtung von Sachleistungen, 6. Mitwirkung bei sonstigen Untersuchungen, z. B. Untersuchung von Bediensteten der Kasse, fürsorgeärztliche Beratung von Kassenmitgliedern, 7. Mitwirkung zur Förderung der Volksgesundheit, darunter Beratung auf allen Fürsorgegebieten, 8. Mitwirkung bei der Krankenüberwachung, Überprüfung des Krankenstandes, 9. Statistik über die vertrauensärztliche Tätigkeit.

Über die Tätigkeit der Vertrauensärzte und Chefärzte der privaten Versicherungen bestehen keine einheitlichen Bestimmungen, ihr Aufgabengebiet ist indessen dem der Vertrauensärzte in der Sozialversicherung verwandt.

Der Name Vertrauensarzt ist bei den privaten Versicherungen insofern eindeutig, als dieser Arzt das Vertrauen der Versicherung haben muß, das des Zuversichernden oder Versicherten kann er sich erwerben; das letztere ist aber nicht Voraussetzung seiner Tätigkeit.

Ganz anders liegt es bei dem Vertrauensarzt der Sozialversicherungen. In einer Verfügung des RAM. v. 25. 5. 26 heißt es: Der Vertrauensarzt „ist eine Vertrauensperson nicht nur für die Kasse, sondern auch für den Versicherten, ja auch für den behandelnden Arzt“. In der D-A. für den vertrauensärztlichen Dienst von 1939 wird weiter (unter I. Allgemein) ausgeführt: „Der Vertrauensarzt ist der ärztliche und sozialmedizinische Berater der Krankenkassen bei Durchführung der Krankenversicherung.

Der Zweck des vertrauensärztlichen Dienstes besteht darin, die Interessen des einzelnen Versicherten mit denen der Gesamtheit der Versicherten — also der Krankenkasse — in Einklang zu bringen. Dabei ist der Vertrauensarzt den einzelnen hilfsbedürftigen Versicherten ein fürsorgeärztlicher Berater, verhindert aber eine unberechtigte Inanspruchnahme oder Fehlleitung von Kassenmitteln. Durch frühzeitige Erfassung der Volkskrankheiten werden diese einer zweckmäßigen und

umfassenden Behandlung zugeführt, und es wird dadurch verhindert, daß ideelle und materielle Werte der Volksgenossen verloren gehen. Dies soll auch erreicht werden durch Veranlassung von Maßnahmen gesundheitsfürsorglicher Art, auch bei der Erbgesundheits- und Rassenpflege und Förderung der Sozialhygiene.“ Zu dem letzteren ist eine enge Zusammenarbeit mit den Ärzten der Gesundheitsämter notwendig.

Die Aufgaben des Vertrauensarztes in der Sozialversicherung sind darnach viel umfassender als in der Privatversicherung und wesentlich schwieriger, da im Einzelfall immer zwei miteinander konkurrierende Interessen zu vereinigen sind, die der Krankenkassen und des Versicherten. Diesen Ausgleich herzustellen, bedarf es sicherlich des allseitigen Vertrauens.

Ich stelle aber die Frage, ob nicht eine Benennung in der Richtung eines sozialmedizinischen Beraters oder besser eines Sozialarztes auf Grund der benannten Bestimmungen richtiger wäre? Um den irreführenden, einen Anspruch stellenden Ausdruck Vertrauensarzt zu meiden, habe ich mich s. Zt. entschlossen, die Dienststelle bei der Stadt zentralärztliche Untersuchungsstelle zu nennen.

HANS GOEBBELS, Hamburg, hat in seiner Arbeit „Arzt und private Krankenversicherung“ (Julius Springer, Berlin 1940) in umfassender Form die Aufgaben, Ziele sowie Entwicklung und Methodik der ärztlichen Aufgaben in der privaten Versicherung dargelegt.

Die Erfahrungen der Vertrauensärzte von 1910—1919 sind in den Blättern für Vertrauensärzte der Lebensversicherung in 10 Jahrgängen, als Manuskript gedruckt, herausgekommen. Der gegenwärtige Stand der Arbeiten und Forschungen ist in der Zeitschrift „Vertrauensarzt und Krankenkasse“, Monatsschrift für soziale Medizin, herausgegeben von Dr. OTTO WALTER in dem Verlage von Julius Springer, Berlin, 9. Jahrgang 1941, enthalten. Die gesamte soziale Versicherungsmedizin hat JOHANNES WEICKSEL 1918 bei Thieme, Leipzig, in einem brauchbaren Kompendium dargestellt.

Um nun an einem praktischen Beispiel das Ergebnis einer vertrauensärztlichen Tätigkeit darzustellen, wird aus der Promotionsarbeit eines Schülers des Kölner Gesundheitsamtes, Dr. med. HERMANN DOBBELSTEIN (Nolte, Düsseldorf 1940), folgende Gesamtübersicht über Untersuchungen und Ergebnisse der Zentralärztlichen Untersuchungsstelle der Hansastadt Köln und aus der Beobachtungsstation des Bürgerhospitals geboten. Die Untersuchungen beziehen sich auf die Jahre 1928—1939.

Die Kolumne B der Tabelle I zeigt, daß die Zahl der zu Untersuchenden großen Schwankungen unterworfen gewesen ist. Die Zahlen geben ein getreues Bild der jeweiligen Arbeitslosigkeit; die Untersuchungen sind besonders häufig in den Jahren 1932—1937, in denen aus der großen

Tabelle 1. Gesamtübersicht über die Untersuchungen der Zentralärztlichen Untersuchungsstelle vom 1. 1. 1928 bis 31. 12. 1939.

A	B	C	D	E	F	G
Zeit	Zahl der Er-schienenen	Zahl der Nicht-erschiedenen	Krankenschein			Untersuchg. in Poli-kliniken
			Ja	Nein	ambulant	
1928	8 134	1 009	2 015	517	344	907
1929	10 224	1 236	2 025	470	335	980
1930	8 718	1 115	1 788	462	287	634
1931	8 443	986	1 426	421	281	665
1932	13 420	909	118	58	264	299
1933	13 304	697	15	37	275	312
1934	13 347	763	82	61	244	456
1935	15 912	1 130	124	41	212	561
1936	11 609	936	155	154	105	375
1937	10 961	726	92	43	90	270
1938	8 425	457	42	30	58	131
1939	6 066	307	18	8	22	82

Zahl der Wohlfahrtsbetreuten und Wohlfahrtserwerbslosen alle Arbeitsfähigen, auch die Frauen, auf ihre Arbeitsfähigkeit untersucht wurden. Mit der gesteigerten Nachfrage nach Arbeitskräften seit 1933 mußte auf jede verfügbare Arbeitskraft zurückgegriffen werden. Die Untersuchungen standen deshalb während der genannten Jahre unter dem Leitwort des Arbeitermangels. In den letzten Jahren wurde ein großer Teil der Untersuchungen auf Arbeitsfähigkeit vom Arbeitsamt aus veranlaßt; sie fielen dann für die benannte kommunale Stelle fort.

Besonders interessant ist die Zahl der Nichterschiedenen, die in einigen Jahren über 10% betragen. Man darf für die Mehrzahl der Nichterschiedenen annehmen, daß sie sich selbst für arbeitsfähig hielten und deshalb nicht zur Nachuntersuchung erschienen sind. Der vertrauensärztliche Dienst sieht nicht zuletzt in diesem seinem indirekten Ergebnis — er wirkt hier nur durch sein Vorhandensein — eine nicht zu unterschätzende Wirkung auf den Arbeitswillen solcher Krankgemeldeter, die von selbst nicht so leicht den unmittelbaren Entschluß zur Wiederaufnahme der Arbeit treffen können. Es wäre immerhin aber doch von Bedeutung, gerade die Nichterschiedenen einmal nachzuuntersuchen, um zu entscheiden, ob sie wirklich von sich aus über ihre Arbeitsfähigkeit richtig entschieden haben. Es könnte auch der Fall sein, es hat sich das auch in Einzelfällen erwiesen, daß Kranke z. B. mit nicht entdeckter Tuberkulose ihre Arbeit spontan wieder aufgenommen haben, ohne ganz ausgeheilt zu sein.

Im allgemeinen vertritt man indessen die Meinung, daß man bei einer spontanen Entscheidung zur Wiederaufnahme der Arbeit den

betreffenden Versicherten oder Hilfsbedürftigen nicht noch einmal überprüfen sollte, um seinen Arbeitswillen nicht dadurch in Zweifel zu ziehen. Ob das psychologisch richtig ist, lasse ich dahingestellt, vom Standpunkt der Gesunderhaltung und damit der Gefahrgemeinschaft halte ich diese Übung nicht für richtig. Im Falle voller Arbeitsfähigkeit müßte gerade von Seiten des Vertrauensarztes dem Nichterschiedenen seine Leistungsfähigkeit endgültig deutlich gemacht und auf seine Verpflichtung hingewiesen werden, bei zukünftiger Erkrankung nicht länger als notwendig, jedenfalls nicht in Erwartung der ärztlichen Nachprüfung bis zur Aufforderung zu dieser Nachuntersuchung krank zu feiern. Solche sozialen Epikrisen wären sehr erwünscht.

In den Kolumnen B bis D ist sodann aufgeführt, wieviele Nachuntersuchungen über die Ausgabe von Krankenscheinen stattgefunden haben, bzw. welche Entscheidungen getroffen worden sind. Man sieht daraus, daß einmal die Zahl der Untersuchungen erheblich abgenommen hat, das liegt bei dem der Statistik zugrundeliegenden Krankengut nicht zuletzt daran, daß vertraglich mit der Ärzteschaft eine Pauschale abgemacht ist und deshalb die Krankenscheingewährung für das Wohlfahrtsamt der Stadt Köln nicht mehr von wirtschaftlicher Bedeutung ist.

Das Bild der letzten Jahre ist deshalb lediglich bestimmt durch solche Patienten, die von dem Wohlfahrtsamt bzw. den praktischen Ärzten zur Nachuntersuchung in die zentralärztliche Untersuchungsstelle geschickt worden sind, mit dem Ziele der Entscheidung über die Behandlungsbedürftigkeit.

Für die Jahre 1928—1931 ergibt sich, daß etwa  $\frac{1}{5}$  bis  $\frac{1}{4}$  der Krankenscheine als nicht notwendig bezeichnet wurden, daß aber in einer ganzen Reihe von Fällen zur weiteren Klärung der Diagnose die Untersuchungen in den Polikliniken der Universität Köln für notwendig erachtet worden sind (Kolumne G).

Kolumne F zeigt andererseits an, wie häufig Kranke in die ambulante Behandlung des Arztes überwiesen worden sind. Es folgt sodann die Tabelle 2 mit Angabe der Hospitalbedürftigkeit. Auch hier sieht man, daß die Zahlen sowohl absolut wie relativ sehr schwanken, das erklärt sich daraus, daß in den Jahren 1933 ff. weitere Krankenkassen in den Kreis der zur zentralärztlichen Untersuchung gehörigen Auftraggeber hinzugekommen sind. Immerhin ist es interessant, daß auch hier etwa 10% der Fragen, ob Hospitalbedürftigkeit vorlag, verneint werden mußten. Wenn die Ablehnungen in der ersten Zeit 1928—1932 erheblich größer gewesen sind, so erklärt sich das daraus, daß während der Arbeitslosigkeit der Wunsch, in das Krankenhaus zu kommen, besonders häufig und stark geäußert worden ist, auch ohne zwingende ärztliche Anzeige, nur aus sozialen Gründen.

Tabelle 2. Hospitalbedürftigkeit.

Zeit	H	J	K
	Ja	Nein	Sonder- vorschlag
1928 . . . . .	318	209	31
1929 . . . . .	218	64	49
1930 . . . . .	231	146	94
1931 . . . . .	269	161	97
1932 . . . . .	1 230	230	96
1933 . . . . .	1 629	144	93
1934 . . . . .	1 526	141	73
1935 . . . . .	1 397	114	99
1936 . . . . .	1 142	105	41
1937 . . . . .	1 082	71	36
1938 . . . . .	768	80	36
1939 . . . . .	468	56	34

Die Tabelle 3 gibt die Untersuchung der Durchwanderer. Man sieht, wie stark die Zahl in den letzten Jahren zurückgegangen ist, wenn sie im Jahre 1939 in einer so großen Stadt wie Köln, durch die seit Jahrhunderten laufend ein breiter Durchwandererzug gezogen ist, auf 22 gesunken ist, so zeigt dies, daß die sogenannten „Tippelbrüder“ in der Tat praktisch verschwunden sind. Auch der Vergleich der Kolumne M und N miteinander ist von Interesse. Nach den gebotenen Zahlen handelt es sich in den letzten Jahren in der Mehrzahl um krankenhausbedürftige, zum mindesten nicht mehr reisefähige Wanderer. Die Durchwandereruntersuchung zeigt besonders deutlich, wie auf den verschiedensten sozialen Gebieten eine vertrauensärztliche Tätigkeit notwen-

Tabelle 3. Durchwandernde.

Zeit	L	M	N	O
	Gesamtzahl	Ja	Reisefähig Nein	Davon im Hospital
1928 . . . .	1 532	917	615	185
1929 . . . .	1 548	359	1 189	361
1930 . . . .	930	289	641	193
1931 . . . .	731	180	551	172
1932 . . . .	634	113	521	165
1933 . . . .	396	60	336	100
1934 . . . .	286	54	232	42
1935 . . . .	243	53	190	29
1936 . . . .	121	40	81	10
1937 . . . .	75	24	51	6
1938 . . . .	31	5	25	8
1939 . . . .	22	5	17	10

dig ist und mit den verschiedenartigsten Fragestellungen zu arbeiten hat, und unter ganz heterogenen Gesichtspunkten Entscheidungen treffen muß.

Ein wichtiges Ergebnis der vertrauensärztlichen Tätigkeit ist damit berührt, nämlich, daß die vertrauensärztliche Tätigkeit nur unter Beachtung der sozialen Lebensbedingungen jeweils arbeiten und verantwortliche Entscheidungen treffen darf. Der Arzt benötigt also zu der Tätigkeit als Überprüfer rein medizinischer Vorschläge mindestens ebensowehr auch der sozialen Diagnose und Therapie.

Es folgt Tabelle 4 (Sachleistungen). In Kolumne P sind Röntgenaufnahmen und Bestrahlung, orthopädische Gegenstände, Zahnersatz zusammengefaßt und in Kolumne Q Höhensonne, Bäder, Massage, Stärkungsmittel und Pflegezulagen. Die Entscheidungen sind unter-

Tabelle 4. Sachleistungen.

Zeit	P Verordnungen		Q			R   S   T Bewilligungen			U Für die Zukunft gestrichen
	Rö.-Aufnahmen Bestrahl. ortho- päd. Gegen- stände, Zahn- ersatz	Höhensonne, Bäd., Massage, Stärk.-Mittel, Pflegezulagen	Ja	Nein	einge- schränkt				
1928	871	1 632	1 772	589	156	177			
1929	1 421	2 747	3 246	719	203	198			
1930	1 328	2 573	2 622	977	302	237			
1931	1 439	2 602	2 571	1 052	418	255			
1932	3 756	5 597	6 717	1 835	801	424			
1933	4 466	4 586	7 299	1 196	557	212			
1934	4 078	3 473	5 709	1 108	734	244			
1935	4 119	3 447	6 083	932	551	201			
1936	3 425	3 111	5 409	640	487	125			
1937	3 662	3 763	6 313	699	413	102			
1938	3 900	2 943	5 135	491	407	71			
1939	2 432	2 183	4 260	192	163	31			

schieden in Bewilligungen (in Kolumne R) und in Ablehnungen (Kolumne S), sowie in eingeschränkte Bewilligungen (Kolumne T), endlich in solche, die für die Zukunft gestrichen werden konnten (Kolumne U), oder daß sie noch eine kurze Weile gegeben werden mußten, dann aber abgesetzt werden konnten. Dabei fällt die hohe Zahl der Bewilligungen wie auch der Ablehnungen auf. Die Ablehnungszahl wird freilich in den letzten Jahren sehr klein. Das ist ein Beweis für die nachhaltige Wirkung einer ständigen Zusammenarbeit der Untersuchungsstelle mit der praktischen Ärzteschaft. Es wird in der Tat wesentlich weniger an unzumutbaren Verordnungen von den Ärzten aufgeschrieben als früher, sodaß auch weniger Ablehnungen stattzufinden brauchen. Das ist ein eindeutiger Erfolg. Andererseits ist die beschränktere ausgesiebte Zahl

der Hilfsbedürftigen verständlicherweise behandlungsbedürftiger geworden. Relativ niedrig ist auch die Zahl der eingeschränkten Ablehnungen. Ebenso wird die Zahl der für die Zukunft gestrichenen Verordnungen weiterhin niedrig bleiben, wenn auch nicht ganz verschwinden; die Verordnungen sind bereits seit längerer Zeit angewandt, haben aber doch keinen Erfolg gebracht, bzw. bei ihnen ist der mögliche Erfolg bereits erreicht worden, sie konnten deshalb für die Zukunft gestrichen werden.

Es folgt Tabelle 5 mit der Untersuchung auf Arbeitsfähigkeit. Nach Angabe der Zahl der Arbeitsfähigkeitsuntersuchungen (Kolumne V) wird (in W) die Vollarbeitsfähigen aufgeführt, sodann in (X) die teilweise Arbeitsbeschränkten und in (Y) die als nicht arbeitsfähig zu Bezeichnenden. Endlich wird in (Z) die Zahl der nur auf kurze Zeit als beschränkt arbeitsfähigen (vgl. Kolumne X) aufgeführt.

Tabelle 5. Arbeitsfähigkeit.

Zeit	V Zahl der auf Arbeitsfähigkeit Untersuchten	W Voll	X % be- schränkt	Y Nicht beschränkt	Z V. d. % beschr. auf kurze Zeit beschränkt
1928	2 357	383	1 448	526	559
1929	2 732	417	1 617	698	664
1930	1 731	496	844	391	346
1931	1 723	512	804	407	356
1932	1 408	383	528	497	340
1933	1 469	402	614	453	308
1934	3 112	813	1 233	1 066	957
1935	5 754	2 101	1 886	1 767	1 341
1936	3 001	1 048	1 376	577	450
1937	1 947	512	1 028	407	261
1938	1 191	201	850	140	63
1939	1 038	112	757	169	66

Die Arbeitsfähigkeitsuntersuchungen werden wohl am meisten interessieren. Das Jahr 1935 steht mit 5754 Untersuchungen an der Spitze. Der Prozentsatz der als arbeitsfähig bezeichneten ist sehr verschieden und fällt von 40% auf 10% zurück. Die Unterscheidung der Arbeitsfähigen von den Nichtarbeitsfähigen oder beschränkt Arbeitsfähigen hat nach mehrfachen Überprüfungen bei den Hilfsbedürftigen einen gewissen festen Bestand herausgestellt, der nunmehr nicht weiter, abgesehen von einzelnen Fällen, geändert werden kann.

Die Bedeutung der in den bisherigen Zahlen enthaltenen ärztlichen Leistung erhellt vor allen Dingen für die Vergangenheit aus dem letztgenannten Ergebnis der Untersuchungen auf Arbeitsfähigkeit. Immerhin sind die Untersuchungen auf Behandlungs- und Krankenhausbedürftigkeit, sowie auf Gewährung von Sachleistungen auch von be-

sonderer Bedeutung sowohl für die Kommunalverwaltung wie für die Sozialversicherungen. Sie zeigen in ihrer Mannigfaltigkeit und Wandelbarkeit ein Spiegelbild der Entwicklung der sozialen Lage unseres Volkes und die zentrale Bedeutung, die die Arbeitsbeschaffung auch für die Gestaltung der ärztlichen Aufgaben an der versicherungspflichtigen Bevölkerung sowie den Hilfsbedürftigen besitzt. Die Beschaffung von Arbeitsmöglichkeiten ist wohl der größte und wichtigste Heilfaktor für den Gesundheitswillen unserer Bevölkerung. Die vertrauensärztliche Leistung ist in ihrer Wirksamkeit weitgehend von der sozialen Lage der zu Untersuchenden abhängig. Diese Erfahrung gilt es festzuhalten.

Im weiteren Verlauf der gebotenen Darlegungen wird auf andere Fragen noch näher eingegangen werden.

Zunächst sei mit Tabelle 6 eine Übersicht über die Art der Erkrankungen von 500 Wohlfahrtskranken des Jahres 1938 gegeben (235 Männer und 265 Frauen). Diese zeigen folgende Erkrankungen:

Tabelle 6.

	Männer	Frauen	zus.	%
Erkrankungen des Bewegungsapparates (Muskelrheumatismus, Knochen- und Gelenkerkrankungen) . . . . .	21	51	72	14,4
direkte Unfallschäden (Verletzungen, Comotio, Frakturen) . . . . .	19	36	55	11
Lungenleiden . . . . .	33	11	44	8,8
ohne Befund . . . . .	24	14	38	7,6
Leistenbruch . . . . .	33	3	36	7,2
dazu Bauchnarbenbruch und Hängeleib . .	3	18	21	4,2
Magen- und Darmkrankheiten . . . . .	20	15	35	7
Zahnkrankheiten . . . . .	15	17	32	6,4
Hautleiden . . . . .	12	6	18	3,6
Kreislaufkrankheiten, dabei . . . . .	11	9	20	4,0
Varicen im besonderen . . . . .	2	12	14	2,8
Leber- und Galleerkrankungen . . . . .	1	12	13	2,6
Nebenhöhlenentzündung . . . . .	2	8	10	2
Krebs, soweit nicht schon sonst enthalten .	5	5	10	2
Neuroses . . . . .	5	4	9	1,8
Neuralgien, einschl. Ischias (soweit nicht luetischer Art) . . . . .	4	16	20	4
Augenleiden . . . . .	7	5	12	2,4
Ohrenleiden . . . . .	4	4	8	1,6
Psychopathien . . . . .	4	3	7	1,4
Nieren- und Blasenleiden . . . . .	2	3	5	1
Zuckerkrankheiten . . . . .	2	3	5	1
Senkfüße . . . . .	4	1	5	1
	233	256	489	97,8%

Die restlichen 2,2% verteilen sich auf Erkrankungen der Lymphogranulomatose, des Halslymphoms, der lymphat. Diathese, der Fettsucht usw.

Nach der Art des Krankengutes der Hilfsbedürftigen, unter denen viele ältere Invaliden und Arbeitsbeschränkte sich befinden, ist es verständlich, daß an der Spitze die Erkrankungen des Bewegungsapparates stehen (Muskelrheumatismus, Knochen- und Gelenkerkrankungen), denen sich unmittelbar direkte Unfallschäden (Verletzungen, Gehirnerschütterungen und Knochenbrüche) anschließen, sodann folgen Lungenleiden mit Asthma und Tuberkulose, späterhin Leistenbruch, Bauchnarbenbruch und Hängeleib sowie Magen- und Darmerkrankungen. Die Zahnkrankheiten machen 6,4% aus, wobei nur solche geprüft worden sind, bei denen besondere Maßnahmen von Seiten der Zahnärzte vorgeschlagen waren. Die übrigen Prozentzahlen interessieren nicht unmittelbar; auffallend ist nur, daß die Kreislauferkrankungen verhältnismäßig wenig beteiligt sind. Dies erklärt sich vielleicht aus der beschränkten Zahl der Untersuchten (500), wir haben es wahrscheinlich mit einer zufälligen Kombination zu tun. Ohne Befund waren indessen immer noch 7,6%.

Es wäre wünschenswert, daß solche Zusammenstellungen über die Häufigkeit bestimmter Erkrankungsformen an den verschiedensten Stellen reichlicher verfertigt würden, um dem Krankengeschehen in unserem Volke und seiner Wandlung und damit der Bedeutung einiger Erkrankungen nicht immer nur von der Statistik der Todesfälle aus, sondern von der Feststellung der wirklich auftretenden Krankheitsformen näher zu kommen. Es ist nicht hinreichend genug bekannt, daß es auch gegenwärtig noch schwierig ist, über das Krankheitsgeschehen in einer großen Stadt, wie der Hansestadt Köln, einigermaßen einwandfreie Unterlagen zu erhalten, abgesehen von ansteckenden Krankheiten und den in die Krankenhäuser aufgenommenen Patienten. Für die Hansestadt Köln hat der Städtische Medizinalrat Dr. MEERBECK auf Grund der Nahrungsmittelatteste des Ernährungsamtes eine wertvolle Zusammenstellung über die Häufigkeit vor allen Dingen des Magengeschwürs und der Zuckerkrankheit gefertigt, die an anderer Stelle erscheinen wird. Aber auch hierdurch wird das gesamte Krankheitsgeschehen in unserer Stadt noch nicht eindeutig und hinreichend umfassend erfaßt, das wäre nur möglich durch eine vor allen Dingen von Seiten der Sozialversicherung durch den vertrauensärztlichen Dienst aufgestellte Statistik aller Krankheitsvorkommen. Es ist vor 1933 versucht worden, und bedürfte einer neuerlichen eingehenden Überprüfung, festzustellen, ob die zentralärztliche Untersuchungsstelle erkennbaren wirtschaftlichen Nutzen schafft. Dabei hat sich herausgestellt, daß die Stelle ihre eigenen Kosten bis zu dem zehnfachen an Ersparnissen errechnen kann.

Mit diesem rein wirtschaftlichen Nutzen konnten wir uns indessen nicht begnügen.

Neben der vertrauensärztlichen Tätigkeit in der zentralärztlichen Untersuchungsstelle hat die Hansestadt Köln in personeller Verbindung mit dieser (Leiter Städtischer Obermedizinalrat Dr. FRENKEN) eine Beobachtungsstation eingerichtet, in der solche Patienten der Kassen und des Wohlfahrtsamtes aufgenommen werden, die durch die ambulante Diagnostik des vertrauensärztlichen Dienstes nicht endgültig geklärt werden können. Man sieht auf der Tabelle 7, daß die eingewiesenen Wohlfahrtspatienten ständig ab- und die Kassenpatienten zugenommen

Tabelle 7. Gesamtübersicht über die Entscheidungen der Beobachtungsstation geordnet nach Wohlfahrt und Kassen.

Zeit	Männer	Frauen	gesund	leicht-	in	in städt.
			nach Hause entlassen	krank ambulant. Behandlung	in	Hospitäler überwiesen
Wohlfahrt.						
17. 8. 31—1. 4. 32	175	88	70	113		80
1. 4. 32—1. 4. 33	297	139	178	170		88
1. 4. 33—1. 4. 34	236	141	77	135		165
1. 4. 34—1. 4. 35	237	113	78	135		137
1. 4. 35—1. 4. 36	174	113	63	117		107
1. 4. 36—1. 4. 37	210	113	40	226		57
1. 4. 37—1. 4. 38	149	145	79	183		32
1. 4. 38—1. 4. 39	132	105	127	84		26
1. 4. 39—1. 4. 40	40	36	23	42		11
Kassen.						
Ab Juni 1935—					Hospitäler	
					städt.	priv.
1. 4. 36	560	144	162	416	74	52
1. 4. 36—1. 4. 37	738	193	141	719	38	33
1. 4. 37—1. 4. 38	783	201	367	522	43	22
1. 4. 38—1. 4. 39	900	113	551	425	16	21
1. 4. 39—1. 4. 40	899	103	466	490	38	8

haben. Das beweist, wie sehr die Bedeutung der Beobachtungsstation durch ihre Leistung im Ansehen der Sozialversicherung und der Ärzte gewachsen ist. Besonders interessieren wird hierbei, wieviele der beobachteten Patienten gesund nach Hause entlassen werden konnten, leichtkrank in ambulante Behandlung überwiesen werden konnten, oder in auffallend geringer Anzahl in Hospitäler überwiesen wurden.

In Tabelle 8 ist noch die altersmäßige Verteilung der Patienten der Beobachtungsstation für das Kalenderjahr 1939 angegeben. Die Hauptaufnahmen finden zwischen dem 30.—55. Jahre statt, was kaum einer Erläuterung bedarf, sondern nur die Bestätigung der natürlichen Annahme, auch des Laien, entsprechen dürfte.

Tabelle 8. Altersmäßige Verteilung.

Jahre:	%	Jahre:	%
15—20	4,8	45—50	12,7
20—25	6,2	50—55	10,7
25—30	9,0	55—60	9,4
30—35	10,1	60—65	7,2
35—40	12,8	65—70	3,1
40—45	13,1	über 70	0,9

Die Hansestadt Köln hat die Beobachtungsstation trotz wirtschaftlicher Einbußen zum Besten der Bevölkerung eingerichtet und aufrecht-erhalten. Die Patienten bleiben im allgemeinen 2—3 Tage, bezahlen pro Tag RM. 5.—, also bis zu RM. 15.—, während der Unkostensatz auf Grund einer Berechnung vom November 1938 etwa RM. 23.36 verursacht. In dieser Zahl sind einbegriffen neben den Pflegekosten kostspielige Spezialuntersuchungen wie Röntgenaufnahmen, Elektrokardiogramme, spezialärztliche Untersuchungen der Augenstation, Ohrenstation usw. Die Veranlassung, die Beobachtungsstation aufrecht zu erhalten, liegt nicht zuletzt darin, für unsere Bevölkerung ständig an der Verbesserung des vertrauensärztlichen Dienstes zu arbeiten, jedenfalls für die nicht unmittelbar durch ambulante Mittel feststellbare Erkrankungen eine einwandfreie Diagnose zu schaffen. Jede gute Diagnostik spart und die Mehrkosten der Beobachtungsstation, wenn auch zur Hauptsache auf fremden Schultern, denen der Kommunalverwaltung liegend, kommen für die Sozialversicherung mehrfach durch die Abkürzung der Arbeits-unfähigkeitzeit, durch erspartes Krankengeld wieder herein. Es soll deshalb in dieser Richtung auf der Beobachtungsstation weitergearbeitet werden, allerdings mit einer wesentlichen Ergänzung in der Richtung des Ausbaues der sozialen Therapie und Diagnostik. Denn nicht die Diagnose, so wichtig sie an sich ist, interessiert, sondern von Bedeutung ist erst die Nutzenanwendung auf das soziale Leben. Ich habe den Eindruck, daß nicht selten, vor allen Dingen jüngere Ärzte, jene Übertragung der Diagnose in das Wirtschaftsleben des einzelnen ohne systematische Prüfung vorschlagen. Um auf diesem Gebiete allmählich eine ebenso klare Anzeige (Indikation) für die sozialen Maßnahmen zu geben, wie für die Krankenbehandlung, habe ich in der sozialbiologischen Diagnose die Grundlagen von einer biologischen Gesamtauffassung des sozialen Lebens ausgeführt (Schilz, Berlin 1937).

Die oben dargelegten Zahlenverhältnisse stellen erst die Probleme, sie müßten noch weiter untergeteilt und nach Alter, Einkommen, Beruf und Wohnung untersucht werden.

Ein gleiches Interesse verbindet darüber hinaus alle Träger öffentlicher und privater Versicherungen, nämlich die Frage, wieweit kann

unter Beachtung eines angemessenen Lebensstandards des Einzelnen einerseits, seiner Gesunderhaltung durch Arbeit andererseits Krankheiten vorgebeugt, Unfälle verhütet und vorzeitige Invalidisierung vermieden werden. Der vertrauensärztliche Dienst soll gemäß Dienst-anweisung an die Lösung dieser Fragen teilnehmen und sie zu fördern versuchen, doch mangelt es hierzu einmal an den für diese überaus schwierige Aufgabe besonders ausgebildeten Ärzten, wie auch an der Methodik und Organisation solcher vorbeugender Maßnahmen. Und doch ist die Vorbeugung die größte Zukunftsaufgabe aller ärztlichen Tätigkeit. Bei der Heilung stehenbleiben, sie fördern und beschleunigen heißt schließlich doch nur halbe Arbeit leisten. An dieser Stelle liegt ein großer Teil der Berechtigung zu einer Kritik aller vertrauensärztlichen Tätigkeit. Es gilt nicht nur das Leben zu erhalten und die Arbeitsfähigkeit wiederherzustellen, sondern in erster Linie geht es darum, die Leistungsfähigkeit unserer gesamten Bevölkerung in voller Höhe zu entwickeln und zu erhalten. Es ist zweifellos der Betriebsarzt, der in neuer Form und neuer Prägung durch seine vorbeugende Tätigkeit die allerdings wesentlich andersartige Tätigkeitsform eines Vertrauensarztes darstellt. Es muß nach den Erfahrungen unserer vertrauensärztlichen Tätigkeit die große Zukunftsaufgabe des Ärztestandes: die Untersuchung der Gesunden (vgl. Rheinisches Ärzteblatt 1929), die Grundlage aller irgendwie überprüfenden ärztlichen Tätigkeit sein. Denn diese Aufgabe bedeutet die Befreiung von Fesseln, die alle ärztliche Tätigkeit so oft gehemmt hatte und noch an manchen Stellen hemmt, nämlich die Befreiung von der Bindung ausschließlich an die Begutachtung, ohne die praktische Konsequenz in der Vorbeugung und positiven Gesundheitspflege zu finden. Im allgemeinen darf der Arzt sich nicht über die nur dienende Tätigkeit des Gutachters hinaus auswirken, diese Fessel hemmt seine Tatkraft. Jedem Laien wird verständlich sein, daß tatkräftige Menschen eine solche Beschränkung nicht leicht ertragen. Jeder Arzt, auch der Vertrauensarzt, ist nun einmal auch bei aller Objektivität seiner Feststellungen der Anwalt der Kranken. Wenn deshalb dem Patienten etwas abgeschlagen werden muß, so ist verständlich, daß ihm gerade dann der praktische Weg zur weiteren sozialen Leistungsfähigkeit gezeigt wird und das vermag in besonderer Form schon der Betriebsarzt, derzeit aber noch nicht ausreichend der Vertrauensarzt. Es ist hier nicht zu entscheiden, ob sich eine Verbindung von Betriebs- und Vertrauensarzt als zweckmäßig herausstellen wird, nur die eine Tatsache sei herausgehoben, daß ein Arzt niemals das Vertrauen irgend eines Patienten gewinnen kann, wenn er in der Regel oder doch überwiegend nein zu sagen hat und nicht zugleich auch in einer anderen Richtung zu helfen imstande ist. Es fehlt also dem vertrauensärztlichen Dienst die jedem Arzt verständliche positive Ergänzung zu dem negativen und

einseitigen Begutachtungsdienst, den er zu leisten hat, um etwas Ganzes für seine Patienten, das ihm wirklich Vertrauen schafft, zu vollbringen. Die Allgemeine Ortskrankenkasse Köln hat durch die Anstellung einer Krankenhausfürsorgerin, die zusammen mit 3 städtischen Fürsorgerinnen in der Betreuung der sozial schwierigen Krankenhausinsassen arbeitet, einen sehr beachtlichen Anfang mit der sozialen Therapie des Arztes gemacht. Die Krankenhausfürsorgerinnen arbeiten nach der Anweisung der zentralen ärztlichen Untersuchungsstelle. Auch diese Maßnahme hat sich als sparend erwiesen. Sie wird in einer Dissertation von GERHARD KÜPPER besonders behandelt. — Formen der sozialen Therapie und des Arbeitsplatzwechsels, ferner Berufsberatung, Erholungsmaßnahmen, Entscheidungen in Arbeitstempo und -rhythmus, Ernährungspflege u. a.

Es ist jedem Laien verständlich, daß nur ganz besonders tüchtige Ärzte mit nicht einwandfreier fachlicher Ausbildung, sondern und vor allem mit Erprobung in der sozialen Diagnose und ärztlichen Dienst brauchbar sind. Wie Ausbildung und Erziehung dieser Gruppe von Ärzten beschaffen sein muß, habe ich an anderer Stelle geschildert, daß ich an dieser Stelle nicht darauf einzugehen brauche. Zudem werde ich in allernächster Zeit an anderer Stelle hierauf nochmals zurückkommen.

Man könnte nun aber noch der Frage nähertreten, ist denn überhaupt eine vertrauensärztliche und damit begutachtende Tätigkeit für die gesamte Gesundheitspflege notwendig?

Es hat von jeher — bald mehr bald weniger — das Bedürfnis nach einer gegenseitigen Beratung von Ärzten bestanden. Dieser Wunsch trat einmal bei dem Patienten, ein anderes Mal von Seiten des Arztes auf, bei jenen im Kampf um sein Leben, bei diesem aus der Verantwortung heraus.

Andererseits hat sich immer wieder ergeben, daß im Hinblick auf die unbedingt notwendige Autorität des Arztes dem Patienten gegenüber die gegenseitige Beratung von Ärzten auf Schwierigkeiten stößt. Der Patient bezeichnet sein Verhältnis zu dem Arzt als Vertrauensverhältnis und möchte keinen weiteren Arzt, wenn nicht dringend notwendig, in dieses Verhältnis einbezogen haben. Leider erschien auch häufig die Einschaltung eines zweiten Arztes in Begutachtung und Behandlung als Minderung des absoluten Könnens des behandelnden Arztes. Auch heute muß ein Arzt der eindeutige Führer eines Kranken zur Gesundung sein, ebenso wie ein Arzt die Gesunderhaltung eines Leistungsfähigen überwachen und im einzelnen sozial praktisch entscheiden muß.

Nun zeigt sich aber, daß ein umfassendes Alleskönnen des Arztes durch die Spezialisierung, die sich auch noch sicher weiter ausdehnen wird, eingeengt wird. Spezialisierung und Gesundheitsführung

— beide unumgänglich notwendig —, das macht in ihrer Gegensätzlichkeit und gegenseitigen Ergänzung die Situation deutlich, in der der vertrauensärztliche Dienst wie übrigens jede ärztliche Aufgabe steht.

Es erscheint mir wichtig, daß man bei allen Erwägungen (auch in Laienkreisen) von dieser Antithese ausgeht, will man den benannten ärztlichen Aufgaben gegenüber gerecht werden.

Dazu tritt aber noch etwas weiteres. Man könnte sich vorstellen, daß Arztführer und Spezialist in einer durch wissenschaftliche Forschung eindeutig geregelten und bestimmten Richtung tätig sein könnten. Auch das ist nur zum Teil möglich. Maschinen und mechanische Vorgänge kann man normieren und regulieren, der Mensch als lebendes Wesen folgt in seinen Funktionen nur Regeln, die immer wieder ihre Ausnahmen, Besonderheiten und Veränderlichkeiten haben. Diese in der Art des Menschen begründete Schwierigkeit, die durch die Mannigfaltigkeit der menschlichen Anlagen erklärlich ist, macht in Theorie und Praxis die Verschiedenheit ärztlicher Auffassung für jeden, der sich in die Besonderheiten der menschlichen Natur zu versenken bemüht, auch für den Laien verständlich. Nun muß aber andererseits jede Versicherung, sei es private oder soziale, mit ordnenden Prinzipien und schematischen Entscheidungen bis zu einem gewissen Grade arbeiten. So wird die Spannung zwischen Norm und Regel mit ihren Ausnahmen zu der zweiten Wurzel der Schwierigkeiten, der jeder ärztliche Dienst, also auch der vertrauensärztliche Dienst, unterliegt.

Hinzu kommt noch drittens mit dem zweiten zusammenhängend eine letzte Wurzel besonderer Schwierigkeiten. Alle technischen Neuerungen der Medizin und alle Entdeckungen der medizinischen Wissenschaft engen wohl die Unsicherheiten der Diagnose als Grundlage aller Versicherungsmedizin immer weiter ein — sie sollten von den Versicherungen im weitesten Maße benutzt werden und haben ja auch schon in dem vertrauensärztlichen Dienst ihre segensreiche Auswirkung in vielen Fällen bekundet. — Mit der Krankheitsdiagnose haben wir aber nur einzelne Teile von Krankheitsvorgängen zu einer im Grunde absolut unwirklichen Einheit der „Erkrankung“ zusammengefaßt. Die „Tuberkulose“ an sich existiert nicht, sondern nur der tuberkulös kranke Mensch. Keine Krankheit besteht für sich, der Mensch ist krank, an und in ihm kommen Vorgänge zum Vorschein, die wir mit den Begriffen Krankheit, Leiden, Abwegigkeit bezeichnen. Es fehlt die starke Betonung und Herausstellung des Menschen, seine Besonderheit und seiner Konstitution. Bei der Begutachtung Gesunder ist der Faktor Mensch und damit seiner Konstitution schon mehr in den Vordergrund gerückt. Es ist das große unvergeßliche Verdienst der Versicherungsmedizin, nicht zuletzt von FLORSCHÜTZ (Allgemeine Versicherungsmedizin, Berlin 1914. Mittler) zu einer Zeit, in der die Medizin aller konstitutionellen Betrachtung ab-

hold war, diesen Aufgabenteil des Arztes, wie ich meine, die Krönung ärztlicher Tätigkeit, durch die Diagnose der Konstitution eines Menschen nicht vergessen zu haben. Wenn auch die Versicherungsmedizin in erster Linie nur die zahlenmäßige Betrachtung und Erforschung nicht so sehr die erblich-funktionelle der Konstitution gefördert hat, so gebührt ihr auch schon dafür besondere Beachtung. Der gute Arzt verfährt bei der Beurteilung des Menschen auch heute schon nach allgemeinen Eindrücken und Erfahrungen verschiedenster Art. Er vermag dabei vieles richtig zu treffen, noch fehlt aber die Ausbildung und Anleitung zum Sammeln der Erfahrung. Aus diesem Mangel entsteht eine große Reihe der Meinungsverschiedenheiten auch auf dem Gebiete des vertrauensärztlichen Dienstes.

Oben ist bereits darauf hingewiesen worden, daß es auch noch viertens an der Erkenntnis und Ausnutzung der sozialen Diagnose und Therapie fehlt, d. h. den Fragen, die die Sicherung des Lebensstandards, der Arbeit, des Berufs, des Wohnens entscheiden, fehlt. Vertrauensärztliche Tätigkeit ist nicht ohne umfassende Kenntnis in der Sozialbiologie und Sozialpathologie zu leisten<sup>1</sup>. Ich wiederhole nochmal, jede negative Beratung und abratende Betreuung als Abschluß irgendeiner ärztlichen Tätigkeit ist von Schaden für Arzt und Patient. Zu dem Abraten, Ablehnen und Abweisen muß ein Hinweisen, Ermöglichen und Zureden treten, auf Grund der durchsichtigen Kenntnis des sozialen Lebens und ihrer biologischen Wurzeln. Dazu gehört nicht zuletzt auch eine Kenntnis der funktionellen Vorgänge in unserem Seelenleben und ihrer Beeinflussbarkeit durch das Krankheitsgeschehen und die Leistungsforderung. Wie der Arzt in der Krankheit den Patienten zur Heilung oder auch zum Tode hin begleiten muß, ständig bereit ihm zu helfen und seine Lage zu verbessern, so muß der Sozialarzt seine Klientel in die Möglichkeiten des sozialen Lebens einweisen und damit positiv betreuen. Hier stehen wir an dem schwierigsten Punkt der vertrauensärztlichen Tätigkeit.

Dabei ist folgendes zu bedenken. Außer den Asozialen hat jeder deutsche Mensch einen positiven Wert, sei es aus seiner Erbmasse heraus, sei es aus dem, was er erlernt hat. Es gilt nun, dieses Positive zu suchen. Die soziale Medizin hat sich bisher zu ausschließlich mit den auffallenden leibseelischen Fehlschaltungen, den Neurosen, beschäftigt. So wichtig sie praktisch sind, auch aus berechtigten wirtschaftlichen Gründen, so wenig machen sie die soziale Medizin aus. Viel wichtiger erscheint mir, sozialpsychologisch gesehen, die Erforschung und Bekämpfung echter Lässigkeit, Trägheit und Faulheit zu sein. Es ist verwunderlich genug,

<sup>1</sup> KARL PINTCHOVIUS sagt in seiner „Psychologischen Diagnose“ Lehmann 1940 München S. 111: „Es schützt nichts so gut vor dem Belogenwerden wie eine durchgreifende Kenntnis des sozialen Lebens“.

daß über diese wichtigen sozialen Funktionen noch so wenig der Genese, wie der Erscheinungsform nach, beobachtet worden ist. Darf man doch voraussetzen, daß, wenn diese Gruppe von Menschen schon durch die Gesundenuntersuchungen im Betriebe erkannt ist, und bei der Begutachtung berücksichtigt wird, dann dürfte im allgemeinen die andere Frage des vertrauensärztlichen Dienstes die Begehrlichkeit an Bedeutung wesentlich verlieren.

Denn die Begehrlichkeit fleißiger Menschen wird in der Regel durch Regulierung und Begrenzung der Zuweisungen in Schranken gehalten, die Begehrlichkeit lässiger Menschen dagegen ist in jedem Falle erschwerend und belastend. Sie bedarf der individuellen Korrektur. Arbeitstempo und -rhythmus, die Spontanität des Arbeitswillens im Lebenskampf kann aber nur von einem Arzt bei der Arbeit zuverlässig erkannt werden. Deshalb ist ohne Gesundenuntersuchung und Beobachtung in der Arbeit eine Begutachtung von Menschen auf Arbeitsfähigkeit in der großen Zahl der zweifelhaften Fälle nicht nur nicht qualitativ hinsichtlich der Arbeitsart, sondern und vor allem auch quantitativ hinsichtlich der Arbeitsmenge unmöglich. Die vertrauensärztliche Tätigkeit ist demnach bisher gezwungen, unter Bedingungen zu arbeiten, die nur unvollständige Voraussetzungen für ihre sachgemäße Erledigung bieten. Wiederum leuchtet durch, daß nicht das rein Medizinische allein, sondern dies erst in Verbindung mit dem Sozialen imstande ist, z. B. über die Arbeitsfähigkeit zu entscheiden. Ist es nach unseren Erfahrungen schon von größtem Nutzen, für die Krankenbehandlung frühere ärztliche Befunde verwerten zu können, so ist die Entscheidung über die Arbeitsfähigkeit in den meisten Fällen nur auf Grund der Gesundenuntersuchung möglich. Erst diese Ergänzung einschließlich der sozialbiologischen Diagnostik und Therapie wird auch der vertrauensärztlichen Tätigkeit auf dem Gebiete ihrer besonderen Notwendigkeiten weiterhelfen.

Die regelmäßige Gesundenuntersuchung kann auch die Form der Begehrlichkeit beschränken, die sagt, man müsse doch etwas von dem in die Versicherung Eingezahlten durch Leistungen zurückerhalten. Eine solche adaequate Leistung ist die vorbeugende Gesundenuntersuchung, wozu OTTO WALTER und ich schon 1928 Vorschläge für Köln gemacht haben. Daß die Gesundenuntersuchung die Krankenziffer — abgesehen von Epidemiezeiten — senken kann, ist, soweit mir bekannt, noch nicht erwiesen, wäre aber eine vordringlich zu beantwortende Frage. Wenn indessen amerikanische Privatversicherungen und in ihrem Gefolge auch deutsche Lebensversicherungen, sicherlich auch wirtschaftlich stark orientierte Unternehmen, ihren Versicherten periodisch in gleichen Abständen unentgeltliche Untersuchung ermöglichen, indem sie die Kosten tragen, und die New Yorker Lebensversicherung ihre

Selbstkosten dreimal durch Ersparnis vorzeitiger Prämien herausbekommen haben will, dann sollten an dem Ausbau dieser Maßnahme alle Versicherungen größtes Interesse haben.

Das Ergebnis vorstehender Untersuchungen fasse ich dahin zusammen:

1. Der vertrauensärztliche Dienst hat in dem vorgelegten Material vor allem in Notzeiten und bei besonderen Aufgaben seine gesundheits-sichernde und wirtschaftliche Bedeutung erwiesen.

2. Der vertrauensärztliche Dienst bedarf einer Weiterentwicklung und Umgestaltung.

3. Er bedarf der sozialen Diagnose und Therapie, vor allem in der Richtung der Familiengesundheitspflege und deshalb der Verbindung mit den Aufgaben der Betriebsärzte und der Fürsorgeärzte.

4. Er setzt die Untersuchung der Gesunden als Grundlage voraus.

Die vorstehenden Forderungen sind aufzufassen als Ergebnisse volksgesundheitlicher Untersuchungen und Erfahrungen. Die vorgenannten Faktoren der volksgesundheitlichen Arbeit sind aus der praktischen Arbeit erstanden mit dem Wunsche, einen Beitrag zu den Aufgaben der Gesunderhaltung unseres Volkes zu geben. Sie zielen nicht zuletzt darauf ab, daß der deutsche Arzt in allen seinen Aufgaben wirklich Arzt des Vertrauens unseres Volkes bleiben und immer wieder werden kann.

## Bedeutung und Methodik der Statistik in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Von

Krankenkassendirektor Dipl.-Kfm. Josef Maletz,  
Köln.

### A. Bedeutung der Statistik.

Die Statistik in der reichsgesetzlichen Krankenversicherung steht, gemessen an den heutigen Forschungsmethoden, z. B. der Bevölkerungsstatistik, Wirtschaftsstatistik, technischen und physikalischen Statistik noch auf den Anmarschstraßen einer neuen Zielsetzung. Auch sie erhielt ihren Antrieb im besonderen Maße durch die Umformung des volkswissenschaftlichen und soziologischen Denkens. Für die gesetzliche Krankenversicherung ist heute das Schutzobjekt das Volk in seiner Gesamtheit, die Volksgemeinschaft. Sie hat nicht mehr als Versicherungsobjekt den einzelnen Versicherten, der nach den Grundsätzen eines auf Leistung

und Gegenleistung beruhenden Versicherungsvertrags eigenwirtschaftlicher Prägung die Erfüllung seines Rechtsanspruchs fordern könnte. Diese völlig veränderte und hochgestellte Zielsetzung spannt den früheren Pflichtenkreis der Krankenkassen sehr viel umfassender und unterlegt der deutschen Krankenversicherung wieder den Sinn, den Bismarcks politische Tat in ihr und durch sie verwirklichen wollte. Diese Abkehr vom persönlich-materiellen zum ideellen nationalen Wertgut des ganzen Volkes stellt den statistischen Forschungsarbeiten neue und bedeutungsvolle Aufgaben.

Die Statistik der Krankenversicherung hat aus gewissen Regelmäßigkeiten und charakteristischen Tatbeständen nach dem Gesetz der großen Zahl die Gefahren in ihrem Ausmaß und in ihrer Auswirkung aufzuzeichnen, die der Volksgemeinschaft in den Krankheiten, den Unfällen und Todesursachen drohen. Wegweiser werden aufgestellt, die für die Verantwortlichen, die die ursächlichen Zusammenhänge aufzuspüren und abzuwägen verpflichtet sind, die Richtung anzeigen. So wird festgestellt werden können, ob es sich um naturbedingte Regelmäßigkeiten handelt oder ob Unregelmäßigkeiten in Frage kommen, die durch behebungsfähige Ordnungswidrigkeiten beeinflusst und hervorgerufen wurden. Diese Ordnungswidrigkeiten, die von den a priori Tatsachen abweichen, können zeitbedingt sein, durch klimatische und meteorologische Schwankungen vorübergehend hervorgerufen, sie können sich in einzelnen Gegenden und Bezirken zeigen, begründet durch veränderte Lebensbedingungen. Sie können aber auch in der allgemeinen Arbeitstechnik eines Berufes und seiner besonderen Eigenart oder in allgemein schädlichen Betriebseigenheiten einzelner Betriebe ihre Ursachen haben. In allen Fällen gibt die Statistik die Erkenntnis der Ursache und damit das Signal, das Schutz- und Abwehrmaßnahmen herbeiruft. Das Signal wird umso greller aufleuchten, je stärker die Ursachen sind und das höchste nationale Gut, die Arbeitskraft eines Teiles der Volksgemeinschaft bedrängen und je härter die Volksgesundheit bedroht ist. Es ist dies die Bedeutung der Statistik der Krankenversicherung, daß sie die Stelle zeigt, an der der Feind der Volksgesundheit aufmarschiert ist. Sie erfüllt die Aufgabe des Nervensystems im menschlichen Organismus. Wie die Blutbahnen Heil- und Abwehrstoffe an die lebensbedrohenden Wunden und Krankheitsherde führen, wissend, daß der ganze Organismus in seiner Lebensfähigkeit bedroht ist, wenn das einzelne Glied Schaden leidet, so wird gleichfalls auf das durch die Statistik gegebene Warnsignal hin die Krankenversicherung durch ihre Träger an den gefährdeten Stellen mit vorbeugender, heilender und angreifender Fürsorge den Kampf aufnehmen können. Sie zeigt die örtlich und beruflich bedingten Beziehungen zu den einzelnen Volkskrankheiten und Volksseuchen auf, führt zu einzelnen Schaden bringen-

den Betrieben hin, um sie nachdrücklich zur Beachtung volksgemeinschaftlicher Pflichten zu veranlassen.

Daß die heutige Krankenversicherung allgemeiner nationalsozialistischer Geisteshaltung gemäß handelnd, damit auch über den Weg der neu auszurichtenden Statistik den einzelnen Versicherten schätzt und so auch in einer sinnvolleren Art, bedarf keines besonderen Beweises mehr, da die Erkenntnis, daß das Wohl des Einzelnen unlösbar an dem Aufstieg der Gemeinschaft gebunden ist, längst Allgemeingut der Gesamtheit wurde.

Die Statistik in der Krankenversicherung läßt das Bild der deutschen Volksgemeinschaft in einem großen Teil ihrer Lebensäußerungen entstehen und weist auf die Hemmungen hin, die lebenswichtige Organe im Volksorganismus zu überwinden haben, um zu gesunden Lebensbedingungen zu gelangen. Sie durchleuchtet den Organismus, um, wie ein Röntgenbild, krankhafte und bedrohte Stellen im Ausmaß der Schädigungen aufzuzeichnen.

Der Sozialpolitiker liest an ihr den Krankheitsbefund ab, wie ihn etwa der Arzt an der Kurvenzeichnung der Fiebertafel sieht.

Die Statistik stellt aber nicht nur Wert- und Vergleichszahlen heraus, um aus ihnen den täglich wechselnden Gesundheitszustand zu erkennen; über solche Tagesaufgaben hinaus hält sie das Erscheinungsbild einer ganzen Zeitepoche fest, die sich in ihrer Bedeutung für das nationale Leben von anderen Zeitläuften unterscheidet. Für uns ist es die heutige Zeit, in der sich die Heimatfront, die wir zu betreuen haben, bewähren muß. Wir sind uns bewußt, daß die Gesundheit der Daheimgebliebenen einer der wichtigsten Faktoren ist, die den sicheren Sieg verbürgen. Die Aufgabe, den Gesundheitszustand mit den zuverlässigsten Mitteln ständig zu beobachten und jegliche Heilfürsorge sicher und zweckentsprechend zu lenken, reiht die Krankenkassen in die Front derjenigen ein, die für Deutschlands Sieg kämpfen. Es wird erst dereinst voll erkennbar sein, welch bedeutungsvolles und unentbehrliches Hilfsmittel die Statistik in dieser Aufgabe ist.

Und doch, diese wichtigen Tages- und Zeitaufgaben erschöpfen noch nicht die Bedeutung der Krankenkassenstatistik.

Wenn die Krankenkassenstatistik heute alles in ihrem Aufgabebereich anfallende Zahlenmaterial methodisch richtig sammelt, schafft sie richtige und zuverlässige Unterlagen, deren zukünftige Verwendung zwar noch nicht gewußt ist, deren Notwendigkeit jedoch heute klar erkannt werden muß und deren Bedeutung nicht leicht überschätzt werden kann. Wir wissen nicht, welche Fragen die Zukunft an die Statistik stellen wird und beantwortet haben will. Erfassen wir deshalb heute die Erhebungseinheiten richtig und vollständig, so haben wir später die Möglichkeit, uns heute noch unbekannte Begriffskombinationen

und Beziehungen der einzelnen Zahlengruppen zueinander klarzulegen und zutreffend zu erläutern.

Diese Aufgabenstellung würde schon für sich allein, also abgesehen von den Aufgaben für den Tag und die heutige Zeit, die Bedeutung einer umfassenden Krankenkassenstatistik begründen. Die Neuordnung der Krankenversicherung wird im Zuge der Zeit und im Rahmen der angekündigten großzügigen Reformen auf sozialpolitischem Gebiet Ideen verwirklichen, die ehemals unlösbar erschienen. Hierbei wird dann eine so fundierte Statistik zuverlässige Unterlagen für zukünftige Entschlüsse mitbringen. Sie weist auf Nachteile hin, die etwa in der heutigen Sozialversicherungsorganisation liegen mögen und zweckmäßige Beziehungen der Versicherungsträger zur sozialen Versicherungsgemeinschaft stören. Einwandfreies Zahlenmaterial kann irriige Auffassungen über die eine oder andere Maßnahme aufklären, andererseits vorgefaßte Werturteile über sie auf das richtige Maß zurückführen. Wir kennen alle nur das eine Ziel, dem deutschen Werktätigen in der denkbar besten Weise zu helfen. Indem wir seine Arbeitskraft als nationales Gut schätzen, dienen wir der Volksgemeinschaft. Deshalb sind wir verpflichtet, den sicheren Weg zu diesem Ziel zu suchen. Ein guter Kompaß und ein zuverlässiger Wegweiser aber ist immer und wird immer sein die gut eingerichtete Statistik der Krankenbetreuung, umfassend den Mitgliederkreis, die Aufgaben und die Leistungen.

In dieser Bedeutung ist sie unabhängig vom Wandel der Organisation ihres Trägers. Diese Erkenntnis zu gewinnen, scheint mir besonders wichtig; denn eine Krankenbetreuung werden wir wie heute auch in der Zukunft, unter welchem Namen auch immer, als große völkische Aufgabe durchzuführen haben. Wir suchen dann nach gleichen Erkenntnissen und benötigen deshalb auch die gleichen Unterlagen. So wächst unsere statistische Aufgabe über die Bedeutung des Tages weit hinaus und wird mit die Grundlage und der Wegweiser für eine künftige Aus- und Neugestaltung der sozialen Hilfsgemeinschaften.

## B. Methodik der Statistik.

### 1. Über die Erhebungseinheiten.

Die sich immer mehr durchsetzende Umformung in der Sinn- und Zweckgestaltung der gesetzlichen Krankenversicherung bedingt naturgemäß, in diese Krankenversicherung eine zweckentsprechende Statistik einzubauen. Diese Umstände erklären es, daß die Statistik in der Krankenversicherung sich bislang nicht dem Schrittmaß der allgemeinen Wirtschaftsstatistik und andern Statistiken anpaßte und vielleicht auch nicht anpassen konnte. Diese hatte nur unter Umständen ihre Methodik zu ändern, während die Träger der Krankenversicherung für ihre Statistik völlig neue Wege suchen und finden müssen. Noch andere Schwierig-

keiten aber stehen einer neu ausgerichteten Statistik bei den Krankenkassen hindernd und hemmend im Wege. Früher waren die Krankenkassen selbständige Gebilde, die, durch gesetzliche Bestimmungen vorgezeichnet, im wesentlichen losgelöst von dem Gemeinschaftsgedanken im heutigen Sinne ihre Aufgabe lediglich darin sehen mußten, die Ansprüche „ihrer“ Versicherten schlecht und recht zu wahren. Die Sorge um die Erfüllung des Zwecks und Ziels ihres Wirkens gipfelte um die Beobachtung der Einnahme- und Ausgabeseiten. Aus der zeitbedingten Anpassung an das politische Wirtschaftssystem des freien Spiels der Kräfte, entsprang die Haltung der Versicherten wie der Organe der Versicherungsträger und fand ihren Ausdruck auch in der Kassenführung. Brachte der Jahresabschluß Einnahmen und Ausgaben in einen mehr oder minder guten Einklang, so war die kassentechnische „Entlastung“ ein beruhigendes Testimonium der Pflichterfüllung. Es war deshalb natürlich, daß die Statistik der Krankenkassen als Erhebungseinheiten durchweg nur die Einnahme- und Ausgabeposten vorsah. Mit der Erkenntnis, daß der eine oder der andere Posten zur Herbeiführung des Gleichgewichts für die Folge im negativen oder positiven Sinne beeinflußt werden müsse, glaubt man das Wesen der Statistik und ihre Verwendung als brauchbares Hilfsmittel erfaßt und ausgenutzt zu haben. Gewiß haben vereinzelt und durchaus nicht nur größere Krankenkassen auch früher schon als Erhebungseinheiten Krankheitsfälle und Krankheitsarten, Sterbefälle und Todesursachen, Krankheitsanfälligkeit und Alter sowie Geschlecht, andere bemerkenswerte Tatbestände und Arbeitsunfähigkeit in ihren — teilweise sogar groß angelegten — Jahresübersichten geführt. Das sei nicht übersehen und deshalb besonders anerkannt, weil die Erhebungstechnik unter den gegebenen Umständen mühsam und zeitraubend war. Da sich aber die Methodik jeweils nach den Erfordernissen der einzelnen Kassen richtet und die Bedingungen und Voraussetzungen der einzelnen Tatbestände nicht einheitlich ausgerichtet waren und sind, blieb und bleibt es von der allgemeinen Warte aus gesehen nur Stückwerk und nur nutzbringend für die einzelne Kasse und die daran Beteiligten.

Das, was im wesentlichen bei den Krankenkassen vielfach als Krankheitsstatistik aufgefaßt wird, ist die von der Zentralbehörde, dem Statistischen Reichsamte, angeordnete „Nachweisung der Leistungsfälle“<sup>1</sup>. Diese sind jährlich für ein Berichtsjahr zu erstellen und umfassen:

a) Krankenhilfe der Mitglieder,

aufgeteilt für Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte, getrennt nach Männern und Frauen.

<sup>1</sup> II. VO. über Rechnungsführung in der Krankenversicherung vom 17. Juni 1938 (RGBl. 1938 I S. 658 § 31).

1. Versicherungsfälle insgesamt, darunter Zahnbehandlungsfälle,
2. Krankheitsfälle, die mit Arbeitsunfähigkeit verbunden sind, darunter Krankenhaufälle,
3. Krankheitstage, für die Krankengeld gezahlt wurde und Krankheitstage, für die trotz vorhandener Arbeitsunfähigkeit kein Krankengeld gezahlt wurde,
4. Krankenhaustage,
5. Zahl der in Erholungs- oder Genesungsheimen untergebrachten Personen und Zahl der Verpflegungstage.

b) Krankenpflege für Familienangehörige, getrennt nach Erwachsenen und Kindern bis 18 Jahre.

1. Versicherungsfälle insgesamt, darunter Zahnbehandlungsfälle,
2. Zahl der in Krankenanstalten, Kur-, Erholungs- oder Genesungsheimen untergebrachten Personen und die Zahl der Verpflegungstage.

c) Wochenhilfe,

aufgeteilt für Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte, getrennt nach Wochenhilfe für Mitglieder und für Familienangehörige.

1. Wochenhilfefälle,
2. Wochengeldtage, Wöchnerinnenheimtage, Stillgeldtage.

d) Sterbefälle,

aufgeteilt für Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte, getrennt nach Männern und Frauen sowie Familienangehörigen, darunter Zahl der Sterbefälle.

Es ist ohne weiteres ersichtlich, daß die geforderten Zahlenergebnisse den Leistungsbüchern oder den Leistungskarten entnommen werden. Die errechneten Teil- und Summenzahlen gelten bei den Krankenkassen als „die Statistik“. Beziehungszahlen und Schlußfolgerungen fehlen zwar. Erkenntnisse für Krankheits- und Todesursachenforschungen werden aus den Zahlen nicht gewonnen, nicht einmal entscheidende Tatsachen für die Lenkung der Verwaltungs- und Kassentechnik. Das ist auch mit dieser Statistik nicht bezweckt. Es soll lediglich nachgewiesen werden, auf wieviel Fälle und Tage sich z. B. das als Ausgabeposten verbuchte Krankengeld verteilt. Daß es sich hierbei in der Tat nur um eine Erläuterung der Ausgabeposten handelt, ergibt sich aus folgendem Umstand. Es dürfen nur die Tage gezählt werden, die im Berichtsjahr als Leistungstage mit Ausgaben belastet sind. Die sogenannten Übergangsfälle, die von einem Jahr in das andere hinüberreichen, werden nur insoweit berücksichtigt, als für sie Zahlungen im Berichtsjahr erfolgt sind. Es würde deshalb zu Fehlschlüssen führen, wollte man zur Ermittlung der Durchschnittsdauer eines Krankheits- und Arbeitsunfähigkeitsfalles die in der Nachweisung der Leistungsfälle angegebene Summenzahl der Tage durch die Summenzahl der Fälle teilen. Das dem Stat. Reichsamt übermittelte Zahlenmaterial ist deshalb für die eigentliche Statistik unbrauchbar. Das vom Stat. Reichsamt vorgeschriebene Formblatt<sup>1</sup> enthält allerdings auch folgenden Abschnitt II:

<sup>1</sup> Zweite Verordnung über Rechnungsführung in der Krankenversicherung vom 17. Juni 1938 (RGBl. 1938 I S. 658).

„Versicherungsfälle, mit Arbeitsunfähigkeit verbundene Krankheitsfälle und Krankheitstage in den einzelnen Altersgruppen“.

Aber auch diese Ermittlungszahlen, die außerhalb des Interessenskreises des Geldschranks liegen, leiden an dem Mangel, daß auch hierbei die vorhin erwähnten Übergangsfälle nur soweit bewertet werden, als sie im Berichtsjahr Ausgabeposten bilden. Dabei — und das ist insoweit bemerkenswert, als hierdurch dargetan wird, welche Schwierigkeiten das Statistische Reichsamt zu überwinden hat, um von den Krankenkassen Zahlenmaterial zu erhalten — trägt der Abschnitt II den bezeichnenden Vermerk:

„Die Ausfüllung dieser Übersicht ist erwünscht, eine Verpflichtung besteht jedoch nicht“.

Dementsprechend haben auch nur verhältnismäßig wenige Kassen die Zahlen für den Abschnitt II zusammengestellt. Diesen Zahlen-ergebnissen fehlen zudem die Beziehungszahlen, wieviel Versicherte überhaupt der entsprechenden Altersgruppe angehören, sodaß für eine brauchbare Auswertung die Voraussetzung fehlt.

Eine statistische Aufbereitungsarbeit, die diese Bezeichnung ernstlich verdient, ist die weitere Aufforderung des Stat. Reichsamtes an die Krankenkassen, sich freiwillig an einer Krankheits- und Todesursachenstatistik, aufgeteilt nach Altersgruppen, zu beteiligen. Da hierbei auch die Erhebungseinheiten für alle Krankenkassen abgegrenzt und vorgeschrieben sind — 53 Krankheitsgruppen und 12 Altersgruppen — sind die gleichen Tatbestände und Voraussetzungen gesichert. Dazu werden abweichend von den Zahlenergebnissen in der vorgenannten „Nachweisung der Leistungsfälle“ alle im Berichtsjahr abgeschlossenen mit Arbeitsunfähigkeit verbundenen Krankheitsfälle mit sämtlichen anfallenden Tagen erfaßt. Aber auch hier fehlen die bereits vorhin vermißten Beziehungszahlen: die Verteilung der Gesamtversicherten auf die einzelnen Altersgruppen. Leider kamen von 4524 Krankenkassen nur 81 der Aufforderung des Stat. Reichsamtes nach, das diese Zusammenstellung nicht zur Pflichtleistung der Krankenkassen macht.

Der Hinweis, den das Stat. Reichsamt seinem Bericht über die „Erkrankungen nach Krankheitsarten im Jahre 1938“ voranstellte und der über die Beteiligung der Pflichtkrankenkassen Aufschluß gibt, lautet:<sup>1</sup>

„An der freiwilligen Statistik über Erkrankungen nach Krankheitsarten waren im zweiten Berichtsjahr 1938 insgesamt 81 Pflichtkrankenkassen mit zusammen 4,44 Mill. Mitgliedern beteiligt, d. s. 22 v. H. aller in den Pflichtkassen Versicherten ohne See- und Knappschaftskrankenkassen, über letztere, die sich im Jahre 1938 zum ersten Male beteiligt haben, ist auf Seite . . . besonders berichtet.

Wie im vorigen Jahre<sup>2</sup> überwiegend wieder die Ortskrankenkassen, weniger

<sup>1</sup> „Wirtschaft und Statistik“, herausgegeben vom Statistischen Reichsamt, (20. Jahrgang 1940 Nr. 19 S. 453—458).

<sup>2</sup> Vgl. W. u. St. 1939 Nr. 14 S. 572.

der Zahl nach — es waren diesmal 43 unter 81 — als vielmehr wegen ihrer Größe, d. h. der Masse ihrer Mitglieder. Diese machen, wie im vorigen Jahre rd. 87 v. H. aller beobachteten Kassenmitglieder aus, sodaß auch im Berichtsjahr das Gesamtergebnis in der Hauptsache durch die Erkrankungsverhältnisse bei den großen Ortskrankenkassen bestimmt ist.

Diese Feststellung ist überaus lehrreich, insbesondere dann, wenn das negative Ergebnis der Beteiligungszahlen herausgestellt wird.

Die Krankheitsstatistik wurde erstmalig im Jahre 1937 durchgeführt, 1938 war das zweite Berichtsjahr. In diesem hatte sich die vorjährige Zahl von 87 Beteiligten auf 81, d. i. um 6 vermindert. Es beteiligten sich nicht an den gemeinsamen Erhebungen<sup>1</sup> 1937 (4624 — 87 = 4538 Pflichtkrankenkassen = 98,1 v. H. mit (22 357 000 — 4 381 000 =) 17 Mill. 976 Tausend Versicherten = 80,4 v. H.

1938 (4524 — 81 = 4443 Pflichtkrankenkassen = 98,2 v. H. mit (22 314 000 — 4 438 000 =) 18 Mill. 876 Tausend Versicherten = 81,0 v. H.

Das ist das wenig erfreuliche Ergebnis einer gemeinsamen statistischen Erhebung zur Krankheits- und Todesursachenstatistik.

Zu untersuchen ist noch die Einstellung der Krankenkassen zu der pflichtmäßigen Statistik, die vom Statistischen Reichsamt für alle reichsgesetzlichen Krankenkassen verbindlich vorgeschrieben ist.

Verpflichtet sind die Krankenkassen, folgende Nachweisung, die als „Monatsstatistik der Krankenversicherung<sup>2</sup>“ bezeichnet ist, dem Stat. Reichsamt 12 mal im Jahre, und zwar bis zum 8. des dem Berichtsmonat folgenden Monats unmittelbar einzureichen. Diese Nachweisung enthält im wesentlichen

1. Mitgliederbestand und Zahl der arbeitsunfähig Kranken,
2. erfolgswirksame Ist-Reineinnahmen und Ist-Reinausgaben, aufgeteilt nach den einzelnen Ausgabeposten,
3. Betrag der Zahlungen auf Rückstände aus Vorjahren.

Es ist nun bemerkenswert, daß der Präsident des Stat. Reichsamtes in einem Erlaß vom 8. 12. 38 (3601—8. 12. 38)<sup>3</sup> bittere Klage darüber führt, daß ein großer Teil der Krankenkassen diese „Statistik“ nicht ordnungsmäßig und fristgemäß durchführt.

Es drängt sich die Frage auf, welche Gründe die Krankenkassen veranlassen, der Statistik gegenüber eine derart unzulängliche Auffassung zu vertreten. Denn zweifellos besteht nur der Statistik gegenüber diese mangelhafte Bereitschaft, Aufgaben, die dem allgemeinen Wohl dienen, ordnungsmäßig zu erfüllen. Es soll gewiß nicht übersehen werden, daß

<sup>1</sup> Die Gesamtzahlen aller Pflichtkrankenkassen für 1937 und 1938 zu Grunde gelegt.

<sup>2</sup> II. VO. über Rechnungsführung in der Krankenversicherung vom 17. Juni 1938 (RGBl. 1938 I S. 658 § 32).

<sup>3</sup> Vgl. „Die Ortskrankenkasse“ 1939 S. 32.

manche Krankenkassen über die vom Stat. Reichsamt geforderten Angaben hinaus immer schon groß angelegte statistische Zusammenstellungen in ihren Jahresberichten veröffentlicht und bemerkenswerte Erkenntnisse aus dem Material hergeleitet haben. Es ist nur bedauerlich, daß von so mancher fleißigen und gut durchdachten Arbeit gesagt werden muß, daß sie für die Allgemeinheit nicht den Wert hatte, der ihr eigentlich, gemessen an dem Arbeitsaufwand, zukam. Diese Statistiken bezogen sich nur auf den Kreis der Versicherten, der für die einzelne Kasse vorgezeichnet war. Da der Kassenbezirk ein örtlich begrenztes Gebiet umfaßt und in diesem durch die nun einmal herrschende Kassenzersplitterung im Höchstfalle nur 60—70 v. H. der Versicherten erfaßt werden, mußte sogar für diesen begrenzten Kreis die Arbeit nur zu Teilergebnissen kommen. Diese Teilstatistiken waren zudem im Ergebnis weiter nichts als eine Erläuterung und erweiterte Ergänzung des jährlich zu erstattenden Rechenschaftsberichtes. Da die zugrunde gelegten Erhebungseinheiten — der Zahl, dem Inhalt nach — den jeweiligen örtlichen Verhältnissen, schließlich auch den vorliegenden Jahresbericht angepaßt waren, wurden die an sich bemerkenswerten Fachleistungen für die Allgemeinheit gesehen nur Stückwerk von problematischem Wert. Verständlich ist aber dieses Fragment der Statistik, wenn man sich bewußt wird, daß sie das Produkt des vom Individualismus beherrschten Zeitalters war. Für eine Statistik, die die Erfahrungen und Geschehnisse einzelner Personen und Körperschaften für die Allgemeinheit nutzbringend verwerten wollte, war für diese Geisteshaltung kein Raum, da Sinn und Zweck nicht verstanden wurden. Die Neuzeit warf auch in diese Verwirrung nationaler und sozialer Begriffe ihre Signale und zwang die ziellos Marschierenden zu einem Halt, zu einer Ausrichtung nach völkisch bestimmten Ziel.

Der Weg zur neuen Sozialstatistik und insbesondere zu einer neuen Krankenkassenstatistik war nicht leicht zu finden. Sie hatten als Voraussetzung die Umformung eines lebendigen, ständig wachsenden und absterbenden Organismus; Grundlage war das Werden einer wirklich „sozialen Versicherungsgemeinschaft“. Die Krankenversicherung wurde vom Rechenexempel für den einzelnen Versicherten und für die einzelne Krankenkasse, das nur Zeitwert hatte, losgelöst und in den Ewigkeitswert der deutschen Schicksalsfrage um die Gesundheit der gesamten werktätigen Volksgenossen gebunden, um ihr selbstlos zu dienen bei der Vorbereitung lebensfördernder Entschlüsse.

Die ersten Voraussetzungen für die neue Krankenkassenstatistik sind:

1. Die Erfassung aller Krankheitsfälle und Krankheitsursachen, Sterbefälle und Todesursachen unter Berücksichtigung der jeweiligen Einwirkung der Lebensbedingungen aus dem Bereich der ganzen sozialen Versicherungsgemeinschaft.

2. Die einheitliche Festsetzung der auszuwertenden Erhebungseinheiten, die Klarstellung ihres begrifflichen Inhaltes und damit ihre Begrenzung.

Die staatliche Lenkung der Gesundheits- und Krankheitsfürsorge muß, um allgemein gültige Schutzmaßnahmen einführen zu können, Kenntnis erhalten von allen Tatbeständen mit ihren Komponenten aus dem deutschen Raum. Nicht nur das Gesetz der großen Zahl fordert zur Erhöhung der Wahrscheinlichkeit der aus den ermittelten Ergebnissen gefolgerten Erkenntnisse vielfältige Summenzahlen. Vor allem müssen alle deutschen Gaue mit den anfallenden Zahlen vertreten sein, um das Gesamtbild des deutschen Lebens ohne Einschränkungen und störende Vorbehalte zu zeichnen. Die Aufbereitungsarbeiten sind so einzurichten, daß außer der Gesamtsummenzahl Teilzahlen entstehen. Diese Teilzahlen sind Summenzahlen, die für bestimmte Gebiete gelten, die durch ihre geographische Lage und klimatischen Verhältnisse besondere Krankheitsanfälligkeit begünstigen oder besondere Krankheitsarten und Todesursachen aufweisen. Stadt- und Landkreise sind zu unterscheiden und nach ihrer Art zusammenzufassen. Von den Zahlenergebnissen aus den Landkreisen mit überwiegend Landwirtschaft ist eine Gruppe zu bilden, ebenso von Industriegebieten. Diese sind wiederum zu gruppieren nach solchen, in denen die Eisenindustrie, die Textilindustrie, der Bergbau usw. die Mehrzahl der Versicherten beschäftigt. Berufskrankheiten werden ermittelt und damit der Weg zu ihrer Bekämpfung freigelegt. Das nicht hoch genug zu bewertende Ziel wird je eher erreicht, als man die Versicherten nach einheitlicher Planung bestimmter Berufsgruppen zusammenfaßt und hier die Kurvenlinie in den einzelnen Krankheitsarten und Todesursachen nach Geschlecht und Alter beobachtet. Bei all diesen Erhebungen genügt nicht die Zusammenstellung der Fallzahlen. Wesentlich ist die Ermittlung der Falldauer bei den mit Arbeitsunfähigkeit verbundenen Krankheitsfällen. Aus ihr läßt sich nicht nur die mehr oder minder schwere Auswirkung der einzelnen Krankheitsart ermitteln, vor allem wird festgestellt, welchen Schaden sie der deutschen Arbeitskraft, dem nationalen Gut, zufügt. Sie bedeutet gleichzeitig, daß die Mittel zur Heilung und vorbeugende Maßnahmen zur Abdrosselung an die Krankheitsherde herangeführt werden.

Wurde vorstehend in großen Strichen das Aufgabengebiet der zentralen Statistik umrissen, so ist die Teilarbeit der einzelnen Versicherungsträger für ihren Teilbezirk nicht weniger bedeutungsvoll. Die Richtlinien, die die Erkenntnisse aus der Zentralstatistik als Grundlage haben, sind den örtlichen Verhältnissen sinngemäß anzupassen. Daneben gelten einzelne Betriebe als Erhebungseinheiten. Die Statistik ermittelt, ob bei bestimmten Betrieben die Krankheitsanfälligkeit die Normalzahl überschreitet und ob bestimmte Krankheitsarten in auffallendem Maße

die Beschäftigten befallen. Das gleiche gilt von den Wohnbezirken der Versicherten.

Versicherungsrechtliche Erhebungen sind die einzelnen Versicherten-  
gruppen neben den Versicherungspflichtigen (§ 165 RVO.), die Ver-  
sicherungsberechtigten (§ 176 RVO.), die freiwillig Weiterversicherten  
(§ 313 RVO.), sowie die Sondergruppe der Kriegshinterbliebenen, weiter-  
hin die Hausgehilfinnen (§ 435 ff. RVO.), die landwirtschaftlich Be-  
schäftigten (§ 417 ff. RVO.), die unständig Beschäftigten (§ 471 ff. RVO.),  
die im Wandergewerbe Beschäftigten (§ 459 ff. RVO.) mit ihren Sonder-  
bestimmungen und Sonderleistungen. Damit hat die Statistik über  
die Durchleuchtung versicherungsrechtlicher Fragen die Stelle erreicht,  
die bei der Verwaltung öffentl. Gelder sich selbst und den dafür einge-  
setzten Instanzen Rechenschaft geben muß, aus welchen Einzelposten  
sich ihr Ausgabeetat zusammensetzt und wieweit sie nach den ge-  
setzlichen Bestimmungen ordnungsmäßig begründet sind. Gewiß ist  
auch in kassentechnischen Fragen die Statistik nicht nur zweckmäßig,  
sondern auch notwendig. Nur darf sie sich bei den Krankenkassen  
nicht hierin erschöpfen und ihr Hauptaufgabengebiet — der Dienst für  
die Allgemeinheit — übersehen. Die Statistik hilft, die Verwendung der  
zur Verfügung stehenden Kassenmittel zu überprüfen hilft vor allem  
auf sicherer Grundlage zu erwägen, ob nicht Mittel zur Verfügung  
stehen oder besser verwendet werden können, bestimmten Notständen  
in der Gesundheits- und Krankheitsfürsorge des Bezirkes abzuhelpen  
und damit der gesamten sozialen Versicherungsgemeinschaft zu dienen.  
Diesen Dienst in seiner Notwendigkeit aufzuzeichnen, wird immer der  
Hauptzweck der Statistik bilden. Es ist deshalb unbedingt zu erstre-  
ben, daß sich alle Versicherungsträger der reichsgesetzlichen Kranken-  
versicherung an dieser Statistik beteiligen. Dann erst wird die Platt-  
form geschaffen, von der aus die planvolle Lenkung der Gesundheits-  
führung des deutschen werktätigen Volkes möglich wird.

Die Vorbedingung für eine gemeinsame Krankheitsstatistik ist aber  
die Schaffung einheitlicher, für alle Aufbereitungsstellen gültigen Er-  
hebungseinheiten. Vor allem gilt das für die Einteilung der Krank-  
heitsarten, die unmöglich alle einzeln erfaßt werden können, zu sach-  
verständlich zusammengesetzten Krankheitsgruppen.

Das Stat. Reichsamt hat hierzu äußerst zweckentsprechende Richt-  
linien und brauchbare Hilfsmittel den Krankenkassen zur Verfügung  
gestellt. Ein Verzeichnis der Krankheiten und Todesursachen mit einer  
Anleitung zur Aufstellung der deutschen Todesursachenstatistik, auf-  
gestellt im Reichsgesundheitsamt ist vom Stat. Reichsamt herausgegeben  
worden<sup>1</sup>. Es entspricht der internationalen Einteilung der Krankheiten  
und Todesursachen. Das Verzeichnis ist dreifach aufgestellt:

<sup>1</sup> Verlag für Sozialpolitik, Wirtschaft und Statistik Paul Schmidt, Berlin SW 68.

1. ausführliches Verzeichnis mit 200 Haupt- und zahlreichen Unterbezeichnungen von Krankheiten und Todesursachen,

2. mittleres Verzeichnis mit 85 Bezeichnungen,

3. kurzes Verzeichnis mit 43 Bezeichnungen.

„Das mittlere und kurze Verzeichnis“ sind durch Zusammenfassung einzelner Gruppen des ausführlichen Verzeichnisses entstanden. Dadurch, daß jeder Nummer des kurzen Verzeichnisses bestimmte Nummern des mittleren und des ausführlichen Verzeichnisses entsprechen, sind die nach den verschiedenen Verzeichnissen aufgestellten Statistiken weitestgehend vergleichbar. Die Krankheitsarten sind in Buchstabenfolge zusammengestellt und verweisen auf die entsprechenden Ordnungsnummern im ausführlichen, mittleren und kurzen Verzeichnis. Für die Krankheitsstatistik genügt das kurze Verzeichnis. Die darin enthaltenen Krankheitsarten können als Krankheitsgruppen gelten. Die Systematik des ausführlichen und mittleren Verzeichnisses erleichtert es auch dem Laien, schnell und sicher festzustellen, zu welcher Krankheitsgruppe des kurzen Verzeichnisses jede Krankheit gehört. Diese Krankheitsgruppen sind:

Lfd. Nr.	Krankheitsgruppen	Lfd. Nr.	Todesursachen 1—7
1	Grippe	1	Grippe
2	Tuberkulose der Atmungsorgane	2	Tuberkulose der Atmungsorgane
3	Sonstige Tuberkulose	3	Tuberkulose der Hirnhäute und des Zentralnervensystems — des Darms und des Bauchfells — der Wirbelsäule — der Knochen und der Gelenke ohne Wirbelsäule — der Haut und des Unterhautzellgewebes — des Lymphsystems — der Harn- und Geschlechtsorgane — andere Organe — Allgemeine Miliartuberkulose
4	Syphilis	4	Syphilis
5	Gonorrhoe und andere Geschlechtskrankheiten	5	Gonorrhoe und andere Geschlechtskrankheiten
6	Sepsis ohne Kindbettfieber	6	Sepsis ohne Kindbettfieber
7	Sonstige Infektions- und parasitäre Krankheiten	7	Typhus — Paratyphus — Fleckfieber — Rückfallfieber — Undulierendes Fieber — Pocken — Masern — Scharlach — Keuchhusten — Diphtherie — Asiatische Cholera — Ruhr — Pest — Rose — Epidemische Kinderlähmung — Encephalitis lethargica sive epidemica — Übertragbare Genickstarre — Rotz — Milzbrand — Tollwut — Tetanus — Lepra — Gelbfieber — Malaria — Andere Protozoenkrankheiten — Ankylo-

Lfd. Nr.	Krankheitsgruppen	Lfd. Nr.	Todesursachen 8— 21
			stomiasis — Echinococcus — Andere Wurmkrankheiten — Pilzkrankheiten — Andere Infektions- und parasitäre Krankheiten
8	Krebs und andere bösartige Neubildungen	8	Krebs und andere bösartige Neubildungen der Mundhöhle und des Schlundes — des Verdauungskanals — der Atmungsorgane — der Gebärmutter — der weiblichen Geschlechtsorgane ausschl. Gebärmutter — der Brüste — der männlichen Harn- und Geschlechtsorgane — der Haut — sonstiger oder nicht genannter Organe
9	Andere Neubildungen	9	Nicht bösartige Neubildungen — Neubildungen, deren bösartiger oder gutartiger Charakter nicht feststeht
10	Gelenkrheumatismus und Gicht	10	Akuter fieberhafter Gelenkrheumatismus — Chronischer Gelenkrheumatismus — Gicht
11	Zuckerkrankheit	11	Zuckerkrankheit
12	Basedowsche Krankheit	12	Basedowsche Krankheit
13	Sonstige allgemeine Krankheiten	13	Skorbut — Beri-Beri — Pellagra — Rachitis — Osteomalacie — Krankheiten der Hypophyse — Krankheiten der Schilddrüse und Nebenschilddrüsen a) einfacher Kropf, c) andere Krankheiten — Krankheiten der Thymusdrüse — Krankheiten der Nebennieren — Andere Allgemeinkrankheiten
14	Anämie, Chlorose	14	Anämien
15	Sonstige Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe	15	Hämorrhagische Zustände — Leukämien und Aleukämien — Krankheiten der Milz — Andere Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe
16	Chronische Vergiftungen darunter: Beruflich oder betrieblich bedingte	16	Akuter und chronischer Alkoholismus — Chronische Vergiftungen durch andere organische Substanzen — Chronische Vergiftungen durch mineralische Substanzen
17	Tabes dorsalis und progressive Paralyse	17	Tabes dorsalis — Progressive Paralyse
18	Gehirnschlag	18	Hirnblutung, Gehirnthrombose oder -embolie
19	Neuritis und Neuralgie	19	Neuritis
20	Neurasthenie und Neurosen einschl. Hysterie und Herzneurosen	20	Sonstige Krankheiten des Nervensystems
21	Sonstige Krankheiten des Nervensystems	21	Gehirnentzündung, nicht epidemische — Hirnhautentzündung — Andere Krankheiten des Rückenmarks — Lähmungen ohne nähere Angabe — Schizophrenie und andere Geisteskrankheiten — Epilepsie — Krämpfe bei Kindern unter 5 Jahren —

Lfd. Nr.	Krankheitsgruppen	Lfd. Nr.	Todesursachen 22—38
			Andere Krankheiten des Nervensystems a) Chorea — b) Paralysis agitans c) Multiple Sklerose — d) Sonstige Krankheiten des Nervensystems, Rest
22	Krankheiten der Sinnesorgane	22	Augenkrankheiten — Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes
23	Organische Herzkrankheiten	23	Herzbeutelentzündung — Akute Herzklappenentzündung — Chronische Herzklappenentzündung und Herzklappenfehler — Herzmuskelkrankheiten — Krankheiten der Kranzarterien und Angina pectoris — Andere Herzkrankheiten
24	Arterienverkalkung	24	Arterienverkalkung
25	Krankheiten der Venen	25	Krankheiten der Venen
26	Sonstige Krankheiten der Kreislauforgane	26	Schlagadererweiterung — Brand — Andere Krankheiten der Arterien — Krankheiten des Lymphgefäßsystems — Selbständige Störungen des Blutdrucks — Andere Krankheiten der Kreislauforgane
27	Krankheiten der Nasenhöhle und Nebenhöhlen	27	Krankheiten der Nasenhöhle und Nebenhöhlen
28	Bronchitis	28	Bronchitis
29	Lungenentzündung	29	Katarrhalische Lungenentzündung — Kruppöse Lungenentzündung — Lungenentzündung ohne nähere Angabe
30	Lungenasthma und -emphysem	30	Lungenasthma — Lungenemphysem
31	Sonstige Krankheiten der Atmungsorgane	31	Krankheiten des Kehlkopfes — Brustfellentzündung — Embolie, Infarkt, Oedem, Stauung und Thrombose der Lungen — Andere Krankheiten der Atmungsorgane
32	Mandel- und Rachenentzündung einschl. Angina, catarrhalis, lacunaris, Plaut-Vincent, Tonsillitis, Pharyngitis, Mandel-, Rachenabszeß	32	Krankheiten der Mundhöhle und des Schlundes (Mandel und Rachenentzündung einschl. Angina, catarrhalis, lacunaris, Plaut Vincent, Tonsillitis, Pharyngitis, Mandel, Rachenabszeß)
33	Sonstige Krankheiten der Mundhöhle und des Schlundes	33	Sonstige Krankheiten der Mundhöhle und des Schlundes, Rest
34	Magen- und Zwölffingerdarmgeschwür	34	Magen und Zwölffingerdarmgeschwür
35	Andere Magenkrankheiten (außer Krebs)	35	Andere Magenkrankheiten (ausschl. Krebs)
36	Darmkatarrh	36	Darmkatarrh und Darmgeschwür bei 2 und mehrjährigen
37	Blinddarmentzündung	37	Blinddarmentzündung
38	Eingeweidebrüche und Darmverschluß	38	Eingeweidebrüche und Darmverschluß

Lfd. Nr.	Krankheitsgruppen	Lfd. Nr.	Todesursachen 39—50
39	Krankheiten der Gallenblase und Gallenwege	39	Gallensteine — Andere Krankheiten der Gallenblase und Gallenwege
40	Sonstige Krankheiten der Verdauungsorgane	40	Krankheiten der Speiseröhre — Sonstige Darmkrankheiten — Leberzirrhose — Andere Leberkrankheiten — Krankheiten der Bauchspeicheldrüse — Bauchfellentzündung ohne Ursachenangabe
41	Nierenentzündung	41	Akute Nierenentzündung — Chronische Nierenentzündung — Nierenentzündung ohne nähere Angabe
42	Andere Krankheiten der Harnorgane	42	Andere Nierenkrankheiten, Nierenbecken und Harnleiterkrankheiten — Steinbildung in den Harnwegen — Krankheiten der Blase — Krankheiten der Harnröhre
43	Nicht venerische Krankheiten der Geschlechtsorgane	43	Krankheiten der Vorsteherdrüse — Nicht venerische Krankheiten der männlichen Geschlechtsorgane — Nicht venerische Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane (ausschl. 44 bis 45)
44	Schwangerschaftsblutung und Fehlgeburt	44	Fieberhafte Fehlgeburt mit Entzündung an den Geschlechtsorganen — Sonstige Fehlgeburt und Schwangerschaftsblutung
45	Sonstige Krankheiten der Schwangerschaft, Entbindung und des Wochenbetts	45	Schwangerschaft am unrechten Ort — Andere Schwangerschaftskrankheiten — Blutung bei der Geburt und im Wochenbett — Sepsis und Starrkrampf im Wochenbett — Albuminurie und Eklampsie in Schwangerschaft und Wochenbett — Andere Formen der Schwangerschaftstoxikosen — Phlegmasia alba dolens, Embolie oder plötzlicher Tod in Schwangerschaft oder Wochenbett — Andere Zwischenfälle bei der Geburt — Andere Zustände des Wochenbetts
46	Furunkel, Abszeß, Panaritium, Phlegmone	46	Furunkel — Abszeß, Phlegmone
47	Andere Krankheiten der äußeren Bedeckungen	47	Andere Krankheiten der äußeren Bedeckungen
48	Muskelrheumatismus, einschl. Myalgie, Myositis rheumatica, Torticollis rheumaticus, Lumbago, Hexenschuß	48	Krankheiten der Gelenke und der Bewegungsorgane (Muskelrheumatismus, einschl. Myalgie, Myositis rheumatica, Torticollis rheumaticus, Lumbago, Hexenschuß)
49	Sonstige Krankheiten der Bewegungsorgane	49	Akute Osteomyelitis — Andere Krankheiten der Knochen — Krankheiten der Gelenke und der Bewegungsorgane, Rest
50	Selbstmord und Selbstmordversuch	50	Selbstmord durch: Gifte oder ätzende Substanzen — giftige Gase — Erhängen — Ertrinken — Feuerwaffen — schneidende oder stechende Instrumente — Hinabstürzen —

Lfd. Nr.	Krankheitsgruppen	Lfd. Nr.	Todesursachen 51—53
51	Verunglückung und Verletzung (ausschl. 50) darunter: Berufs- oder Betriebsunfall	51	Überfahrenlassen — Andere Selbstmordarten Mord und Totschlag durch: Feuerwaffen an Übereinjährigen — durch schneidende oder stechende Instrumente an Übereinjährigen — auf andere oder nicht angegebene Arten an Übereinjährigen — Verletzung durch giftige Tiere — Akute Nahrungsmittelvergiftung Verunglückung durch: Einatmen giftiger Gase — Andere akute Vergiftungen — Brand — Verätzen, Verbrühen, Strahlenschädigung — Ersticken — Ertrinken — Feuerwaffen (ausgenommen Kriegsverletzungen) — schneidende oder stechende Instrumente und durch Maschinen — Einsturz, Fall, Überfahrenwerden — Naturereignisse — Verletzungen durch Tiere — Verhungern und Verdursten — Erfrieren — Verunglückung durch: Hitzschlag oder Sonnenstich — Blitzschlag — Sonstige Verunglückungen durch elektrischen Strom — Andere Verunglückungen — Gewalt-samer Tod
52	Sonstige benannte Krankheiten	52	Angeborene Mißbildungen (ohne Totgeburten) — Altersschwäche
53	Unbekannte Krankheiten	53	Plötzlicher Tod — Nicht oder nur ungenügend angegebene Todesursachen

Es ist ein besonderer Vorteil des vom Reichsgesundheitsamt aufgestellten und vom Stat. Reichsamt herausgegebenen Verzeichnisses, daß es dank seiner gut durchdachten Systematik auch dem Laien, also auch dem Krankenkassenangestellten möglich macht, die einzelnen Krankheitsarten der ihr entsprechenden Krankheitsgruppe zuzuteilen. Wird das Verzeichnis von allen Krankenkassen den Aufbereitungsarbeiten zugrunde gelegt — und das ist die erste Voraussetzung für eine brauchbare Krankenkassenstatistik — so werden sich aus den Zahlenreihen die Krankheiten und Todesursachen herausheben, denen an erster Stelle vom Volksgesundheitsdienst der Kampf angesagt werden muß. Es werden sich selbst melden und in ihrem verderblichen Umfange zu erkennen geben

1. die Volksseuchen,
2. die Volkskrankheiten,
3. die Berufskrankheiten.

Die Ursachen ihrer Zersetzung der deutschen Volkskraft am Entstehungsort festzustellen, das ist der Zweck der Krankheitsartenstatistik.

Da sie das Zahlenmaterial dem Leben der kranken versicherten Volksgenossen entnimmt, also den beruflich Tätigen, ist weiterhin zu prüfen, inwieweit die Krankheitserscheinungen oder bestimmte Krankheitserscheinungen an die berufliche Arbeit, an die berufseigenen Arbeitsverhältnisse und Arbeitsbedingungen gebunden sind. Es leuchtet ohne weiteres ein, daß bestimmte Berufe die Berufsgenossen für Krankheiten der Lunge, des Herzens, der Augen usw. besonders anfällig machen. Forschungen auf diesem überaus wichtigen Gebiete sind nur erfolgreich, wenn ihnen das Hilfsmittel einwandfreier Statistik zur Verfügung steht. Eine zuverlässige Berufsstatistik ist aber nur möglich, wenn, wie bei der Krankheits- und Todesursachenstatistik, die Aufteilung der Berufe bei allen Krankenkassen nach den gleichen Richtlinien erfolgt. Diese Richtlinien fehlen bis heute, oder besser gesagt, die Bemühungen des Stat. Reichsamtes, eine einheitliche Regelung durchzuführen, sind bis heute nicht von allen Krankenkassen anerkannt worden. Wir finden heute noch 3 Berufsgruppierungen, die bei den Krankenkassen, die mit der Krankheitsstatistik eine Berufsstatistik verbinden, in der Übung sind:

1. Das Betriebsschema aus der Berufszählung von 1907,
2. Die Berufsgruppeneinteilung des Stat. Reichsamtes.
3. Die Berufssystematik der Arbeitsämter.

Dazu kommt, daß die gewählte Berufssystematik von der einen oder anderen Krankenkasse nicht in der ursprünglichen Form der Aufbereitungsarbeit zugrunde gelegt ist, vielmehr erscheint sie oft noch in einer mehr oder minder geglückten Variation, die den örtlichen Verhältnissen und der Struktur des Mitgliederkreises angepaßt ist. Das ist zwar verständlich, weil es der Krankenkasse genügt, die heutige Zeit verlangt aber eine neue Einstellung zu jeder Frage, die den Schutz des deutschen Arbeiters berührt. Die Forderung einer einheitlichen Berufssystematik für alle Krankenkassen Groß-Deutschlands einschließlich der Berufseinteilungen der Arbeitsämter ist deshalb ebenso begründet wie die Notwendigkeit einer einheitlichen Krankheitsgruppierung.

Wesentlich ist auch, daß die Untersuchungen sich dabei auf die Feststellungen erstrecken, in welchem Lebensalter des Berufsgenossen sich bestimmte Krankheitserscheinungen besonders schädigend auswirken. Dabei sei z. B. an die Lehrlinge gedacht, die naturgemäß eines besonderen Schutzes bedürfen. Damit ist eine weitere grundsätzliche Forderung gestellt, die eine Krankenkassenstatistik an diejenigen richten muß, die ihr das Zahlenmaterial liefern und die von ihr brauchbare Ergebnisse verlangen: „Einheitliche Altersgruppen.“

Es hieße, die große Linie, die jeder Statistik vorgezeichnet sein muß, zum Schaden klarer und durchsichtiger Ergebnisse verlassen, würde man jedes Lebensjahr als Erhebungseinheit bestimmen. Die Entwicklungsjahre sind zusammenzufassen, ebenso die Lebensjahre, die durch den

natürlichen Lebensablauf die Arbeitskraft mehr und mehr aufheben und im Organismus den Widerstand gegen bestimmte Krankheitserscheinungen schwächen. Das berufstätige Mädchen, die werktätige Frau sind in den einzelnen Lebensabschnitten wieder anders zu beurteilen als der im gleichen Alter stehende Mann. Nach einer biologisch und medizinisch stichhaltigen Formel sind die Gruppen festzusetzen. Je tiefer sie durchdacht ist, um so einfacher wird ihre Lösung sein. Als Ergebnis werden nur verhältnismäßig wenige Altersgruppen zu unterscheiden sein, so daß ihre ordnungsmäßige Beachtung den Krankenkassen keine Schwierigkeiten bereiten wird. Die heutige schematische Lösung der Altersgruppenfrage ohne inneren Zusammenhang mit der Berufsarbeit und den damit verbundenen Auswirkungen auf den Organismus 5 oder 10 Jahre zusammenzubündeln, dürfte abzulehnen sein. Es hieße, das vielfältige Leben mit einem starren Metermaß messen wollen.

Geschlecht, Beruf, Alter beeinflussen in positivem wie in negativem Sinn die Krankheitsanfälligkeit und begründen die Krankheitsdauer nach den Erfahrungen des täglichen Lebens. Die Statistik untersucht, durch welche Umstände der normale Verlauf von der gewohnten Bahn abgedrängt wird. Alle drei Komponenten müssen deshalb beachtet werden, und zwar bei allen Tatbeständen unter der gleichen Fragestellung.

Auf dieser festen Grundlage einheitlicher Erhebungseinheiten bei den Krankheitsarten, den Berufsarten und dem Lebensalter ist leicht eine Festsetzung der darüber hinaus zu erfassenden Wort- und Zahlenbegriffe zu finden und sie für die Erfassung durch alle gesetzlichen Krankenkassen für verbindlich zu erklären. Bewährt und als genügend vollständig erwiesen hat sich bei einer großen Zahl von Krankenkassen, die sich freiwillig einer völlig einheitlich geführten Krankenkassenstatistik<sup>1</sup> anschlossen, die Erfassung folgender Erhebungseinheiten:

#### In der Krankenhilfe:

1. Des Versicherten  
Geschlecht, Geburtsjahr, Familienstand, Kinderzahl, Wohnort, Versicherungsverhältnis, Berufsgruppe, Lohnstufe.
2. Des Betriebsführers  
Betriebsbezeichnung, Gewerbegruppe.
3. Die Kassenleistungen im Normalfall  
der Arzt, die Krankheit, Unfall und Art des Unfalles, Zahl der Arbeitsunfähigkeitstage, Bezeichnung des letzten Arbeitsunfähigkeitstages, Zahl der Krankengeldtage, der krankengeldfreien Tage, der Krankengeldbetrag.
4. Erweiterte Kassenleistungen  
Einweisungsgründe für die Krankenhauseinweisung, Bezeichnung des Kranken-

<sup>1</sup> „Das Lochkartenverfahren in der reichsgesetzlichen Krankenversicherung“ vom Verfasser — Verlag Langewort, Berlin-Lichterfelde 1940.

hauses oder des Genesungsheimes, Zahl der Krankenhaus- oder Genesungsheimkosten. Betrag des Hausgeldes oder Taschengeldes. Zahl der Hausgeld- oder Taschengeldtage.

5. Vertrauensärztlicher Dienst

Zahl der Vorladungen insgesamt,  
davon nicht wegefähig  
oder weiter arbeitsunfähig  
oder arbeitsfähig.

6. Zahl der Sterbefälle

Todesursache  
Betrag des Sterbegeldes

In der Wochenhilfe:

Häusliche oder klinische Entbindung

Geburtsjahr

Familienstand

Wohnort

Versicherungsart

Berufsgruppe

Lohnstufe

Wievielte Geburt, davon heute lebend,

Wochengeldtage, davon über Normalzahl,

Stillgeldtage, davon unter Normalzahl

Wochengeld- und Stillgeldbetrag

Bezeichnung der Hebamme und Kostenrechnung der Hebamme in Einzelbeträgen

Bezeichnung der Entbindungsanstalt

Wöchnerinnenheimtage- und Kosten

Arzthilfe bei Entbindungen

Bezeichnung des Arztes

Bezeichnung des Ausstellers einer Bescheinigung nach § 195 a RVO.

In der Familienhilfe:

Bezeichnung der Anspruchsgruppe

Wohnort, Versicherungsart, Arzt, Krankheit, davon Unfall,

Krankenhaus oder Genesungsheim, Pflegetage, Sterbefälle, Todesursache, Sterbegeld.

Mit diesen Erhebungseinheiten sind alle wesentlichen Wert- und Zahlenbegriffe der Krankenbetreuung erfaßt. Eine so aufgebaute Statistik vermag unserer Forderung entsprechend nicht nur den eigenen Organen stichhaltiges Material für die Leitung des eigenen Trägers zur Verfügung zu stellen, sondern sie erst gibt den zuständigen Reichsstellen richtige, zuverlässige, einheitlich erfaßte und umfassende Unterlagen für notwendige Erkenntnisse und daraus zu folgernde Entschlüsse.

## 2. Über die Erfassung und Aufbereitung der Erhebungseinheiten.

Wir sahen bei der Darstellung der bislang vom Statistischen Reichsamt geforderten Erhebungseinheiten, daß diese Statistiken durchaus nicht lückenlos erstellt wurden und daß eine freiwillige Beteiligung an

Sonderstatistiken, die dem Statistischen Reichsamt und dem Reichsgesundheitsamt von besonderer Bedeutung sind, in kaum nennenswertem Umfang erfolgt. Diese Tatsache hat ihren Grund in den großen Schwierigkeiten, welche die bisherige praktische Durchführung der Aufbereitungsarbeiten macht. Die Zusammenstellung der Zählergebnisse wird durchweg im manuellen Verfahren durchgeführt. Diese Arbeitsmethode ist jedoch erfahrungsgemäß mühselig, zeitraubend und unzuverlässig. Es soll damit gewiß kein Werturteil über diese bei den einzelnen Krankenkassen geleistete Arbeit ausgesprochen werden. Nicht nur das Unbefriedigende, sondern auch das Unzuverlässige ist eben mit der manuellen Methode verbunden, die in dem Suchen und Zusammenstellen, der Bearbeitung des Materials mit allen Rechenarbeiten, kurzum der geistesarmen und geisttötenden Kleinarbeit sich erschöpft. Und ist dann die Arbeit in dieser Weise durchgeführt, so muß man feststellen, daß gute Zeit und fleißige Arbeit umsonst vertan sind, weil die Zeitverhältnisse das Ergebnis überholt haben. Aus diesen Erfahrungen würde sich natürlich bei einer Ausdehnung und Erweiterung der Statistik, wie sie vom erhöhten Standpunkt des Sozialpolitikers gefordert werden muß, als selbstverständlich ergeben, daß ihre Erstellung nach der bisherigen Methode zu einem nicht mehr vertretbaren Aufwand an Arbeit und Zeit führen würde. Auch die aufgezeigten Mängel und Fehlerquellen würden ein nicht mehr übersehbares Ausmaß annehmen. So zwingt der notwendige starke Ausbau der Krankenkassenstatistik, sich auch für sie des modernen Hilfsmittels der statistischen Aufbereitung, des Lochkartenverfahrens, zu bedienen. Nur durch diese maschinelle Methode ist der Arbeitsanfall in den Fristen, die nun einmal einer der Praxis dienenden Statistik gestellt werden müssen, soll sie ihre Aktualität nicht verlieren, zu bewältigen. Mit ihr ist sichergestellt, daß jeder Anforderung und jeder Fragestellung, soweit sie die erfaßten Erhebungseinheiten zulassen, sicher, zuverlässig und schnell nachgekommen werden kann. Damit gewinnt auch in der Krankenversicherung allgemein eine Methode Anwendung, die nicht nur seit langem und sehr ausgedehnt in der gesamten Wirtschaft, in Verwaltungen und Betrieben auch der öffentlichen Hand ihre Vorteile und Unentbehrlichkeit unter Beweis stellte, sondern auch in den großen Sozialversicherungszweigen der Rentenversicherung und ebenso bei einzelnen größeren Krankenkassen immer weitere Verwendung findet.

Im Wesen des maschinellen Verfahrens liegt es aber, daß eine einzelne Krankenkasse, auch eine größere, nicht in der Lage ist, die notwendigen Maschinen ausreichend mit aufzubereitendem Material zu versorgen. Die Arbeitsleistung der Loch-, Sortier- und Tabelliermaschinen ist so groß, daß nur eine Vielzahl von Krankenkassen gemeinsam zu einer rationellen Ausnutzung der Maschineneinrichtung gelangen können.

So führt die Ausdehnung der Statistik und der dadurch notwendig gewordene Übergang zur maschinellen Aufbereitung und Auswertung zwingend zu einer Neuorganisation der Krankenkassenstatistik.

Wie schon anderweitig auf den Gebieten der Wirtschaft und Verwaltung, ist auch im Sozialversicherungszweig Krankenversicherung die Bildung regionaler statistischer Arbeitsgemeinschaften notwendig. Die Praxis hat bereits gezeigt, daß dies nicht Konstruktionen vom grünen Tisch sind, sondern daß sie sich überall da aus gemeinsamem Willen der Beteiligten ergeben, wo der Wille wach wurde, wirklich zweckentsprechende Statistiken zu erstellen, die in ihrer Bedeutung und Verwendbarkeit über die eigene Kasse hinausreichen sollen in das Gebiet einer umfassenden völkischen Gesundheitsbetreuung.

Wir haben heute bereits verschiedene solcher statistischer Arbeitsgemeinschaften in der Krankenversicherung. Es ist erfreulich, festzustellen, daß die Träger der Krankenversicherung die Nützlichkeit und Notwendigkeit dieser Arbeitsgemeinschaften sofort erkannten und bezirksweise geschlossen diese freiwillig schufen, in jeder Weise unterstützten und sich an ihrer Organisation in Form von Arbeitsausschüssen beteiligten. Damit ist klar herausgestellt, daß die Krankenversicherung in keiner Weise statistikfeindlich eingestellt ist. Wenn bislang die Aufstellung der verschiedenen, auch der vom Statistischen Reichsamt geforderten, Statistiken in mancher Weise unzulänglich war, so war dies in der manuellen Methode begründet. Wenn oft ein Mangel in Bezug auf Beteiligung und Inhalt an Sonderstatistiken festgestellt werden mußte, so lag dies an der richtigen Erkenntnis, daß diese Statistiken eben nur Teilergebnisse eines nicht geschlossenen Untersuchungsgebietes waren und sie deshalb keine allgemein gültigen Ergebnisse erbringen konnten. Aus diesem freiwilligen und einmütigen Entschluß von Ortskrankenkassen geschlossener größerer politischer Bezirke zur Bildung von Arbeitsgemeinschaften ergibt sich, daß die Leiter der Versicherungsträger mit wachen Sinnen mitten im neuen Zeitgeschehen stehen. In Erfüllung der neuzeitlichen Forderungen sind sie nicht statistikfeindlich, vielmehr aufgeschlossen für eine Statistik, die nach neuen Zielen strebt.

Das beweisen insbesondere die Leiter kleiner und mittlerer Krankenkassen, die sich in der Arbeitsgemeinschaft an der Erfassung aller Erhebungseinheiten beteiligen, obgleich sie sich bewußt sind, daß der geringe Zahlenanfall, der aus ihrem Arbeitsbezirk für die Statistik zusammengetragen wird, ihnen selbst nicht in jedem Falle brauchbare Ergebnisse bringt. Sie helfen aber zu ihrem Teil, die Statistik durch das Zusammentragen kleinerer Zahlengruppen zu vervollständigen, die ohne ihre wertvolle Hilfe Stückwerk bliebe. Da aber andererseits die für verbindlich erklärte Liste der Erhebungseinheiten alle versicherungsrechtlichen und kassenmäßigen Merkmale ausnahmslos aufweist, ist für

sie auch die Möglichkeit geschaffen, alle jene Kontrollzahlen aus der angewandten Statistik für die Lenkung ihrer Verwaltungsarbeit zu erhalten, die zu erstellen bislang nur größeren Kassen mit eigenen statistischen Fachabteilungen möglich war. Den kleineren und größeren Kassen gibt außerdem diese Gemeinschaftsarbeit die Möglichkeit, nur irgendwie gewünschte Sonderstatistiken zu erarbeiten, da praktisch alles in der Verwaltung anfallende wesentliche Zahlenmaterial als Urmaterial erfaßt wird. So vermag nunmehr auch bei kleinerem Mitgliederbestand, z. B. das Beitragsaufkommen zuverlässig nach jeder Richtung hin aufgeteilt und durchleuchtet zu werden, die Inanspruchnahme einzelner Beschäftigungsgruppen und Versichertenkreise ist festzustellen und jede andere Möglichkeit statistischer Erhebungen ist offen.

Auf der andern Seite wird den größeren Kassen mit dem Anschluß an die Arbeitsgemeinschaft keineswegs die eigene Initiative und die eigene Auswirkung statistischer Ideen eingeengt oder gar unterbunden; im Gegenteil, sie erhalten zunächst von der Arbeitsgemeinschaft Vergleichszahlen, die ihre eigenen statistischen Arbeiten ergänzen und dem allgemeinen Zahlenmaterial einordnen. Es leuchtet ein, daß eine wesentliche Umstellung in keinem Falle erforderlich ist, da die Erhebungseinheiten in der Krankenversicherung von vornherein gegeben sind. Unter dem Vorbehalt, daß die von der Gemeinschaft festgelegten Erhebungseinheiten anerkannt und in jedem Falle voll erfaßt werden, hat auch in der Arbeitsgemeinschaft die größere und große Kasse die Möglichkeit, die eigene Statistik auch im maschinellen Verfahren ganz oder teilweise selbst weiterzuführen und über die geforderten Unterlagen hinaus auszubauen. Dabei bleibt es selbstverständlich notwendig, daß von solchen Kassen die Endzahlen ihrer Ergebnisse vierteljährlich und jährlich der Arbeitsgemeinschaft in Form von Summenzahlen bekanntzugeben sind, um den Sinn der einheitlichen Statistik zu erfüllen.

Somit schließen die regionalen statistischen Arbeitsgemeinschaften in der Krankenversicherung das Band um alle Beteiligten, richten sie zwar einheitlich aus, lassen ihnen aber darüber hinaus in der Organisation ihrer Statistik in ihrer Anwendung innerhalb der eigenen Verwaltung volle Freiheit. Sie geben mit ihrer Forderung einheitlicher Ausrichtung und Erstellung einer Mindestzahl von Erhebungseinheiten die Gewähr, daß die bisherigen Einzelstatistiken auf einer höheren Ebene und unter allgemeineren Gesichtspunkten dem Gesamtwohl dienstbar gemacht werden können. Diese regionalen Arbeitsgemeinschaften, die notwendigerweise unter guter fachlicher Leitung stehen und über in der Krankenversicherung geschulte Mitarbeiter verfügen müssen, gewährleisten darüber hinaus gegenüber anderen möglichen Aufbereitungsstellen eine zuverlässige Erstellung der vielen Fachstatistiken.

Ist damit die bisherige nicht faßbare Zersplitterung der zahllosen statistischen Erhebungsstellen auf die Arbeitsgemeinschaften zurückgedrängt, so bleibt trotzdem oder gerade deswegen die Notwendigkeit bestehen, nunmehr diese in einer zentralen Lenkung zur letzten Einheit zusammenzufassen<sup>1</sup>. Nur durch sie wird die dauernde Sicherstellung einheitlicher Krankenkassenstatistiken gewährleistet sein. Dies ist umsomehr notwendig, als die festgesetzten Erhebungseinheiten für alle Kassen verpflichtend sind und sein müssen. Hier vermag letzten Endes nur die Autorität und Befehlsgewalt des Statistischen Reichsamtes örtliche und organisationsmäßige Eigenbrödeleien zu unterbinden und die einmal festgelegte statistische Planung für die Zukunft in ihrem Gerüst unverändert zu erhalten, um dadurch auf Jahrzehnte hinaus auch zeitlich vergleichbare Statistiken zu gewährleisten.

Dieses Festhalten an einer einmal vorgenommenen Planung schließt keineswegs die Möglichkeit aus, neuen Notwendigkeiten in der statistischen Erhebung Rechnung zu tragen. Im Gegenteil, unter der zentralen Lenkung wird der richtige Einbau neu zu erfassender Einheiten schon bei ihrer Festlegung Berücksichtigung finden. Die Verantwortlichkeit der zentralen Lenkung wird von vornherein unangemessene statistische Forderungen unterbinden. Ihre ständige Verbindung mit der Praxis, die sie in der Beobachtung der fachlich-regional gegliederten statistischen Arbeitsgemeinschaft hat, ist die Garantie für eine stets einfache Krankenkassenstatistik. Aus der praktischen Erfahrung wird die Erkenntnis wach gehalten, daß nur schwierig zu erfassende und abseits liegende Erhebungseinheiten eine geforderte Statistik nicht erweitern, sondern nur durch geringere Zuverlässigkeit entwerten.

Das Zusammenströmen des statistischen Materials aus den einzelnen statistischen Arbeitsgemeinschaften, die von dort kommenden Anfragen und Vorschläge, machen die Zentralstelle damit auch zur Sammel- und Austauschstelle aller Erfahrungen auf unserm statistischen Fachgebiete. Es ist grundsätzlich dabei gleichgültig, ob das Statistische Reichsamt diese Aufgabe selbst übernehmen will oder in zweckmäßiger Weise auf die eine oder andere schon bestehende Organisation der Krankenversicherung delegiert. In solcher Weise ist jedenfalls eine Jungerhaltung des statistischen Dienstes gesichert.

Daß die statistischen Arbeitsgemeinschaften in der Krankenversicherung gerade während des Krieges ihre Gründung und Ausdehnung fanden, beweist das starke statistische Denken in den Trägern und Verwaltungen der Krankenversicherung. Das ist Gewähr dafür, daß die statistischen Arbeitsgemeinschaften ihre Aufgaben jetzt und in der Zukunft erfüllen werden.

---

<sup>1</sup> Dr. FRITZ HUHLE: Die statistische Aufgabe in „Das Reich“ Nr. 8/1941.

## B. Aus der privaten Krankenversicherung.

### Entwicklung, Stand und Aufgabe der privaten Krankenversicherung.

Von

**Direktor August Schneider,**

Leiter der Abteilung Krankenversicherung der Wirtschaftsgruppe  
Lebens- und Krankenversicherung, Hamburg.

Will man sich ein Bild über die überaus schnelle Entwicklung der privaten Krankenversicherung zur heutigen Größe und Bedeutung machen, so muß man sich die nachfolgenden Zahlen vor Augen halten:

Jahr:	Versicherte:	Beitragsaufkommen:
1924	900 000	23,8 Mill. RM.
1932	4 750 000	227,5 Mill. RM.
1935	7 350 000	295,3 Mill. RM.
1939	8 500 000	372 Mill. RM.

Diese Zahlen beziehen sich auf die privaten und öffentlich-rechtlichen Träger der privaten Krankenversicherung. Die Zahl der Unternehmungen beträgt 834, von denen 8 in der Form der Aktiengesellschaft, 816 als Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit, darunter 541 Gesellschaften, die Zuschuß-Versicherung betreiben, und 10 als öffentlich-rechtliche Versicherungsanstalten arbeiten. Die Wohlfahrtseinrichtungen der Reichsbahn und der Reichspost sind nicht mitgezählt.<sup>1</sup>

Dr. RACKE gibt in seiner Schrift „Die volkswirtschaftliche Bedeutung der privaten Krankenversicherung“, Verlag Neumann Berlin 1939, bekannt, daß Anfang 1924 nur 6 Unternehmungen mit 43 444 Versicherten dem Reichsaufsichtsamt unterstanden. Es gab zwar damals schon weit mehr Gesellschaften und bereits rund 900 000 Versicherte. Nach der vom Reichsaufsichtsamt veröffentlichten Statistik

<sup>1</sup> „Die private Krankenversicherung 1939 in Zahlen“ von Dipl.-Volkswirt P. DONAY, „Neum. Zeitschr. f. Versicherungswesen“ Nr. 38 vom 18. 9. 1940.

unterstanden im Jahre 1938 der Reichsaufsicht 292 Gesellschaften, darunter 40 mit einer Prämieinnahme von über je 1 Million RM. Diese Zahlen zeigen die gewaltige Steigerung der Bestände und des Beitragsaufkommens. Eine nie geahnte oder vorausgesagte Entwicklung — wer hätte eine Prognose stellen können — hat seit dem Jahre 1924 eingesetzt. Diese in keiner anderen Sparte so schnell erfolgte Entwicklung ist ein Beweis für das vorhandene Versicherungsbedürfnis, das auch den heute noch ablehnenden Kritikern der PKV. zu denken geben muß.

Bei nicht vorhandenem Versicherungsbedürfnis hätte niemals das Rühren der Werbetrommel allein Veranlasserin zum Versichern sein können. Nicht die lauteste Reklame wäre in der Lage gewesen, tausende, hunderttausende, ja Millionen Menschen in Vereinen und Gesellschaften zu Versicherungsgemeinschaften zusammenzuführen, wenn nicht der Wille der Menschen, in diesen Gemeinschaften Schutz zu suchen, Antrieb gewesen wäre. Daß die Nachinflationszeit besondere Anregungen zum Versichern gab, ist erklärlich und oft genug herausgestellt worden. Dennoch war die damalige Zeit der Verarmung des deutschen Volkes nicht allein Anstoß für viele, eine Krankenversicherung abzuschließen. Ein Bedürfnis, Versicherungsschutz für den Fall einer Krankheit zu suchen, war und ist vorhanden, und zwar ein echtes Bedürfnis, wie dies die Zugänge in den späteren Jahren über die Zeit der großen Arbeitslosigkeit und der politischen Hoffnungslosigkeit hinaus, insbesondere in der Zeit während und nach der Machtübernahme durch den Nationalsozialismus, veranschaulichen.

Die PKV. hat es wirklich nicht leicht gehabt, sich durchzusetzen und sich eine — ich darf wohl sagen — achtungsgebietende Stellung in der deutschen Versicherungswirtschaft zu verschaffen. Aus der Zahl der Widersacher braucht man nur ERWIN LIEK herauszugreifen, der auf Seite 72 seines 1926 erschienenen Buches „Der Arzt und seine Sendung“ die Mittelstands- und Beamten-Krankenkassen als ein nationales Unglück und eine schwere Bedrohung bisher leidlich gesunder Kreise bezeichnete. Wenn auch aus diesem Buche eine andere politische Zeit, die Zeit des Marxismus, zu uns spricht und seine Auffassung durch die von ihm so bekämpfte Bürokratie der Sozialversicherung bedingt sein mochte — auch LIEK konnte ja nicht umhin, die positive Seite der Krankenversicherung trotz seiner herben Kritik anzuerkennen (ERWIN LIEK „Die Schäden der sozialen Versicherungen“ Seite 15, wo er schreibt: „Die treffliche Versorgung des einzelnen Versicherten kommt nicht nur diesem, sondern mittelbar dem ganzen Volk zugute“) — so erregte sein Buch doch Aufsehen, insbesondere innerhalb der Ärzteschaft, die zu einem großen Teile bis vor noch nicht allzu ferner Zeit die PKV. ablehnte, oder sich doch recht abwartend verhielt.

Auch in der Versicherungswirtschaft hat man die PKV. zu Anfang etwas mitleidig betrachtet. Die übrige Versicherungswelt wußte nicht recht, was sie mit ihr anfangen, wie sie sie eingruppieren sollte, welche Stellung man ihr gegenüber einzunehmen habe. Man betrachtete sie geringschätzig, ganz abgesehen von der Krise — es sei nur an den Zusammenbruch der ersten größeren Gesellschaft, die Selbsthilfe, erinnert — die nach dem schnellen Anwachsen einsetzte und wo man glaubte, von der PKV. abrücken zu müssen.

Nicht alle Wünsche und Hoffnungen der Versicherten konnten erfüllt werden. Hie und da wurde Unzufriedenheit festgestellt, Mißbehagen trat ein und so gab es Auseinandersetzungen, die selbstverständlich unangenehm empfunden wurden. Trotzdem ging die Aufwärtsbewegung dieser im Verhältnis zu der abgeklärten Lebens- oder der Sachversicherung unruhigen Krankenversicherung stetig weiter. 1931 hatte sie sich mit einer Prämieinnahme von 310 Millionen RM. in der Reihe der Versicherungssparten an die zweite Stelle, also hinter die Lebensversicherung, gesetzt; eine beachtliche Stellung, die allgemeine Anerkennung forderte, war erreicht.

Während so von außen gesehen die PKV. trotz aller Widerstände ihren Weg ging, wurde wenig sichtbar für die Außenwelt unaufhaltsam an dem Ausbau des Versicherungsschutzes gearbeitet. Die Gesellschaften fanden dauernde Anregungen durch den starken, oft hemmungslosen Wettbewerb und durch das Wirken der Fachverbände, die zu ordnen versuchten. Auf dem Gebiet der Gestaltung des Versicherungsschutzes ist mit der Zeit eine anerkennenswerte Arbeit geleistet worden. Einen Einblick geben die Schriften „Neun Jahre Verband privater Krankenversicherungsunternehmen Deutschlands, Sitz Leipzig e. V.“ von Dr. MAX TEICHMANN vom April 1935 und „Die volkswirtschaftliche Bedeutung der privaten Krankenversicherung“ von Dr. JOSEF RACKE, Dipl.-Volkswirt, Berlin 1938.

Die Vielfältigkeit, aber auch die Zwiespältigkeit der Versicherungsbedingungen — schreibt Dr. TEICHMANN — sowie der Wille zu ordnen, veranlaßte die Fachverbände, Musterversicherungsbedingungen zu schaffen. Die Fülle der Probleme, die zwangsläufig mangels ausreichender Erfahrungen immer wieder auftauchten und noch auftreten — man darf nicht vergessen, daß die äußere Entwicklung der PKV. im Gegensatz zu den anderen Sparten sich in einer unverhältnismäßig kurzen Zeit vollzog — zwang zu einer dauernden und noch längst nicht zum Abschluß gelangten eingehenden Arbeit an der Fortgestaltung und Formung der PKV. So wurden denn auch in den Fachverbänden, in der Fachgruppe Private Krankenversicherung und heute in der Wirtschaftsgruppe Lebens- und Krankenversicherung, Abt. Krankenversicherung, bzw. in den Ausschüssen der vorgenannten, alle Fragen,

die eine Behandlung verlangten, erörtert. Um die Vielgestaltigkeit aufzuzeigen, erinnere ich nur an folgende Probleme:

- Der Krankheitsbegriff
- der Krankheitsbeginn,
- die Einrede des alten Leidens,
- die Leistungsausschlüsse und Leistungsbeschränkungen,
- das Kündigungsrecht des Versicherers,
- die Wartezeiten,
- die Form der Gewährung von Versicherungsleistungen (prozentuale oder volle Erstattung bis zu Höchstsätzen)
- die Leistungsdauer — Aussteuerung,
- die Geburtshilfe,
- der Bagatellschaden — Selbstbeteiligung oder Prämienrückgewähr,
- die Gewinnbeteiligung,
- die vorbeugende Gesundheitsfürsorge,
- das Verhältnis zu der Ärzteschaft — Heilpraktikern,
- der Wettbewerb,
- die Rechnungslegung und die Rücklagepolitik,
- die Steuerfrage,
- die Schaffung einheitlicher statistischer Unterlagen,
- das Unkostenproblem

und nicht zu vergessen

- die in vielen Ausschußsitzungen der Akademie für Deutsches Recht geleistete Arbeit zum Einbau der privaten Krankenversicherung in das Versicherungsvertragsgesetz.

Ich darf diese Gelegenheit benutzen, den Herren, die im Ausschuß für Versicherungsrecht der Akademie für Deutsches Recht an dieser infolge der Eigenart der PKV. außerordentlich schwierigen Frage in so verständnisvoller Weise mitgearbeitet haben, den Dank der gesamten Krankenversicherung auszusprechen.

Die Aufzählung dieser vielseitigen Fragen läßt die gewaltige Arbeit vermuten, die zu ihrer Behandlung notwendig war. Hier haben die leitenden Männer der verschiedenen Gesellschaften zusammengearbeitet; der Jurist mit seiner kritischen Betrachtungsweise, der Mathematiker mit der Absicht, genaue Berechnungen aufzustellen, umzuformen und neuzugestalten, der Volkswirt, der Kaufmann, der Beamte, der Handwerker usw., wobei heute und auch in der Zukunft niemals vergessen werden darf, daß die PKV. ihre Entstehung nicht dem Juristen, dem Mathematiker oder den zünftigen Versicherungsfachleuten verdankt, daß diese vielmehr erst später, wie die Geschichte der Gesellschaften beweist, auftraten. Konnte sich der Gestaltungswille des einzelnen dieser verantwortlichen und führenden Personen bei seiner Gesellschaft auswirken, so war es für die Leiter der Verbände und deren Nachfolger sicher nicht immer leicht, die Meinungen und Anschauungen auf einer Linie zu vereinen. Die Tarife und Bedingungen der Gesellschaften

in ihrer Vielgestaltigkeit und dem unterschiedlichen Aufbau legen Zeugnis hiervon ab.

Die Vielzahl der Probleme deutet darauf hin, wie schwierig die PKV. ist. Sie ist aus diesem Grunde nicht nur seit ihrem Wirken der lebendigste Versicherungszweig, sondern wird dies auch in der Zukunft bleiben. Hierfür wird schon allein die Fortentwicklung und der stetige Wandel in der Heilkunde sorgen. Im Geschäftsbericht 1939 des Deutscher Ring Krankenversicherung Verein auf Gegenseitigkeit heißt es:

„Die Krankenversicherung hat eine hohe Aufgabe, Sie soll die Gesundheit des Volkes erhalten, den Versicherten eine sichere Hilfe im Krankheitsfall sein, Krankheitskosten ersetzen oder durch die Kostentragung leichter machen, den Erkrankten die Möglichkeit geben, den Heilungsverlauf zu beschleunigen und Notzustände infolge Krankheit verhindern. Sie soll sich aber auch auf dem Gebiete der vorbeugenden Gesundheitspflege betätigen, Gesundheitsfürsorge betreiben durch Unterstützung all der Einrichtungen und Maßnahmen, die geeignet sind, Krankheiten zu verhüten und einen gesunden Nachwuchs heranwachsen zu lassen.“

Die der Krankenversicherung gestellte Aufgabe unterscheidet sich wesentlich von der anderer Versicherungsarten. Die Krankenversicherung versichert Personen, den Menschen, sie betreut ihn unter Umständen von der Wiege bis zum Grabe und kann ihm somit während des ganzen Lebens Weggenosse sein. So ist die Krankenversicherung echte Gemeinschaft, auf dem Gedanken der Brüderlichkeit, der Kameradschaft und der gegenseitigen Hilfe aufgebaut. Sie kann nicht nur nach versicherungswissenschaftlichen Grundsätzen betrieben werden, sondern muß oft vor den rechnenden Verstand das Herz treten lassen. Daher muß auch der Krankenversicherer von der Idee der Gemeinschaft beherrscht sein. Er hat in seinem Wirken das Volksganze zu sehen und kann sich nicht immer und in jedem Falle nur auf die Vereinbarung, auf den Vertrag mit den Versicherten berufen, sondern er wird oft sein soziales Empfinden sprechen lassen müssen.

Gerade diese Dinge unterscheiden die PKV. grundsätzlich von den anderen Versicherungssparten. Während es z. B. die Lebensversicherung, die Feuerversicherung usw. immer nur mit dem objektiv feststellbaren Versicherungsfall zu tun haben, ist die PKV. in Erfüllung ihrer volksgesundheitlichen Aufgabe gezwungen, schon dann helfend einzugreifen, wenn versicherungsrechtlich gesehen der Versicherungsfall noch nicht gegeben, sondern die drohende Gesundheitsgefährdung eingetreten ist. erinnert sei nur an die prophylaktischen Gesundheitsmaßnahmen, wie Verschiebung von Mutter und Kind, Schwangerenfürsorge, Erkennung und Beseitigung drohender Gesundheitsschäden usf. Dr. BALZER sagt in seiner „Krankenversicherungsfibel“ Seite 13:

„Die private Krankenversicherung ist also nicht nur von erheblicher Bedeutung für den einzelnen, sondern auch für den Staat. Sie hilft ersterem, seine wirtschaft-

lichen Verhältnisse sichern, sowie seine Gesundheit und Arbeitskraft erhalten, und sie gewährleistet letzterem eine gesunde arbeitsfähige Volksgemeinschaft. Arbeit für die private Krankenversicherung ist daher auch Dienst am Volke.“

Natürlich kann man jede Art der Versicherung bejahen oder ablehnen. Dies gilt auch für die private Krankenversicherung. Sie hat ihre Stärke und auch ihre Schwäche. Wie stark sie ist, zeigt Dr. HEYN in seinem Buche „Die deutsche private Krankenversicherung im Kriege“. In dieser Darstellung ist eine Leistungsbereitschaft und auch eine Leistungsfähigkeit zu erkennen, die in der gesamten Versicherungswirtschaft ihr Beispiel sucht. Nicht allein, daß die private Krankenversicherung vor Ausbruch des Krieges ohne jeden Zwang von außen her dauernd an der Erweiterung des Versicherungsschutzes gearbeitet und eine große Reihe von Leistungsverbesserungen vorgenommen hat — sei es auf dem Gebiet der Geburtshilfe, der Maßnahmen zur Unterstützung der Bevölkerungspolitik oder sei es auf dem Gebiet der vorbeugenden Gesundheitsfürsorge — sondern sie hat, wie in dem HEYN'schen Buch nachgewiesen wird, in dem ihr gesetzten Rahmen zur Kriegsbereitschaft des deutschen Volkes in einem Umfange beigetragen, der von keiner anderen Sparte erreicht, noch überboten wird. Sie hat nicht allein die Anrechte des Einberufenen an seine Versicherung bis Kriegsende beitragsfrei ruhen lassen, sondern sie gewährt dazu den Angehörigen bei Kriegstod ein Sterbegeld in voller Höhe. Auch hat sie die Familienversicherungen der Einberufenen aufrechterhalten, und wird bei Wiedereinkraftsetzung der ruhenden Versicherung des Einberufenen für etwaige Kriegskrankheiten Heilungskostenersatz leisten, soweit eine Kostenübernahme durch das Reich nicht erfolgt.

Die PKV. hat auch ihre Mängel. Diese offenbaren sich in den Beschwerden und in der Kritik. Bei der großen Zahl der zu erledigenden Versicherungsfälle treten sie naturgemäß mehr in Erscheinung als bei einer anderen Versicherungsart. Die Fachgruppe berichtet in der Schrift „Die private Krankenversicherung — ihre Entwicklung, Aufgabe und künftige Gestaltung“ Berlin 1938, daß bei den 40 Unternehmungen, die 80,5% des Versichertenbestandes der Mitgliedsunternehmungen der Fachgruppe Private Krankenversicherung erfassen, im Jahre 1937 rund 9 Millionen Leistungsfälle gezählt wurden. Es kam zu 556 Prozessen mit den Versicherten, d. h., auf 16 200 Leistungsfälle kam ein Fall, der zur gerichtlichen Auseinandersetzung führte. 133 dieser Fälle wurden zugunsten der Versicherungsnehmer, 346 zugunsten der Gesellschaften entschieden und 77 endeten mit einem Vergleich. Diese im Verhältnis zu der gewaltigen Summe der zur Erledigung gelangten Versicherungsfälle unscheinbar geringe Zahl der rechtshängig gemachten Fälle, die dazu noch im überwiegenden Umfange zugunsten der Unternehmen entschieden wurden, sind ein Beweis dafür, daß nicht jede

Kritik an der PKV. berechtigt ist. Sie sind weiterhin aber auch ein Beweis dafür, daß ganz allgemein innerhalb der Unternehmen der Wille vorherrscht, ausgleichend zu wirken, Streitigkeiten nach Möglichkeit zu vermeiden und die berechtigten Wünsche der Versicherten über den toten Buchstaben der Versicherungsbedingungen hinaus in sinnvoller und lebensnaher Auslegung zu befriedigen.

Das Reichsaufsichtsamt zählte im Jahre 1936 3 700 Beschwerdefälle. Diesen Beschwerdefällen werden rund 10 Millionen Leistungsfälle gegenüberstehen, da das Amt mehr Unternehmungen als die vorerwähnten 40 beaufsichtigt. Auch diese Zahl kann nicht als bedeutungsvoll angesehen werden. Es handelt sich meist um Einzelfälle, die im Verhältnis zur Gesamtzahl der Versicherten als sehr gering einzuschätzen ist. Sie werden sich in der Mehrzahl auf den Einwand des alten Leidens, auf unrichtige Angaben im Aufnahmeantrag und die Verschweigung von früheren Krankheiten beziehen.

Dennoch soll und kann nicht behauptet werden, daß die PKV. nicht verbesserungsfähig wäre. Viele Probleme sind noch nicht gelöst. Manches ist noch sowohl hinsichtlich der Tarifgestaltung, als auch der Gestaltung der Versicherungsbedingungen zu tun. Soweit die vielen berufenen und auch ungerufenen Kritiker in der Lage sind, positive und nicht allein negierende Vorschläge zu machen, werden sie dankbar begrüßt.

Einer der Hauptangriffspunkte — das „Alte Leiden“ — mit dem sich Fach- und Tagespresse seit Jahren beschäftigt haben, wurde in letzter Zeit von einigen Gesellschaften bereits in zufriedenstellender Weise beseitigt. Nachdem auch die übrigen Gesellschaften in ähnlicher Weise gefolgt sind oder zur Folge gezwungen werden, dürfte der Streit um das „Alte Leiden“ der öffentlichen Kritik entzogen sein. Ein Wunschbild wird es allerdings immer bleiben, die im Falle einer Krankheit entstehenden Kosten voll zu decken, zumal einmal die private Krankenversicherung im Gegensatz zur gesetzlichen Krankenversicherung keinen Einfluß auf die Kostenhöhe hat, zum anderen die Unterversicherung vielfach einen ausreichenden Versicherungsschutz im Einzelfalle unmöglich macht. Hinsichtlich der zeitlichen oder summenmäßigen Begrenzung der Leistungspflicht, d. h. also hinsichtlich der Aussteuerung, muß das Ziel der Zukunft sein, auf deren volle Beseitigung hinzuarbeiten.

Auch das Kündigungsrecht des Versicherers, das bei den Vereinen auf Gegenseitigkeit ursprünglich unbekannt war und von einigen wenigen erst nach dem Vorbild der Aktiengesellschaften übernommen wurde, entspricht nicht dem Wesen und der Aufgabe der privaten Krankenversicherung. Mindestens ist es unsozial, dann einen Vertrag zu kündigen — was auch bestritten wird — wenn der Versicherte durch

Eintritt einer in der Zukunft umfangreiche Heilungskosten verursachenden Krankheit ein ungünstiges Versicherungswagnis geworden ist.

Ebenso widerspricht es den Aufgaben der PKV., bei Geschlechtskrankheiten, Gemütskrankheiten, Tuberkulose, Parodontose, Krebs, bei aktiver Teilnahme an Wettkämpfen oder Teilnahme an sportlichen Veranstaltungen, bei Benutzung von Kraftfahrzeugen usw., die Leistungspflicht auszuschließen oder zu beschränken.

Es ist nur zu verständlich, daß hier die Kritiker ansetzen und Vorwürfe über einen unzureichenden Versicherungsschutz machen. Daher wird eine der dringlichsten Aufgaben sein, die von der früheren Fachgruppe aufgestellten Richtlinien über einen Mindestversicherungsschutz weiter zu bearbeiten und — was auch bereits geschieht — zu vervollkommen. Zweck dieser Richtlinien soll sein, eine untere Grenze der Versicherungsleistungen für alle Unternehmungen festzulegen. Hierdurch soll den Klagen begegnet werden, daß die Leistungen der PKV. unzureichend sind.

Es muß betont werden, daß die Fertigstellung der Bestimmungen über den Mindestversicherungsschutz durch die in Aussicht stehende gesetzliche Regelung der PKV. hinausgezögert ist.

Über die Aufgaben der PKV. im Kriege wurde bereits berichtet und diese im einzelnen dargelegt. Nach Beendigung des Krieges wird die PKV. vor neuen Aufgaben stehen. Es wird alsdann nach dem z. Zt. feststellbaren Absinken mit einer Steigerung der Versicherungsleistungen zu rechnen sein. Wenn auch der Gesundheitszustand seit Kriegsbeginn — daran ändern auch die Erkältungskrankheiten dieses Winters nicht viel — ein guter gewesen ist, so ist doch bei Kriegsausgang mit einer größeren Inanspruchnahme der Krankenversicherung schlechthin zu rechnen. Nach Rückkehr der einberufenen Ärzte und der Beseitigung der z. Zt. dadurch eingeschränkten ärztlichen Versorgung muß mit einer Steigerung der Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe gerechnet werden. Auch bei den von der Wehrmacht Entlassenen, insbesondere bei den älteren Jahrgängen, werden — so kann man annehmen — Gesundheitsstörungen auftreten, die der ärztlichen Behandlung bedürfen, die nicht als Kriegsdienstbeschädigung und somit als vom Reich versorgungsberechtigt anzusehen sind, sodaß die Schadenquote zum mindesten den normalen Vorkriegsstand wieder erreichen wird.

Aus meinen bisherigen Darlegungen geht schon hervor, daß die alles beherrschende Idee des Nationalsozialismus der PKV. eine Aufgabe zuweist, die mehr noch als bisher die sozialen Gesichtspunkte in den Vordergrund stellt, einer Aufgabe, der sich die PKV. nicht entziehen kann und auch nicht entziehen will. Wenn also auch für jeden Einsichtigen das Marschziel klar vorgezeichnet ist, so muß doch ausgesprochen werden, daß der Weg, der zu gehen ist, noch keineswegs ein-

heitlich festgelegt ist. So zeichnen sich für den Kenner zwei Strömungen innerhalb der PKV. ab, die miteinander ringen.

Die eine Auffassung, die vorwiegend von den Kreisen der Gegenseitigkeitsvereine vertreten wird, will den Versicherungsschutz unter Ablehnung einer allzugroßen Unterordnung unter eine dominierende Versicherungsmathematik und unter Beseitigung vieler Einschränkungen und Einengungen so weitgehend wie möglich gestalten, wenn sie auch zugibt, daß die Rechnungsgrundlagen noch nicht den notwendigen Anforderungen entsprechen.

Dieser bewußt nur in groben Zügen skizzierten Auffassung stehen nun die Verfechter einer Ansicht gegenüber, die bei allen ihren Überlegungen immer nur von dem vermeintlichen Primat der Versicherungsmathematik ausgehen. Diesen Nurmathematikern sei jedoch gesagt, daß die Mathematik wohl eine wertvolle Helferin ist, jedoch niemals in der Krankenversicherung allein ausschlaggebend sein kann. Hier in der Krankenversicherung ist eben nicht alles ein Rechenexempel. Es sei auch daran erinnert, daß von Kaufleuten gegründete und geleitete Krankenversicherungsunternehmen zu Blüte und Ansehen geführt wurden, segensreich für ihre Versicherten arbeiten und wirtschaftlich und finanziell in jeder Beziehung gut fundiert sind, ohne daß zum Schaden des gerechten Ausgleichs zwischen Beiträgen und Leistungen mit mathematischen Formeln gearbeitet wurde. Das soll keineswegs gegen die Mathematiker und ihre Wissenschaft sprechen, auch nicht besagen, daß sich die Schaffung ausreichender Statistiken erübrige oder eine versich.-mathem. Ordnung notwendig sei.

Erschwert wird z. Zt. die Situation durch Dinge, die sich zwar noch außerhalb der PKV. abspielen, deren Auswirkungen in der Zukunft für sie jedoch sehr einschneidend sein werden. Der Reichsarbeitsminister hat sich nach einer Zeitungsnotiz Ende Dezember 1940 dahin geäußert, daß es in Anbetracht der hervorragenden Bedeutung der Krankenversicherung für die Volksgesundheit notwendig sei, der Frage näherzutreten, ob nicht die Versicherungspflicht erheblich über die bisherigen Grenzen ausgedehnt werden müsse. Zunächst wurde die Versicherungspflichtgrenze für die Ostmark und das Sudetenland ab 1. März 1941 auf RM. 7 200.— festgesetzt, nachdem durch die Einführung des Reichsrechts am 22. Dezember 1938 die Grenze wie im Altreich auf RM. 3 600.— festgelegt worden war. Aus dem Kommentar zu dieser Bekanntmachung geht hervor, daß die Anordnung zu gegebener Zeit auf das gesamte Reichsgebiet Anwendung finden wird. Darüber hinaus ist aus gewissen Andeutungen zu schließen, daß auch die Frage erörtert worden ist, ob es nicht zweckmäßig sei, weitere Berufsgruppen in die gesetzliche Krankenversicherung einzubeziehen. Daneben treten die Pläne des Reichsorganisationsleiters Dr. Ley mit

seinem Gesundheitswerk, über dessen mögliche Auswirkungen für die PKV. ich noch sprechen werde, in den Vordergrund. Mit diesen von politischen Erwägungen ausgehenden Maßnahmen wird sich die PKV. zur gegebenen Zeit zu beschäftigen haben. Ich darf aber heute schon folgendes sagen:

Nach Zeitungsmeldungen sprach der Reichsorganisationsleiter Dr. Ley gelegentlich eines Presseempfanges im Rahmen der Reichsmesse Leipzig über deutsche Leistungen durch eine vernünftige und gesunde Sozialpolitik. Er kennzeichnete die soziale Marschrichtung der Zukunft. — „Unser erstes Streben ist es,“ sagte Dr. Ley, „den Leistungswillen und das Können des einzelnen Menschen und damit der Gesamtheit zu stärken. Jeder deutsche Mensch soll den gerechten Anteil an seiner Arbeit haben. Berufliche Bildung und fachliches Können werden höchste Leistungen hervorbringen. Sozialismus und Leistungssteigerung gehören zusammen. Ohne Sozialismus wird ein Betrieb wirtschaftlich nicht auf die Höhe zu bringen sein; andererseits kann ein Betrieb, der wirtschaftlich nicht auf der Höhe ist, keine sozialistischen Forderungen erfüllen. Beides gehört zusammen. Das wertvollste Kapital in einem Betrieb sind die Menschen und nicht die Maschinen oder das Bankguthaben. Daher wird die neue Sozialordnung geschaffen.“

Dieses große neue Sozialwerk besteht nach Dr. Ley aus fünf Untergruppen:

1. Altersversorgung,
2. Gesundheitswerk mit dem gesamten Erholungswerk des Deutschen Volkes,
3. Sozialer Wohnungsbau,
4. Berufserziehungswerk,
5. Reichslohnordnung.

In einem Aufsatz im „Angriff“ vom 21. 2. 1941 brachte Dr. Ley folgendes zum Ausdruck:

„Die kommende Altersversorgung ist keine Reform der Rentenversicherung, sondern eine revolutionäre Neuschaffung!“

„Das Versorgungswerk wird alle Volksgenossen umfassen, gleichgültig, welchen Beruf sie zufällig ausgeübt haben.

„Versicherte und Nichtversicherte stehen vom Tage der Einführung des Versorgungswerkes an gleich.“

Man kann aus diesen Sätzen folgern, daß auch das Gesundheitswerk weit über den Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung hinausgeht, soweit die Berufsstände in Frage kommen. Auch hier wird von einer revolutionären Neuschaffung zu sprechen sein. Wie das Gesundheitswerk gestaltet wird, ist noch unbekannt. Sicher wird diese Neuschaffung aber weder die gesetzliche, noch die private Krankenversicherung unbehelligt lassen. Daher sind auch Erörterungen darüber, wie man der Neuordnung ausweichen könnte, — es wurde sehr oft in der letzten Zeit und betont auf einen berufsständigen Aufbau der

Krankenversicherung oder aber auch auf den Aufbau der Sozialversicherung in der Ostmark als Vorbild hingewiesen — nutzlos. Solche Erörterungen führen in die Irre. Das Gesundheitswerk wird — das kann man wohl aussprechen — über die Versicherung hinauswachsen. Hier scheidet der Versicherungsgedanke aus, hier geht es nicht um Versicherung, sondern um die Betreuung der schaffenden deutschen Menschen, ganz allgemein um deren Gesunderhaltung und schließlich auch um die Versorgung im Krankheitsfalle.

Welche Berufe von dem Gesundheitswerk nicht erfaßt werden, ist ebenso unbekannt, wie die Frage offen ist, wo die Einkommensgrenze der Einbezogenen liegt. Der Reichsorganisationsleiter hat in Wien von einem Einkommen von RM. 400.— als Grenze gesprochen. Es ist anzunehmen, daß der Kreis der Einzubeziehenden weit gezogen wird, sodaß für die private Krankenversicherung Abgänge zu erwarten sind. Damit hat sich die private Krankenversicherung abzufinden. Es geht nicht um die Interessen der Versicherung, sondern um den deutschen Menschen und um die Zukunft des deutschen Volkes.

Trotzdem kann die private Krankenversicherung hoffnungsfreudig sein. Sie wird auch künftig noch ihre Aufgaben haben. Wir werden aber zusammenrücken müssen. In meinem Aufsatz „Aufgaben der privaten Krankenversicherung“, der Ende 1940 in der „Deutschen Volkswirtschaft“ veröffentlicht wurde, habe ich bereits darauf hingewiesen, daß eine Konzentration notwendig ist.

Es wurde bereits erwähnt, daß wir 834 Unternehmungen innerhalb der PKV. zählen. Von dieser großen Zahl weisen nur 46 Unternehmungen ein Beitragsaufkommen von über 1 Million RM. im Jahre aus. Damit dürfte es m. E. genug sein. Ein Zusammenrücken auf etwa 50 Gesellschaften würde die Zusammenarbeit innerhalb der Wirtschaftsgruppe erleichtern, dem Reichsaufsichtsamt für Privatversicherung die Möglichkeit einer besseren Übersicht gestatten, viel Arbeit ersparen, und es würden auch Arbeitskräfte für andere notwendige Arbeiten im Volksinteresse frei werden.

Die Pläne des Reichsorganisationsleiters Dr. Ley sind im einzelnen noch nicht bekannt. Ohne sie zu kennen — abgesehen von den bisherigen Veröffentlichungen — kann aber jetzt schon folgendes festgestellt werden:

Die private Krankenversicherung wird ihre Werbung in der Zukunft vornehmlich auf die Bevölkerungsschichten zu lenken haben, die nicht in das Volksgesundheitswerk einbezogen werden. Das sind also die Mehrverdienenden. Es handelt sich hier um den Kreis derjenigen, von dem wohl ein Teil versichert ist, der andere Teil aber außerhalb der Krankenversicherung blieb. Man hat sich wohl, aber nicht mit Nachdruck, um ihn beworben. Man fürchtete die größeren Ansprüche und

befürchtete, daß die Tarife bei höheren Bedürfnissen nicht ausreichen und es bei mangelnder Leistung zu Auseinandersetzungen kommen würde. In Zukunft wird es aber um diesen Kreis und um diejenigen, die sich bisher aus irgendwelchen Gründen der PKV. gegenüber ablehnend verhalten haben, gehen. Wenn die PKV. die Tarife und Versicherungsbedingungen auf einen neuen Stand gebracht hat, wenn der Mindestversicherungsschutz festgelegt und nebenbei das Recht der PKV. im Versicherungsvertragsgesetz verankert ist, so kann die Hoffnung ausgesprochen werden, daß in jenen bisher ablehnenden Kreisen ein größeres Interesse geweckt wird. Voraussetzung ist, daß die Tarife auf eine neue Grundlage gestellt und eine Ausweitung der Leistungen herbeigeführt wird, damit die in diesen Berufsgruppen und Volksschichten gegebenen besonderen Bedürfnisse befriedigt werden können. Dabei wird es geradezu ein Erfordernis sein, sich bei Umstellung der Tarife auf wirtschaftlich Bessergestellte mit dem Problem der Beseitigung der Bagatellschäden eingehend zu beschäftigen. Weiter wäre zu prüfen, und zwar nach Bekanntmachung der Pläne von Dr. Ley, inwieweit Zuschußtarife für die in das Gesundheitswerk Einbezogenen geschaffen werden können.

Eine Ursache zum Verzagen liegt auch bei dieser Situation nicht vor. Die PKV. wird Neuland ausfindig machen müssen. Sie wird ihre Werbung durch neuzeitliche Werbemethoden zu unterstützen haben, die vor allem mehr als bisher noch in Schrift und Bild, in Film und Rundfunk auf die Notwendigkeit eines Versicherungsschutzes für den Fall der Krankheit hinweisen. Die oft gehörte Auffassung, für den wirtschaftlich Bessergestellten sei der Abschluß einer privaten Krankenversicherung nicht erforderlich, ist abwegig. Richtig ist zwar, daß der Bessergestellte keines Versicherungsschutzes bedarf, wenn es sich um die Zufälligkeiten und Alltäglichkeiten des Lebens handelt. Tritt jedoch ein ernsterer Krankheitsfall ein, zu dessen Behebung in größerem Umfange Heilungskosten notwendig werden, so wird unter Berücksichtigung der gesteigerten Lebenshaltung auch der Bessergestellte von solchen Schicksalsschlägen so hart betroffen, daß seine wirtschaftliche Existenzgrundlage erschüttert werden kann. Darüber hinaus hat gerade der wirtschaftlich Bessergestellte, der sein höheres Einkommen im allgemeinen seiner gesteigerten Leistung für das Volksganze verdankt, in weit größerem Umfange die Pflicht, seine Gesundheit im Interesse der Volksgemeinschaft zu erhalten und bei Eintritt einer Krankheit diese schnell und gründlich zu beseitigen, damit seine Leistungs- und Arbeitsfähigkeit der Volkswirtschaft wieder zugeführt wird. Hierbei kann ihm trotz seines gesteigerten Einkommens die private Krankenversicherung in einem Umfange Helferin sein, die es auch diesen Kreisen zur Pflicht macht, für den Fall der Krankheit Vorsorge zu treffen.

Die Werbung und ihre Methoden werden in der Zukunft eine ganz besonders kritische Betrachtung erfordern. Daß jede unwahre Reklame und jede gegen die Grundsätze eines anständigen Wettbewerbs verstoßende Werbung mit allen Mitteln wie bisher auch in der Zukunft unterbunden werden muß, bedarf an dieser Stelle keiner besonderen Erörterung. Jedoch muß erwähnt werden, daß jede unklare und zu Mißverständnissen führende Reklame und Werbemethoden, die im Gegensatz zur verpflichtenden Gemeinschaftsidee stehen, das Beschäftigen von schlecht beleumundeten Personen, das Werben um jeden Preis, vor allem aber das geschäftsmäßige Werben durch Werbekolonnen in Zukunft mehr noch als bisher zu unterbleiben hat. Wahrheit und Klarheit sind die Grundprinzipien, die im Vordergrund jeder Werbung zu stehen haben.

Ich bin überzeugt, daß der PKV. in der Zukunft auch nach Einführung des Gesundheitswerkes für das deutsche Volk im neuen Großdeutschland wichtige Aufgaben vorbehalten bleiben. Die PKV. hat sich, und das darf sie mit Berechtigung behaupten, im Kriege bewährt. Es darf daher gefolgert werden, daß der Krankenversicherer auch in der künftigen Friedenszeit zum Wohle des deutschen Volkes gestalten und arbeiten darf.

## Die Mathematik in der privaten Krankenversicherung.

Von

Regierungsrat a. D. Direktor Horst Kadatz,

MDAV — Leipzig.

In der Geschichte der privaten Krankenversicherung lassen sich zwei Entwicklungsabschnitte unterscheiden, für die der Wendepunkt etwa am Ende der Inflation im Jahre 1923 liegt. Vor dem Weltkrieg 1914/18 wurde die private Krankenversicherung fast ausschließlich in Form der Krankentagegeldversicherung betrieben, während nach der Inflation, etwa von 1923 an, die Krankheitskostenversicherung zur Entwicklung kam und die Tagegeldversicherung immer mehr in den Hintergrund drängte. Dieser Entwicklungsgeschichte entsprechend unterscheidet man bei der mathematischen Behandlung der Krankenversicherung die Mathematik der Tagegeldversicherung und die Mathematik der Krankheitskostenversicherung.

Für die Krankentagegeldversicherung, deren Ursprünge bis in das Mittelalter zurückreichen, wurden statistische und mathematische Untersuchungen schon im Laufe des 19. Jahrhunderts angestellt.

Für sie war von Interesse die Zahl der Krankheitstage, die auf den einzelnen Versicherten im Laufe eines Jahres entfielen. Dementsprechend wurden Tafeln für diese Krankheitsdauer, sogenannte Morbiditätstafeln aufgestellt, die angaben, wieviel Tage ein Versicherter bei einem bestimmten Lebensalter während eines Jahres im Durchschnitt krank ist. Sie zeigen das Bild des Anwachsens der Krankheitstage mit zunehmendem Lebensalter. Man hat die Statistik später weiter ausgebaut und die Einflüsse des Geschlechts, des Berufes und der tarifmäßigen Höchstdauer für den Krankengeldbezug berücksichtigt. Die erste Morbiditätstafel überhaupt wurde im Jahre 1824 veröffentlicht, und zwar von einer schottischen Gesellschaft. In den folgenden Jahrzehnten fand diese Morbiditätstafel zahlreiche Nachfolger. Bekannt geworden sind vor allem die Tafeln der großen Verkehrsunternehmungen, der Eisenbahn- und der Postverwaltung. Beachtenswert ist die Tatsache, daß diese Tafeln ein Ansteigen der auf einen Versicherten bestimmten Lebensalters entfallenden Krankheitstage im Laufe der Jahrzehnte nachwiesen, während bei den Sterbetafeln eine Verminderung der Sterbenswahrscheinlichkeiten zu beobachten war. Offenbar sind diese beiden Erscheinungen bei der Sterblichkeit und bei der Krankheitsdauer auf dieselben Ursachen zurückzuführen. Die fortschreitende hygienische und medizinische Betreuung der Bevölkerung brachte auf der einen Seite eine Besserung der Sterblichkeitsverhältnisse, andererseits wurden durch diese medizinischen Maßnahmen auch gesundheitlich schwächere Personen am Leben erhalten, die naturgemäß mehr zu Krankheiten neigten und infolgedessen ein Ansteigen der Krankheitsziffern bedingten.

Liegen einwandfreie statistische Unterlagen vor, so bereitet die Beitragsberechnung für die Krankentagegeldversicherung keine Schwierigkeiten. Die bekannten Grundsätze der Lebensversicherungsmathematik können weitgehend auch hier zur Anwendung kommen.

Mit der Inflation und dem eintretenden Vermögensverfall gewannen auch diejenigen Menschen, die bisher wegen des vorhandenen Vermögens an einen Krankheitsschutz nicht gedacht hatten, Interesse an der Krankenversicherung. Diese Kreise hatten aber Versicherungswünsche, die die Krankentagegeldversicherung nicht erfüllen konnte. Erstrebt wurde ein Ersatz von möglichst allen Kosten, die durch die Behandlung einer Krankheit entstehen, also der Arztkosten, Arzneikosten, Zahnbehandlungskosten usw., während auf ein eigentliches Tagegeld nur geringerer Wert gelegt wurde. So entstand die jetzt im Vordergrund stehende Form der Krankheitskostenversicherung.

Für die ersten Tarife der Krankheitskostenversicherung fehlten brauchbare statistische Unterlagen. Versuche, an Hand der vorhandenen Morbiditätstafeln Grundlagen zu schaffen, schlugen praktisch fehl. Die Dauer einer Krankheit ist für die Krankheitskostenversicherung

nicht von ausschlaggebender Bedeutung. Die Leistungen richten sich ja nicht nur nach der Krankheitsdauer, sondern in erster Linie nach den Behandlungskosten. Bei Zahnbehandlung, bei Gewährung von Hilfsmitteln usw. wird z. B. eine Leistung fällig, ohne daß überhaupt eine Krankheit im Sinne der Morbiditätstafeln vorliegen muß. Diese Tafeln konnten also brauchbare Ergebnisse nicht liefern.

Die Tarife wurden auf Grund von Schätzungen festgesetzt. Beitragserhöhung und Leistungsermäßigung waren in den ersten Jahren der privaten Krankheitskostenversicherung nichts Außergewöhnliches. Allmählich kam es dann zu einer Beruhigung im Tarifwesen. Nachdem aber der notwendige Ausgleich zwischen Beiträgen und Leistungen geschaffen schien, hielt sich die Schadenquote bei den meisten Unternehmungen ungefähr auf der gleichen Höhe. Schwankungen, die auftraten, nahmen nicht ein Ausmaß an, das zu ernsthaften Bedenken Anlaß geben konnte. Mathematiker wiesen jedoch darauf hin, daß das mitversicherte Sterbegeld, auf die Dauer gesehen, ein Wachsen der Schadenquote notwendigerweise verursachen muß. Mit dem fortschreitenden Lebensalter der Versicherten tritt eine Erhöhung der Sterbenswahrscheinlichkeiten ein, und es muß deshalb mit dem Älterwerden des Bestandes durch die Steigerung der Anzahl der fällig werdenden Sterbegelder ein Steigen der Schadenquote bedingt sein.

Darüber hinaus wurde behauptet, daß sich die Schadenquote der Krankheitskostenversicherung ohne Berücksichtigung der Sterbegeldzahlungen auch erhöhen müsse, wobei das Anwachsen der Krankheitstage mit zunehmendem Alter, das die Morbiditätstafeln zeigten, als Beweise dienen konnte. Wenn die Beobachtungen der Gesellschaften derartige Schlüsse noch nicht zuließen, so könne das nur auf den, besonders in den ersten Jahren, sehr erheblichen Neuzugang zurückzuführen sein. Untersuchungen, die angestellt wurden, ergaben, daß die Schäden mit zunehmendem Lebensalter der Versicherten anwachsen. Diese Steigerung ist allerdings nicht einheitlich für alle Versicherten gleich, sondern sie weist wesentliche Unterschiede auf für die beiden Geschlechter. Für die Männer zeigte sich, daß vom 20. Lebensjahr an ein gleichmäßiges Ansteigen zu beobachten ist. Bei den Frauen ist das Bild wesentlich anders. Bedingt durch die Geburtshilfe und die damit zusammenhängenden Krankheiten ist auch schon in den jüngeren Lebensjahren die Schadenquote verhältnismäßig hoch. Sie fällt dann für die Alter etwa zwischen 40 und 50, um erst vom 50. Lebensjahre an wieder zu steigen.

Die Krankenversicherungsgesellschaften müssen nun Wert darauf legen, daß die einmal festgesetzten Beiträge für die ganze Dauer der Versicherung ausreichend sind. Wenn mit einem Anwachsen der Schadenzahlungen in den höheren Lebensaltern zu rechnen ist, so ergibt sich die Notwendigkeit, eine mathematische Nachprüfung der

Beitragsberechnung vorzunehmen. Denn die Frage, ob die dauernde Erfüllbarkeit der Leistungen gesichert ist, läßt sich ja nur einwandfrei beantworten, wenn nach mathematischen Grundsätzen der Barwert aller Leistungen während der ganzen Versicherungsdauer dem Barwert der zu erwartenden Beiträge gegenübergestellt wird. Bevor jedoch der Mathematiker seine Arbeit beginnen konnte, mußte ihm eine nach seinen Bedürfnissen aufgestellte Statistik zur Verfügung gestellt werden.

Die Herstellung dieser Statistik stieß, besonders in der ersten Zeit, auf außerordentliche Schwierigkeiten. Man muß sich dabei vergegenwärtigen, daß die Leistungen der privaten Krankheitskostenversicherung außerordentlich vielgestaltig sind. Arztkosten, Arzneikosten, Krankenhauspflegekosten, Wochenhilfe, Zahnbehandlungskosten usw. werden versichert. Zahlreich sind auch die Tarife der Gesellschaften, die diese Kosten nach ganz verschiedenen Grundsätzen entschädigen. Es gibt Tarife, die alle denkbaren Leistungen erfassen, und es gibt Tarife, die nur einen bestimmten Teil der Behandlungskosten ersetzen, etwa unter Ausschluß der Arzneikosten, der Zahnbehandlungskosten usw. Hier eine allgemein gültige Statistik herzustellen, erschien vorerst fast unmöglich. Man begnügte sich im Anfang, für jeden Tarif einzeln die nach dem Lebensalter festgestellten Kopfschäden zu ermitteln. Hierbei ist unter Kopfschaden die durchschnittliche Summe der Leistungen der Gesellschaften zu verstehen, die auf einen Versicherten in einem bestimmten Lebensalter innerhalb eines Jahres entfallen.

Es ist das Verdienst Dr. TOSBERGS, die Möglichkeit aufgezeigt zu haben, wie man ungeachtet der Mannigfaltigkeit der Tarife doch zu einer allgemein gültigen Statistik gelangen kann. In seinem Buch „Rechnungsgrundlagen und Schadentafeln der Krankheitskostenversicherung“, das als Veröffentlichung des Deutschen Vereins für Versicherungswissenschaft erschienen ist, hat er sein Verfahren eingehend beschrieben. Vorerst unterscheidet er bei jedem Tarif die Schäden nach Leistungsarten. Unter Leistungsart versteht er die einzelnen tariflichen Leistungen, also das Arzthonorar, oder die Arzneimittel, oder die Krankenhauspflegekosten usw. Nunmehr leitet er von den Kopfschäden Teilkopfschäden ab, d. h. er ermittelt den Teil des Kopfschadens, der auf eine bestimmte Leistungsart entfällt. Den Teilkopfschaden für das Arzthonorar stellt also z. B. der Teil aller Versicherungsleistungen dar, der innerhalb eines Jahres an einen Versicherten bestimmten Alters als Vergütung für Arzthonorar gezahlt wird. Die Summe aller Teilkopfschäden, die nach den im Tarif vorgesehenen Leistungsarten zu erstatten sind, ergibt mithin den Gesamtkopfschaden.

Um nun zu einem für die verschiedenen Tarife vergleichbaren statistischen Wert zu gelangen, wird der Teilkopfschaden in Bezug gesetzt

zu einer Leistungseinheit, also etwa zu einer RM. 1.— Arzthonorar, und so der Einheitskopfschaden gefunden. Sind z. B. für einen Tarif, der eine Entschädigung für Arzthonorar mit RM. 5.— vorsieht, die Teilkopfschäden ermittelt, so ergibt sich der Einheitskopfschaden aus diesen Werten durch Division mit 5.

Die Einheitskopfschäden ergeben zweifellos die Möglichkeit, nunmehr die aus den verschiedensten Tarifen gewonnenen statistischen Unterlagen miteinander in Beziehung zu bringen, wobei allerdings noch eine Korrektur nicht vernachlässigt werden darf. Die Praxis hat gezeigt, daß die Schadenquoten der Tarife sich in stärkerem Maße erhöhen als es dem Verhältnis der tariflichen Leistungen entspricht. Kennt man den Teilkopfschaden eines Tarifes, der eine Arztgebühr von RM. 3.— vorsieht, so kann man den Teilkopfschaden eines Tarifes mit RM. 6.— Vergütung für Arzthonorar nicht einfach mit dem doppelten Wert annehmen. Für den höheren Tarif ergibt sich vielmehr ein Wert, der das Doppelte übersteigt. TOSBERG hat hierüber Untersuchungen angestellt mit dem Ergebnis, daß diese Steigerung durch einen vom Alter unabhängigen Schadenparameter erfaßt werden kann.

Unter Verwendung dieses Schadenparameters können nunmehr die Einheitskopfschäden der verschiedensten Tarife einander gegenübergestellt werden.

TOSBERG hat für seine Gesellschaft die Einheitskopfschäden ermittelt und veröffentlicht. In seinem Buch sind Tafeln der Einheitskopfschäden für Arztkosten, Heilmittel, Arzneikosten, Krankenhausverpflegungskosten, Operationskosten, Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten enthalten. Zu beachten ist, daß die Tafeln für Arzt- und Arzneikosten ein dauerndes Steigen mit zunehmendem Alter ausweisen. Die Krankenhausverpflegungskosten steigen bis etwa zum 65. Lebensjahre, die Aufwendungen für Heilmittel erreichen ihren Höhepunkt beim 58. Jahr, Operationskosten für Frauen zeigen die höchsten Werte in den jüngsten Lebensaltern, während die Operationskosten für Männer in allen Altersstufen mit dem gleichen Betrag angenommen werden. Die Zahnbehandlungskosten fallen, die Zahnersatzkosten wachsen mit zunehmendem Alter. Im ganzen gesehen, zeigen also die Kurven der Einheitskopfschäden für die einzelnen Leistungsarten einen recht verschiedenartigen Verlauf. Es wird nun Aufgabe der Zukunft sein, festzustellen, wie die Einheitskopfschäden, die andere Gesellschaften auf Grund eigener statistischer Beobachtungen ermitteln, mit den Ergebnissen der Deutschen Krankenversicherungs-Aktiengesellschaft übereinstimmen. Die Werte der Deutschen Krankenversicherung scheinen eher zu niedrig als zu hoch zu sein.

Im übrigen bietet die Verwendung des Einheitskopfschadens auch die Möglichkeit, aus den statistischen Beobachtungen aller Gesell-

schaften in Zukunft einmal Schadentafeln für jede Leistungsart abzuleiten.

Schwierigkeiten bereiten noch die Alter etwa vom 65. Lebensjahre an. Die Deutsche Krankenversicherung hat die Zahlen für die hohen Alter offenbar durch Extrapolation gewonnen, da nach einer Mitteilung von SCHMIETER<sup>1</sup> in der Fachpresse die DKV. etwa vom 70. oder 75. Lebensjahre an keine Bestände mehr ausweist, die statistische Beobachtungen zulassen. Ähnlich liegen die Verhältnisse bei fast allen Gesellschaften, eine Tatsache, die ihre Begründung in dem verhältnismäßig jungen Alter der gesamten Krankheitskostenversicherung hat. Die DKV. hat für die hauptsächlichsten Leistungsarten, Arztkosten und Arzneikosten, ein dauerndes Steigen bis in die höchsten Lebensalter angenommen. Gegen diese Annahme eines dauernden Steigens der Kopfschäden sprechen aber doch einige beachtenswerte Gründe, so daß dieser statistischen Frage in Zukunft besondere Beachtung geschenkt werden muß.

Vorerst wird es nur möglich sein, einfach abgestufte Tafeln herzustellen, weil die beobachteten Bestände zu gering sind, um daraus die Unterlagen für doppelt abgestufte Tafeln zu gewinnen. Die Tatsache, daß zweifellos die Kopfschäden neben dem Alter auch von der abgelaufenen Versicherungsdauer abhängen, muß also vorerst unberücksichtigt bleiben.

Für den Mathematiker sind die auftretenden Fragen nach Gewinnung der statistischen Unterlagen verhältnismäßig leicht zu lösen. Man unterscheidet dabei zweckmäßig zwischen dem Wagnis, das in der Sterbegeldauszahlung liegt und dem Wagnis der übrigen Leistungen der Krankheitskostenversicherung.

Die Berechnung der Beiträge und Rücklagen für die Sterbegeldleistungen erfolgt in der gleichen Weise wie in der Lebensversicherung für die lebenslängliche Todesfallversicherung.

Die Ermittlung der Beiträge und Rücklagen für die Krankheitskostenversicherung geschieht unter Verwendung von Rechnungsgrundlagen, die durch Verbindung der gefundenen Kopfschäden mit einer Sterbetafel hergestellt werden. Die Berechnungen können dann nach Formeln vor sich gehen, die denen der Lebensversicherung im wesentlichen entsprechen.

Die Einrechnung der Verwaltungskosten in die Nettobeiträge kann entweder durch einen prozentualen Zuschlag oder durch einen festen, von der Beitragshöhe unabhängigen Verwaltungskostenbetrag oder durch eine Verbindung dieser beiden Möglichkeiten erfolgen. Maßgebend für eine Entscheidung dieser Frage wird die Art des Entstehens

<sup>1</sup> SCHMIETER: Die natürliche Alterung der Versichertenbestände in der privaten Krankenversicherung, Dtsch. Vers.-Ztg. 1940, S. 66.

## **Berichtigung.**

Auf Seite 71, Zeile 9 von oben lies  
„Zillmerung“ statt Ermittlung.

Rohrbeck, Krankenversicherung.

der Unkosten sein. Vergütungen für den Beitragseinzug werden in der Regel in einem bestimmten Vomhundertsatz der Beiträge gewährt und in gleicher Weise wohl bei der Beitragsberechnung zu erfassen sein. Andere Kosten, wie etwa die Aufwendungen für die Herstellung der Beitragsrechnungen, der Bestandsverwaltung und der Schadenregulierung können unter Umständen zweckmäßiger mit einem festen Betrag in den Beitrag eingerechnet werden. Die besonderen Verhältnisse bei jeder Gesellschaft werden hier den Ausschlag geben müssen.

Eine Ermittlung der Beiträge und Rücklagen kann unterbleiben, solange nur einfach abgestufte Tafeln zur Anwendung kommen. Denn durch die Wartezeiten ergibt sich für das erste Jahr erfahrungsgemäß nur eine geringe Schadenquote. Der Teil der Beiträge, der im 1. Versicherungsjahr für Schadenzahlungen und laufende Verwaltungskosten nicht verbraucht wird, reicht in der Regel zur Deckung der Abschlußkosten aus. Die Abschlußkosten können also im Zeitpunkt des Entstehens aus den Beiträgen bestritten werden, und es entfällt damit die Notwendigkeit ihrer Verteilung auf die ganze Versicherungsdauer.

Eine gewisse Schwierigkeit bietet die Frage der Einrechnung des Stornos. Bekanntlich kann die Krankenversicherung Rückvergütungen aus den Beiträgen bei vorzeitiger Beendigung des Versicherungsvertrages nicht zahlen. Der größte Teil der Beiträge wird nach der Natur des Wagnisses in jedem Jahr verbraucht, und so kann auch die Rückstellung aus dem verbliebenen Rest der Beiträge nur sehr klein sein. Dem Versicherten wäre kaum ein Dienst erwiesen, wenn man wirklich den Versuch machen wollte, Rückkaufswerte zu gewähren. Er würde die geringe Höhe dieser Rückvergütungen schwerlich verstehen, besonders, wenn er nur geringe Leistungen während der Versicherungsdauer bezogen hat. Die Krankheitskostenversicherung muß in dieser Beziehung gleichgestellt werden der kurzen Todesfallversicherung oder Risikoversicherung auf 10 oder 20 Jahre Dauer. Für sie werden ja ebenfalls geringe Reserven angesammelt, die aber bei vertragmäßigem Ablauf am Ende des Versicherungsverhältnisses wieder aufgelöst, d. h. verbraucht sind.

Das Storno, das im übrigen nach den bisherigen Feststellungen einen ähnlichen Verlauf zeigt, wie in der Kleinlebensversicherung, hängt im wesentlichen vom Lebensalter und der abgelaufenen Vertragsdauer ab. Mathematisch könnten diese Verhältnisse erfaßt werden, wenn man Schadentafeln herstellen würde, die sowohl nach dem Lebensalter wie nach der Vertragsdauer abgestuft sind. Die Herstellung dieser Tafeln ist aber, wie schon ausgeführt, zur Zeit nicht möglich, jedenfalls nicht in einer Weise, daß die Unterlagen als einwandfrei bezeichnet werden könnten. Wenn man also Fehler aus dieser Quelle vermeiden will, muß man einfach abgestufte Tafeln benutzen. Verwendet man

diese Tafeln, so kann das Storno bei der Berechnung der Beiträge und Rücklagen nur annähernd richtig abgeschätzt werden. Ein einfaches Verfahren hat TOSBERG vorgeschlagen, indem er das Storno während der ganzen Dauer des Vertrages mit einem gleichbleibenden Prozentsatz erfaßt. Es ist in der Regel anzunehmen, daß hierbei das Storno in den ersten Jahren des Bestehens der Versicherung zu niedrig angesetzt ist, während es beim Auslaufen der Versicherung, etwa vom 60. oder 65. Lebensjahr des Versicherten ab, erheblich zu hoch ist. Man wird also sich überlegen müssen, ob man diese Nachteile ohne weiteres in Kauf nehmen kann.

Eine andere Möglichkeit, das Storno zu erfassen, wäre, den Stornosatz nur zu dem erreichten Lebensalter des Versicherten in Beziehung zu setzen. Es wird in der Zukunft zu prüfen sein, bei welchem der beiden Wege man zu einem für die Praxis brauchbareren Ergebnis gelangt.

Diejenigen Unternehmungen, die unter Beibehaltung ihrer bisher nicht mathematisch berechneten Beiträge die Frage prüfen wollen, ob und gegebenenfalls welche Rückstellungen sie zu machen haben, kommen auf folgende Weise zum Ziel. Am leichtesten ist die Frage zu lösen, wie hoch die Rücklage für das Sterbegeld sein muß. Der Beitrag, der sich auf Grund einer Sterbetafel für die versicherten Sterbegeldsummen ergibt, ist als im Tarifbeitrag enthalten anzusehen, und es kann dann mit Hilfe des entsprechenden Nettobeitrages unter Einrechnung von Stornosätzen die Sterbegeldrücklage ermittelt werden.

Die Rücklage für die Krankheitskostenversicherung, die sogenannte Alterungsrücklage, wird von diesen Gesellschaften zu stellen sein als Differenz zwischen der Summe ihrer künftigen Einnahmen und künftigen Ausgaben, wobei das Storno zu berücksichtigen ist. Die künftigen Ausgaben sind die Einmalbeiträge, die sich nach der gewählten Schadenaufstellung ergeben. Als Barwert der künftigen Einnahmen ist der Barwert der Tarifbeiträge anzusehen, nachdem die Verwaltungskosten, ein gewisser Sicherheitszuschlag und der Beitrag für die Sterbegeldversicherung vom Tarifbeitrag gekürzt sind. Die sich ergebenden Rücklagen müssen ebenso wie die Rücklagen aus technisch genau ermittelten Beiträgen als versicherungsmathematisch einwandfrei errechnet angesehen werden.

In der Fachpresse sind während der letzten Jahre Fragen aus dem Gebiete der Mathematik der privaten Krankenversicherung erörtert worden, die Anlaß zu lebhaften Auseinandersetzungen gegeben haben. Es handelt sich hierbei in erster Linie um die Versicherung bzw. Mitversicherung der Kinder und um die Zahlung der Geburtshilfe.

Es ist bekannt, daß der Kinderbeitrag in der Krankenversicherung aus sozialen Gründen bei sämtlichen Gesellschaften nicht ausreichend

festgesetzt ist. Dies bedeutet, daß ein Teil der Beiträge der Erwachsenen herangezogen werden muß, um den fehlenden Teil des Kinderbeitrages aufzufüllen bzw. um einen Teil der Kinderschäden zu decken. In der Fachpresse ist diese Tatsache unter der Bezeichnung „Wagnisverschiebung“ erörtert worden. Es ist nun gefordert worden, daß der Kinderbeitrag mathematisch genau errechnet werden soll und daß jede Verlagerung des Wagnisses auf andere Gruppen von Versicherten unbedingt zu vermeiden sei. Bei der Wagnisverschiebung wäre eine mehr oder minder große Abhängigkeit der Geschäftsergebnisse von der jeweiligen Bestandszusammensetzung gegeben. Die notwendige Sicherheit könne damit nicht mehr als gewährleistet angesehen werden. Würde der Beitrag für kinderreiche Familien zu hoch, so sei es Sache anderer, staatlicher Stellen, zu helfen, etwa im Wege der Steuervergünstigung. Die Versicherung habe jedenfalls nur die Aufgabe, mit einem in jedem Falle ausreichenden Beitrag die Sicherheit ihres Betriebes zu gewährleisten.

Ähnliche Fragen sind erörtert worden hinsichtlich der Geburtshilfe, wobei unter Geburtshilfe nur die tarifmäßig vorgesehene Zahlung bei normal verlaufenden Geburten, nicht aber die Entschädigung etwa bei der Schwangerschaft oder Geburt auftretender Erkrankungen zu verstehen ist. TOSBERG vertritt den Standpunkt, daß die Geburtshilfe dem Wesen der Krankenversicherung fremd sei, weil sie ja nicht durch einen krankhaften Zustand der Versicherten bedingt wäre. Die Geburt stelle keine Erkrankung dar, sondern einen normalen Vorgang im Leben der Frau. Außerdem wäre die Geburtshilfe mit einer bestimmten Summe in den Tarifen festgelegt, so daß sie, im ganzen gesehen, den Charakter einer Summenversicherung trüge. Sie müßte deshalb, um klare Verhältnisse zu schaffen, als Sonderleistung durch einen Zusatzbeitrag, der neben dem Beitrag für die Krankheitskostenversicherung zu entrichten ist, versichert werden. Wird dieser Zusatzbeitrag, wie bisher üblich, nicht erhoben, so findet ebenfalls eine Wagnisverschiebung statt. Die Beiträge aller übrigen Versicherten wären zu hoch und diese zuvielgezahlten Beitragsteile kämen nur den Frauen zugute, die noch Anspruch auf Geburtshilfe hätten.

Die Erfassung der Geburtshilfe bei der Ermittlung der Kopfschäden hat erhebliche Auswirkungen. Wird die Geburtshilfe nicht berücksichtigt, so ergibt sich ein Verlauf der Kopfschäden, der bei der Berechnung der Deckungsrücklage negative Werte nicht mehr auftreten läßt. Diese negativen Deckungsrücklagen zu vermeiden, ist als Hauptzweck für die Einführung des Zusatzbeitrages anzusehen. Die Beitragszahlungsdauer wird deshalb auch darnach bestimmt, daß die Deckungsrücklagen immer positiv bleiben.

Zu diesen Fragen haben RUSAM<sup>2</sup>, SCHMIETER<sup>3</sup>, SCHÜLKE<sup>4</sup>, TOSBERG und BARTHOLATUS in der Fachpresse Stellung genommen. Es steht hier die Meinung, soziale Überlegungen hätten vor allem bei der Beitragsbemessung den Ausschlag zu geben, der Ansicht gegenüber, nur die Erhebung der technisch genau berechneten Individualprämie wäre zu vertreten.

Vorweg sei bemerkt, daß mathematisch die Beitrags- und Rücklagenberechnung einwandfrei erfolgen kann, auch wenn eine Wagnisverschiebung bei der Kinderversicherung und bei der Geburtshilfeleistung erfolgt. ZIEZOLD<sup>5</sup>, RUSAM<sup>2</sup>, und RUDOLF<sup>6</sup> haben Wege der Lösung gezeigt. Richtig ist aber, daß ohne Wagnisverschiebung die mathematische Behandlung einfacher ist und daß die Erhebung von Individualprämien eine größere Sicherheit gibt, da die Abhängigkeit von der Bestandszusammensetzung fortfällt, die mit der Verschiebung des Wagnisses auf andere Gruppen von Versicherten verbunden ist. Die Vornahme der Wagnisverschiebung verpflichtet den Mathematiker zu einer schärferen Beobachtung seines Bestandes und sie erschwert ihm in gewissen Sinne die Berechnung.

Hinsichtlich des Kinderbeitrages haben die Verfechter der Individualprämie ihren strengen Standpunkt nicht aufrecht erhalten können. Sie mußten sich überzeugen, daß eine gewisse Wagnisverschiebung aus sozialen Gründen nicht zu vermeiden ist. SCHMIETER<sup>7</sup>, der als überzeugter Vertreter des technisch gerechten Beitrages anzusehen ist, hat die Zugeständnisse auf diesem Gebiet verteidigt mit dem Hinweis, daß die Kinder durchweg zusammen mit erwachsenen Personen, d. h. im allgemeinen mit ihren Eltern versichert werden. Es werde sich deshalb immer ein bestimmtes Verhältnis von Kindern zu erwachsenen Personen herausbilden, und es werde niemals vorkommen,

<sup>2</sup> RUSAM: Die Wagnisverschiebung in der Mathematik der Krankheitskostenversicherung, Dtsch. Vers.-Ztg. 1939, S. 41, 75.

<sup>3</sup> SCHMIETER: Zur Wagnisverschiebung in der Mathematik der Krankheitskostenversicherung, Dtsch. Vers.-Ztg. 1939, S. 49.

SCHMIETER: Zur Theorie der Wagnisverschiebung in der Mathematik der privaten Krankenversicherung, Dtsch. Vers.-Ztg. 1939, S. 85, 97.

<sup>4</sup> SCHÜLKE: Prämie und Wagnis in der privaten Krankenversicherung, Dtsch. Vers.-Ztg. 1939, S. 123.

<sup>5</sup> ZIEZOLD: Vereinfachte Deckungsrückstellungsberechnung in der Krankheitskostenversicherung, Dt. Vers.-Dienst 1940, S. 84.

<sup>6</sup> RUDOLF: Die Nachprüfung der Beiträge und die Berechnung der Alterungsrücklage bei vorhandenen Beständen, Neumanns Zeitschrift für Versicherungswesen 1940, S. 512.

<sup>7</sup> SCHMIETER: Nochmals: Bemerkungen zu „Wirtschaftswissenschaftliche Forschungsaufgaben des Versicherungswesens“, Neumanns Zeitschrift für Versicherungswesen 1940, S. 506.

daß eine Krankenversicherung einmal nur Kinder versichert habe. Es handelt sich also in dieser Frage im wesentlichen nur noch um das Ausmaß, in dem eine Wagnisverschiebung vorgenommen werden soll, eine Frage, die die Gesellschaftsleitungen zu entscheiden haben, es sei denn, daß der Vorschlag von BARTHOLATUS zur Durchführung gelangt, nach dem eine Wagnisverschiebung von Aufsichtswegen zur Pflicht gemacht werden soll. BARTHOLATUS<sup>8</sup> ist der Ansicht, daß die private Krankenversicherung aus völkischen, sozialen und staatspolitischen Gründen von der Wagnisverlagerung unmöglich abweichen kann, und will durch diesen Vorschlag verhindern, daß einzelne Gesellschaften versicherungsmathematischen Überlegungen vor sozialen Gedanken den Vorzug geben und dann etwa mit verhältnismäßig geringeren Erwachsenenbeiträgen bei gleichzeitig höheren Kinderbeiträgen den übrigen Gesellschaften den Bestand an erwachsenen Versicherten schmälern.

Diese Ausführungen von BARTHOLATUS gelten nicht nur für die Kinderversicherung, sondern entsprechend auch für die Zahlung der Geburtshilfe. Es ist sicher, daß bei sehr vielen Versicherten die Erhebung eines Sonderbeitrages für Geburtshilfe, besonders in heutiger Zeit, auf keinerlei Verständnis stoßen würde. Soziale Maßnahmen müssen und sollen ausgebaut werden. Sie aber ohne Not einzuschränken, widerspricht der ganzen Entwicklung unseres heutigen Denkens. Anders lägen die Dinge nur, wenn nachweisbar Gefahr im Verzug wäre und Mißstände zu beseitigen seien, die die Sicherheit der Gesellschaften erschütterten. Davon kann aber nicht gesprochen werden. Nach den Geschäftsberichten von 23 deutschen Krankenversicherungsunternehmen, die für das Jahr 1939 erstattet sind, betragen die Aufwendungen für Geburtshilfe im Durchschnitt 4% der Gesamtschadenzahlungen. Dabei sind sicher noch Zahlungen erfaßt, die sich auf operative Wochenhilfe usw. beziehen, also nicht unter die Neuregelung fallen würden. Nimmt man aber 4% der Schadenzahlungen als richtig an, so handelt es sich um Leistungen, die aus etwa 3% der Beitragseinnahme gedeckt werden. In welcher Form dieser Teil der Beitragseinnahme aufgebracht wird, kann kaum eine Frage sein, die den Bestand der Unternehmungen ernsthaft berührt. Berücksichtigt man außerdem die Mehrarbeit bei der Werbung und in der Verwaltung, die mit der Einziehung des Zusatzbeitrages während einer bestimmten Reihe von Jahren verbunden ist, dann ist auch aus praktischen Gründen das Verfahren wenig glücklich. Die Bedenken TOSBERGS, die ihn vor allem zu seinen Überlegungen veranlaßt haben, nämlich das Auftreten negativer Deckungsrücklagen, sind aus der Welt zu schaffen. Es liegt ja

<sup>8</sup> BARTHOLATUS: Die soziale Wagnisverschiebung in der privaten Krankenversicherung, Dtsch. Vers.-Dienst 1940, S. 127.

in der Hand der Gesellschaftsleitungen, diese Rücklagen sich nur insoweit auswirken zu lassen, wie es unbedingt gerechtfertigt und vertretbar ist.

Mit dem Auftreten der negativen Deckungsrücklagen hängt im übrigen zusammen, daß die Deckungsrücklagen insgesamt bei Vornahme der Wagnisverschiebung in der Regel niedriger sind als die Rücklagen, die sich aus den technisch gerechten Beiträgen ergeben. Gesellschaften mit alten Beständen, die jahrelang das Kinder- und Geburtshilferisiko durch nichtmathematisch errechnete Beiträge, die über dem technischen Bedarf liegen, nach den Grundsätzen der Wagnisverschiebung gedeckt haben, werden zu verhältnismäßig geringen Deckungsrücklagen kommen, wenn sie diese Rücklagen unter Verwendung der Tarifbeiträge in der schon angegebenen Weise durch Gegenüberstellung der künftigen Einnahmen und Ausgaben berechnen. Dies ist ohne weiteres einleuchtend; denn die Deckungsrücklagen sind umso niedriger, je mehr der tatsächlich erhobene Beitrag den technisch erforderlichen Beitrag übersteigt.

Von wesentlicher Bedeutung für die Höhe der Rücklagen sind naturgemäß auch die Annahmen über das Storno. Vorsicht bei der Wahl der Stornosätze ist unbedingt am Platze. Was man in dieser Richtung aber auch unternehmen mag, die gewählten Stornosätze werden immer nur den Abgang erfassen können, der normalerweise mit dem Betrieb eines Krankenversicherungsgeschäftes verbunden ist. Werden etwa von seiten des Gesetzgebers Maßnahmen ergriffen, die auf den Bestand der Versicherungsunternehmungen an Versicherten von einschneidender Bedeutung sind, so können diese Auswirkungen selbstverständlich in keiner Weise von vornherein durch das Storno annähernd erfaßt oder abgeschätzt werden.

Im ganzen gesehen ist festzustellen, daß die Mathematik in der privaten Krankenversicherung sich noch am Beginn ihrer Entwicklung befindet. Das kann nicht wundernehmen, wenn man bedenkt, daß erstmals vor reichlich 10 Jahren von SEIDEL<sup>9</sup> „Anregungen für eine versicherungsmathematische Prämienbestimmung in der freiwilligen Krankenversicherung“, wie er es nannte, gegeben wurden. Der weitere Ausbau wird wesentlich davon abhängen, welche Ergebnisse die künftigen statistischen Untersuchungen liefern werden. In jedem Falle aber wird die Mathematik in der Krankenversicherung ihren Teil dazu beitragen, die Sicherheit der Unternehmungen zu stärken und zu festigen.

---

<sup>9</sup> SEIDEL: Anregungen für eine versicherungsmathematische Prämienbestimmung in der freiwilligen Krankenversicherung, Neumanns Zeitschrift für Versicherungswesen 1928, S. 241, 349.

## Gesetzliche und private Krankenversicherung.

Von

Dr. phil. Walther Heyn,

Hamburg.

Die deutsche Krankenversicherung setzt sich aus gesetzlicher und privater Krankenversicherung zusammen. In richtiger Erkenntnis dieser Tatsache hat das Institut für Versicherungswissenschaft der Universität Köln in seiner der Krankenversicherung gewidmeten Tagung sowohl die gesetzliche wie die private Krankenversicherung behandeln lassen. Das ist keineswegs so selbstverständlich, wie es auf den ersten Blick erscheint. Denn sieht man die Literatur über die gesetzliche Krankenversicherung durch, so muß man fast durchweg feststellen, daß diese schon im Titel einfach als die Krankenversicherung bezeichnet wird. Es gibt große Werke über die deutsche Krankenversicherung, die auch mit keinem Wort die private Krankenversicherung erwähnen. Wieviel Leerlauf entsteht schon dadurch, daß die Buchhändler den Trägern der privaten Krankenversicherung alle möglichen Neuerscheinungen auf dem Gebiet der Krankenversicherung anbieten und dann zu ihrem Erstaunen hören müssen, für das Buch bestehe kein Interesse, weil es über die private Krankenversicherung gar nichts enthalte. Diese Feststellung kann keineswegs auf die Fachliteratur der gesetzlichen Krankenversicherung beschränkt werden. Der aus dem Jahre 1923 stammende 5. Band der 4. Auflage des Handwörterbuchs der Staatswissenschaften enthält einen großen Artikel über die Krankenversicherung, wo ausschließlich die gesetzliche Krankenversicherung behandelt wird. Vergeblich sucht man in dem Werk die Erwähnung der privaten Krankenversicherung auch nur mit einem Wort. Auch im 9. Band, dem aus dem Jahre 1929 stammenden Nachtragsband, finden sich nur eingehende Ergänzungen zur gesetzlichen Krankenversicherung. Im Jahre 1929 war aber die private Krankenversicherung, die in ihrer modernen Entwicklung auf das Jahr 1924 zurückgeht, schon ein recht bedeutender Zweig der Privatversicherung, an dem das Handwörterbuch der Staatswissenschaften nicht vorübergehen durfte. Sein Schweigen fällt um so mehr auf, als dieses Standardwerk der Wirtschaftswissenschaften sonst wohl alle Zweige der Privatversicherung behandelt hat, selbst solch unbedeutende Versicherungszweige wie die in Deutschland ganz unbekanntes Glockenbruchversicherung und Telegrammversicherung.

Noch bedenklicher ist es, wenn in der Tagespresse die gesetzliche Krankenversicherung fast durchweg als Krankenversicherung schlechthin bezeichnet wird. Der Fachmann ersieht in der Regel aus diesen Berichten sofort, daß damit nur die gesetzliche Krankenversicherung gemeint ist. Die breite Masse weiß aber nicht, daß sich Erlasse des Reichsarbeitsministers nur auf die gesetzliche Krankenversicherung beziehen können. Auch aus einem Gesetz oder aus einer Verordnung, wo nur von der Krankenversicherung gesprochen wird, kann sie nicht ersehen, daß damit nur die gesetzliche Krankenversicherung gemeint ist. Welche Verwirrung dadurch angerichtet wird, darüber müssen die Mitarbeiter der privaten Krankenversicherung bis in die letzte Zeit leider immer wieder unerfreuliche Feststellungen treffen. Wieviel Verbitterung hat es z. B. bei Ausbruch des Krieges hervorgerufen, daß die Mitteilungen der Presse, wonach in der Krankenversicherung überhaupt keine Beiträge zu entrichten sind und trotzdem die Familienhilfe gewährt wird, sich nicht auf die private Krankenversicherung bezogen. Daß die private Krankenversicherung Beiträge für die Familienversicherung ohne die Versicherung des Einberufenen erheben muß, weil sie dafür nicht wie die gesetzliche Krankenversicherung für die Familienhilfe der zum Wehrdienst Einberufenen vom Reich irgendwelche Zuschüsse erhält<sup>1</sup>, daß aber die Familienversicherungsbeiträge der privaten Krankenversicherung im Rahmen der Vorschriften über den Familienunterhalt vom Reich übernommen werden, war zunächst nur sehr schwer klar zu machen.

Wenn auch die gesetzliche Krankenversicherung einschließlich der Familienhilfe etwa viermal so viel Personen wie die private Krankenversicherung betreut, so sollte doch mit Rücksicht auf die Tatsache, daß in Deutschland mehr als 10 Millionen privat krankenversichert sind, bei allen Berichten über die Krankenversicherung stets klar herausgestellt werden, ob die gesetzliche oder die private Krankenversicherung gemeint ist. Das muß auch allgemein auf die Sozialversicherung und die Privatversicherung bezogen werden. So z. B. hat die Tagespresse einen längeren Artikel von Dr. LEY, wonach die Sozialversicherung durch eine Versorgung ersetzt werden soll, auszugsweise unter der Überschrift „Versicherungsträger werden überflüssig!“ wiedergegeben. Das hat Rückwirkungen auf die gesamte Privatversicherung, besonders die Lebensversicherung ausgeübt. Die Bitte, die gesetzliche Krankenversicherung stets als solche zu bezeichnen, hat um so mehr Berechtigung, als diese Bezeichnung erfreulicherweise auch in die Gesetzgebung Eingang gefunden hat. Ich meine die wichtige Verordnung über Änderungen in der

<sup>1</sup> Vgl. § 209 b RVO. und die Bestimmungen des Reichsarbeitsministers vom 5. 4. 40 über Aufwendungen für die Familienhilfe bei Übungen (Amtl. Nachr. S. 127).

gesetzlichen Krankenversicherung und in der Arbeitslosenhilfe vom 12. Dezember 1939. Auch in manchen neueren Erlassen des Reichsarbeitsministers ist schon die gesetzliche Krankenversicherung als solche bezeichnet worden. Schließlich sei mit Freude festgestellt, daß das Statistische Reichsamts in seinen letzten beiden, im Herbst 1938 und 1939 erschienenen Bänden über die Krankenversicherung auch die private Krankenversicherung einbezogen hat, sodaß nunmehr der diesen Bänden von Anfang an gegebene Titel „Die Krankenversicherung“ zutreffend ist<sup>1</sup>.

Für ein wirklich positives, reibungsloses Verhältnis zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung, das im Interesse unseres Volkes dringend erforderlich ist, kann gar nicht deutlich genug die Notwendigkeit betont werden, in allen Mitteilungen über die Krankenversicherung klar hervorzuheben, ob sie die gesetzliche oder die private Krankenversicherung oder die gesamte Krankenversicherung betreffen. Die private Krankenversicherung hat sich in ihrer Literatur und vor allem in ihren Mitteilungen an die Presse stets als solche bezeichnet. Es würde aber höchst unangenehme Rückwirkungen auf die gesetzliche Krankenversicherung haben, wenn auch die private Krankenversicherung von sich schlechthin als Krankenversicherung sprechen würde.

Tatsächlich könnte das die private Krankenversicherung tun. Noch heute findet man vereinzelt in der Fachliteratur die Feststellung, die gesetzliche Krankenversicherung sei überhaupt keine Versicherung, sondern eine Versorgung<sup>2</sup>. Schon der Altmeister der historischen Volkswirtschaftslehre, GUSTAV SCHMOLLER, betonte, daß mit solchen Feststellungen „dem Wortlaut der Gesetze, dem allgemeinen Sprachgebrauch und dem Kern der Sache“ widersprochen werde<sup>3</sup>. Tatsächlich ist die gesetzliche Krankenversicherung in ihrer heutigen Gestalt, mit der wir uns hier allein zu befassen haben, Versicherung, wie sie das in ihrer ganzen Vergangenheit stets gewesen ist. Darüber, ob die gesetzliche Krankenversicherung wie die Sozialversicherung überhaupt Versicherung oder Versorgung sein soll, haben allerdings immer wieder Aus-

<sup>1</sup> Inwiefern allerdings die Berichterstattung über die private Krankenversicherung noch nicht voll befriedigen kann und auch die Vergleiche zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung noch nicht dem Wesen dieser beiden strukturell stark verschiedenen Gruppen der deutschen Krankenversicherung gerecht werden, habe ich in Neumanns Zeitschrift für Versicherungswesen „Jahrgang 1938 Nr. 35 und 36 und Jahrgang 1939 Nr. 42 und 43“ ausgeführt. Trotzdem muß aber dieser grundsätzlich wichtige Anfang sehr begrüßt werden.

<sup>2</sup> So meint auch noch LEX auf S. 12 seiner 1939 erschienenen „Grundlagen des deutschen Versicherungswesens“ in Verkennung des heutigen Wesens der Sozialversicherung, sie stelle „nach ihrem tatsächlichen Inhalt wie nach ihren eigentlichen Zwecken in Wahrheit eine Sozialversorgung dar“.

<sup>3</sup> „Grundriß der Allgemeinen Volkswirtschaftslehre“. 1923 Teil II, S. 401.

einandersetzungen stattgefunden. Es verdient heute besondere Beachtung, daß der Ausschuß für Sozialversicherung der Organisationsabteilung II der NSDAP. sich in einer großen, in den Jahren 1932 und 1933, also z. T. schon vor der Machtübernahme veröffentlichten Denkschrift über die Sozialversicherung<sup>1</sup> sich ganz eindeutig für den Versicherungsgedanken unter Ablehnung der Staatsfürsorge und des Zwangsparkassensystems von GUSTAV HARTZ, einem Schüler HUGENBERGS, ausgesprochen hat. Ganz unverkennbar haben die Grundgedanken dieser Denkschrift in erheblichem Maß Eingang gefunden in das grundlegende, noch heute den Rahmen für die noch nicht vollendete Reform der Sozialversicherung absteckende Gesetz über den Aufbau der Sozialversicherung vom 5. Juli 1934. Dieses Gesetz hat ganz eindeutig auch für die gesetzliche Krankenversicherung das Versicherungsprinzip festgelegt.

Die gesetzliche Krankenversicherung ist aber weniger Versicherung als die private Krankenversicherung, in der allerdings noch keineswegs das Versicherungsprinzip ganz unverfälscht zum Ausdruck kommt. Das liegt z. T. daran, daß bei dem Aufbau der modernen privaten Krankenversicherung auch die gesetzliche Krankenversicherung als Vorbild gedient hat. Im Laufe der letzten Jahrzehnte hat sich aber die private Krankenversicherung naturnotwendig immer stärker von der strukturell ganz andersartigen gesetzlichen Krankenversicherung absetzen müssen.

ROHRBECK hat klar erkannt, daß auch die in der letzten Zeit geschaffenen Versicherungsdefinitionen sich nur auf die Privatversicherung beziehen können. Er hält es aber mit Recht für notwendig, daß eine allgemeine Definition der Versicherung auch für die Sozialversicherung passen muß. Nach ROHRBECK ist Versicherung „die im Interesse der Volksgemeinschaft liegende, gegenseitige, nach technischen Grundlagen durchführbare Deckung zufälligen, in Geldwert auszudrückenden Bedarfs zahlreicher, gleichartig bedrohter, aber nicht gleichzeitig betroffener Wirtschaften“<sup>2</sup>. Diese Definition läßt sich deshalb auch für die Sozialversicherung, also hier die gesetzliche Krankenversicherung, verwenden, weil ROHRBECK nicht, wie das z. B. RIEBESELL tut, fordert, daß die Mittel für die Versicherung „nach Maßgabe der getragenen Gefahr“ aufgebracht werden. Das kann aber keineswegs als Wesen der Versicherung betrachtet werden, sondern ist vielmehr eine Frage der Versicherungstechnik.

<sup>1</sup> „Der Nationalsozialismus und die Sozialversicherung“. Veröffentlicht im Nationalsozialistischen Wirtschaftsdienst „Die deutsche Volkswirtschaft“ Jahrgang 1932 Nrn. 4, 9, 11, 12 und Jahrgang 1933 Nrn. 3, 5.

<sup>2</sup> „Wirtschaftswissenschaftliche Forschungsaufgaben des Versicherungswesens“ S. 10. Heft 2 der Veröffentlichungen des Berliner Hochschulinstituts für Versicherungswissenschaft.

In der privaten Krankenversicherung werden bis heute noch verhältnismäßig geringfügig die Beiträge nach Maßgabe der getragenen Gefahr abgestuft. Inwieweit das berechtigt ist oder nicht, kann hier nicht untersucht werden. Es braucht nur an den immer wieder neu entstandenen Streit über das Problem der sozialen Wagnisverschiebung erinnert zu werden. In der gesetzlichen Krankenversicherung wird überhaupt nicht die Verschiedenartigkeit der Gefahr berücksichtigt. Das wäre auch ein Widerspruch gegen ihre Bestimmung als Zweig der Sozialversicherung, zum mindesten soweit sie Pflichtversicherung ist. Es wird also ohne Rücksicht darauf, ob die Versicherungspflicht in jungen Jahren oder im hohen Alter eingetreten ist, der gleiche Beitrag erhoben. Der Versicherte mit Anspruch auf Familienhilfe zahlt keinen höheren Beitrag als der ledige Versicherte. Darüber hinaus entspricht es sogar dem ausdrücklichen Wunsch der Reichsregierung, daß hinsichtlich der Mehrleistungen die kinderreichen Familien vor den kinderarmen und vor den Ledigen begünstigt werden<sup>1</sup>. Eine so weitgehende Wagnisverschiebung kann die auf dem Grundsatz der Freiwilligkeit aufgebaute private Krankenversicherung niemals vornehmen. Andernfalls würden die Ledigen und die Kinderarmen ausscheiden und damit die Wagnisverschiebung in sich zusammenbrechen.

Auf der anderen Seite kann die private Krankenversicherung nicht wie die gesetzliche eine Staffelung nach dem Einkommen vornehmen. Das ist aber das hervorstechendste Merkmal der gesetzlichen Krankenversicherung hinsichtlich ihrer Eigenschaft als Zweig der Sozialversicherung. Bei Auseinandersetzungen zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung ist wohl gelegentlich von Seiten der privaten Krankenversicherung mit einer gewissen Ironie die Frage aufgeworfen worden, ob diese oder jene Regelung bei der gesetzlichen Krankenversicherung als sozial angesehen werden könne. Das gilt z. B. für die Aussteuerungsvorschriften, nämlich die Aussteuerung wegen einer Krankheit hat die Aussteuerung für alle anderen neu hinzutretenden Leiden zur Folge, solange die erste Krankheit Heilbehandlung erfordert oder Arbeitsunfähigkeit bedingt. Auch nach der vom Reichsversicherungsamt neuerdings angekündigten Reform auf diesem Gebiet<sup>2</sup> müssen die Aussteuerungsvorschriften der gesetzlichen Krankenversicherung im allgemeinen noch als ungünstiger angesehen werden als die der privaten Krankenversicherung. Allerdings können sich auch, wenn die ausgesteuerte Krankheit nach objektiver ärztlicher Feststellung keine Heilbehandlung mehr erfordert oder Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat, die Aussteuerungsvorschriften der gesetzlichen Krankenversicherung

<sup>1</sup> Erlasse des Reichsarbeitsministers vom 20. 2. 37 (Amtl. Nachr. S. 47) und vom 1. 2. 41 (Amtl. Nachr. S. 85).

<sup>2</sup> Bescheid vom 21. 12. 40. Amtl. Nachr. 1941 S. 22.

günstiger auswirken als die der privaten Krankenversicherung.<sup>1</sup> Es liegt im Wesen sowohl der gesetzlichen wie der privaten Krankenversicherung, daß Grenzen des Versicherungsschutzes gezogen werden müssen, wenn man auch ständig an ihrer Verbesserung arbeiten kann und soll, wobei natürlich immer auf die zur Verfügung stehenden Mittel Rücksicht genommen werden muß. Es wäre aber falsch, der gesetzlichen Krankenversicherung wegen ihrer Begrenzung des Versicherungsschutzes, auf die hier nicht im einzelnen eingegangen werden kann, da das eine besondere Darstellung erfordern würde, ihren Charakter als Zweig der Sozialversicherung absprechen zu wollen.

Der soziale Charakter der gesetzlichen Krankenversicherung zeigt sich darin, daß die Betriebsführer einen Teil der Beiträge für die Versicherungspflichtigen aufbringen müssen. Er zeigt sich ferner in der Zurverfügungstellung von Reichsmitteln. Direkte Reichszuschüsse werden aber nur gewährt für die schon erwähnte Aufrechterhaltung der Familienhilfe für die zum Wehrdienst Einberufenen wie überhaupt zu Übungen der Wehrmacht oder zur kurzfristigen Ausbildung Einberufener. Die Vorschrift des § 205d RVO., daß die Krankenkassen einen Reichszuschuß von 50 RM. für jeden Entbindungsfall in der Familienwochenhilfe erhalten, findet seit 1931 keine Anwendung mehr. Vor allem aber zeigt sich der soziale Charakter der gesetzlichen Krankenversicherung darin, daß, wie schon bemerkt, die Beiträge sich nach dem Einkommen richten. Die bessergestellten Versicherten haben einen höheren Beitrag als die Versicherten mit einem geringeren Einkommen zu zahlen, sie erhalten aber nicht im gleichen Verhältnis höhere Leistungen. Der Beitrag wirkt sich nur auf Seiten der Barleistungen aus, während die Sachleistungen, die den weitaus größten Umfang aller Leistungen ausmachen, sich nicht nach dem Beitrag richten.

Die Staffelung des Beitrags in der gesetzlichen Krankenversicherung kann — abgesehen von den Ersatzkassen — nur bis zu einem Grundlohn von 10 RM. für den Kalendertag, also für Jahreseinkommen bis zu 3600 RM. durchgeführt werden. Mithin hat ein Versicherter mit einem Jahreseinkommen von 7200 RM. nur den gleichen Beitrag zu zahlen wie ein Versicherter mit halb so hohem Einkommen. Gegen diese im Widerspruch zum sozialen Charakter der gesetzlichen Krankenversicherung liegende Regelung sind des öfteren Bedenken gerade von Sozialversicherungsschriftstellern erhoben worden<sup>2</sup>. Dabei wurde auch auf

<sup>1</sup> In der Tagung ist sowohl von Prof. RICHTER für die gesetzliche wie von Direktor SCHNEIDER für die private Krankenversicherung ausgeführt worden, daß man auf die Aussteuerung voraussichtlich wohl ganz werde verzichten können.

<sup>2</sup> M. W. zuletzt von BIRKNER, „Gedanken über die Reform der Krankenversicherung“. 1939 S. 38 ff.

die für die gesetzliche und die private Krankenversicherung gleichermaßen zutreffende Erscheinung hingewiesen, daß Personen mit höherem Einkommen in der Regel auch höhere Ansprüche an die Krankenversicherung stellen. Die Frage, ob und inwieweit auch für die Versicherten mit einem höheren Einkommen als 3600 RM. die Beitragsstaffelung durchzuführen ist, bedarf m. E. einer besonderen Prüfung bei der Ausdehnung der Versicherungsberechtigung über die Grenze von 7200 RM., auf die ich noch zu sprechen komme.

Wie schon aus den bisherigen Ausführungen hervorgehen dürfte, müssen auch die Versicherungsberechtigten nach dem Einkommen eingestuft werden. Gegen diesen Grundsatz ist aber besonders vor dem Umbruch verstoßen worden in der mehr oder weniger ausgesprochenen Absicht, damit der privaten Krankenversicherung Konkurrenz zu bereiten. Ende 1936 wies der Reichsarbeitsminister auf die Notwendigkeit der richtigen Beitragseinstufung der freiwillig Versicherten hin<sup>1</sup>. Für die Weiterversicherten bestimmt die Reichsversicherungsordnung, daß der Kassenleiter die Versetzung des Weiterversicherten in eine höhere Klasse oder Stufe auch ohne seine Zustimmung vornehmen kann, wenn dessen Beiträge in erheblichem Mißverhältnis zu seinem Gesamteinkommen und zu den ihm im Krankheitsfall zu gewährenden Leistungen stehen. Daß es sich hier gegebenenfalls um eine Pflicht des Kassenleiters handelt, bei deren Verletzung er wie ein Vormund seinem Mündel haftet, hat das Reichsversicherungsamt im Jahre 1936 zum Ausdruck gebracht<sup>2</sup>. Für die auf Grund dieses Tatbestandes notwendig werdenden Beitragserhöhungen hat der Reichskommissar für die Preisbildung Mitte 1940 eine allgemeine Ausnahmegenehmigung erteilt<sup>3</sup>.

Trifft die ROHRBECKSche Definition auch insoweit für die gesetzliche Krankenversicherung zu, als danach die Versicherung im Versicherungsfall den Bedarf von „Wirtschaften“ decken soll? Auch die gesetzliche Krankenversicherung schützt ebensowenig wie die private Krankenversicherung — wenn wir von der besonderen Frage der Krankheitsverhütung absehen — die bei ihr versicherten Personen vor Krankheiten. Sie schützt aber die Versicherten davor, daß ihre Hauswirtschaft durch Ausgaben für Krankheitsbehandlung gefährdet wird, wie auch in Form des Krankengeldes der Hauswirtschaft ein gewisser Ersatz für die wegen Arbeitsunfähigkeit fortfallenden Einnahmen des Versicherten gewährt wird. Sowohl die gesetzliche wie die private Krankenversicherung ist aber als eine auf die Person genommene Versicherung eine Personen-

<sup>1</sup> Erlaß des Reichsarbeitsministers vom 29. 12. 36. Die Ortskrankenkasse 1937 S. 94.

<sup>2</sup> Bescheid des Reichsversicherungsamts vom 17. 4. 36. Entsch. u. Mitt. Bd. 40 S. 53.

<sup>3</sup> Erlaß des Reichsarbeitsministers vom 1. 6. 40. Amtl. Nachr. S. 193.

versicherung im Gegensatz zur Sach- oder Güterversicherung<sup>1</sup>. Dagegen ist die private Krankenversicherung nur zu einem kleinen Teil Personenversicherung im Sinne von § 1 des Versicherungsvertragsgesetzes. Jeder Zweifel darüber wäre behoben, wenn im Versicherungsvertragsgesetz der Schadensversicherung nicht mehr die Personenversicherung, sondern die Summenversicherung gegenübergestellt würde<sup>2</sup>. Wenn auch für die gesetzliche Krankenversicherung eine Untersuchung, inwieweit sie Schadens- oder Summenversicherung ist, keine rechtliche Bedeutung wie für die private Krankenversicherung hat, so muß doch zur Erkenntnis ihres Wesens festgestellt werden, daß sie ebenso wie die private Krankenversicherung zum größeren Teil Schadensversicherung und zum kleineren Teil Summenversicherung ist<sup>3</sup>. Soweit die gesetzliche Krankenversicherung Krankenpflege gewährt, ist sie Schadensversicherung. Das heißt, die Leistungen richten sich nach dem tatsächlich eingetretenen Schaden und können nur insoweit gewährt werden. Soweit aber die gesetzliche Krankenversicherung Krankengeld oder Sterbegeld gewährt, ist sie Summenversicherung, wie das auch für einen Teil ihrer Wochenhilfeleistungen, vor allem das Wochengeld und das Stillgeld, zutrifft. Bei diesen Summenversicherungsbestandteilen der gesetzlichen Krankenversicherung wird die von vornherein summenmäßig festgelegte Leistung ohne Rücksicht auf den eingetretenen Schaden bei den Versicherungsfällen der Arbeitsunfähigkeit, des Todes oder der Geburt gewährt.

Die gesetzliche Krankenversicherung kennt nicht die Unterscheidung zwischen Schadens- und Summenversicherung, sondern nur zwischen Sachleistungen und Barleistungen. Man kann noch heute im Sozialversicherungsschrifttum vollkommen irrtümliche Ausführungen über Bar- und Sachleistungen in der privaten Krankenversicherung lesen<sup>4</sup>.

<sup>1</sup> Vgl. HEYN, „Ist die Krankenversicherung Güter- oder Personenversicherung?“ Deutscher Versicherungs-Dienst 1940 Nr. 4 S. 51.

<sup>2</sup> So vorgeschlagen von WISSING, HEYN, SETZEPFAND, „Die gesetzliche Regelung der privaten Krankenversicherung.“ 1938 S. 6. Auch SCHMIDT-RIMPLER betont in „Versicherungswirtschaft und Versicherungsrecht“ (Heft 1 der Veröffentlichungen des Berliner Hochschulinstituts für Versicherungswissenschaft S. 67), daß „die Unterscheidung von Personen- und Schadenversicherung, wie sie das VVG. vornimmt, falsch“ ist. Er betont, „daß die Krankenversicherung zum Teil Summenversicherung, zum Teil Schadenversicherung ist.“

<sup>3</sup> Allerdings nimmt bei der gesetzlichen Krankenversicherung die Summenversicherung einen größeren Umfang ein, da bei ihr vor allem das Krankengeld eine erheblich größere Bedeutung hat als bei der privaten Krankenversicherung.

<sup>4</sup> So z. B. bei JAEGER, „Privatversicherung und reichsgesetzliche Versicherung“. Die Ortskrankenkasse 1940 Nr. 7 S. 121. An diesen sowie anderen Ausführungen übt der Verfasser Kritik in dem Aufsatz „Der Wechsel zwischen privater und gesetzlicher Krankenversicherung.“ Die Arbeiter-Versorgung 1940 Nr. 23 S. 416. Begrifflich falsch war auch die Feststellung in Bd. 521 S. 62 der Statistik des Deutschen Reiches, daß die Zuschußversicherung in der privaten Krankenversicherung sich „nahezu ausschließlich auf Barleistungen“ beschränke. Das

Diese Unterscheidung ist nur in der gesetzlichen Krankenversicherung möglich. Dagegen werden in der privaten Krankenversicherung nur Barleistungen gewährt, also auch in der Krankenversicherung als Schadensversicherung, die man insoweit auch sehr gut als Krankheitskostenversicherung bezeichnen kann.

Sachleistung der gesetzlichen Krankenversicherung ist die Krankenpflege. Sie wird in Natur gewährt, und zwar in erster Linie durch die direkte Bereitstellung von Ärzten, die als besonders zur Kassenpraxis zugelassene Kassenärzte — zusammengefaßt in der Kassenärztlichen Vereinigung Deutschlands — in einem Vertragsverhältnis zu den Krankenkassen bzw. ihren Organisationen, aber nicht zu den Versicherten stehen. Die private Krankenversicherung hat keine Vertragsbeziehungen zum Arzt, dessen Vertragskontrahent allein die versicherte Person in ihrer Eigenschaft als Privatpatient ist. Die private Krankenversicherung gewährt also keine Krankenpflege, sondern hat den durch die ärztliche Behandlung entstandenen Vermögensschaden zu ersetzen. Es war deshalb von vornherein — zum mindesten für die deutschen Verhältnisse — eine falsche Fragestellung, wenn für die für Mitte 1940 vorgesehene, aber wegen des Krieges ausgefallene XII. Welttagung für Versicherungswissenschaft in Luzern die Aufgabe gestellt wurde, Untersuchungen über die Grundbegriffe und die statistischen und technischen Grundlagen der gesetzlichen und der privaten Krankenversicherung vorzunehmen, „getrennt nach Krankengeld- und Krankenpflegeversicherung“<sup>1</sup>.

Die Krankenpflege läßt sich wie alle Sachleistungen nicht in Geldwert ausdrücken, wenigstens vom Blickpunkt der versicherten Person aus. Allerdings muß sie vom Krankenversicherungsträger mit Geld bezahlt werden. Der Geldwert spielt aber bei der Gewährung der Sachleistung gar keine Rolle. Es scheint mir deshalb nicht zweckmäßig zu sein, daß nach der ROHRBECKSchen Versicherungsdefinition, da sie auch für die Sozialversicherung<sup>2</sup> gelten soll, der im Versicherungsfall zu deckende Bedarf in Geldwert ausdrückbar sein muß. Das scheint mir nicht ein Wesensmerkmal der Versicherung zu sein, weshalb die diesbezüglichen Worte m. E. ohne Schaden für die Definition gestrichen werden können.

Die Gewährung der Krankenpflege ist ein typisches Merkmal der gesetzlichen Krankenversicherung, durch das sie so scharf von der

ist dann in Bd. 529 S. 68 des gleichen Werkes in „Barleistungen im Sinne der reichsgesetzlichen Krankenversicherung“ abgeändert worden.

<sup>1</sup> Siehe den Bericht des Conseil de Direction des Comité Permanent des Congres Internationaux d'Actuaires in der Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft 1938 S. 345.

<sup>2</sup> Das gleiche würde für die Privatversicherung gelten, soweit sie, wie das z. B. bei der Glasversicherung noch teilweise der Fall ist, ihre Leistungen in Natur gewährt.

privaten Krankenversicherung unterschieden wird, daß damit die gesamten landläufigen Vergleiche, nach denen angeblich die gesetzliche oder die private Krankenversicherung besser oder schlechter sein soll, von vornherein von einer falschen Grundlage ausgehen. Krankenpflege ist auch das Merkmal aller Träger der gesetzlichen Krankenversicherung einschließlich der Ersatzkassen. Deshalb sollte man, um nicht immer wieder Verwechslungen herbeizuführen, die Träger der privaten Krankenversicherung nicht als Krankenkassen bezeichnen — auch nicht als private Krankenkassen —, weil eben dieses Wort ganz eindeutig vom Gesetz für die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung mit der Krankenpflege als wichtigster Leistung festgelegt worden ist. Die Träger der privaten Krankenversicherung sind Krankenversicherungsunternehmungen oder Krankenversicherungsanstalten oder — nach ROHR-BECK — Krankenversicherungseinrichtungen, wie auch die einzelne Krankenversicherungsunternehmung nach ihrer Rechtsform als Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit, Aktiengesellschaft oder öffentlich-rechtliche Anstalt bezeichnet werden kann.

Die Gewährung der Krankenpflege in Natur auf den Grundlagen von Gesetz und Vertrag ist deshalb notwendig, um den Versicherungsschutz so billig wie möglich zu gestalten. Es kann hier nicht auf das System der Pauschalhonorierung der Ärzte eingegangen werden. Es sei hier nur betont, daß das kassenärztliche Honorar aus dem Kopfpauschale und der durchschnittlichen Mitgliederzahl errechnet wird. Die Bezahlung der Ärzte richtet sich nicht nach der Zahl der Fälle, sondern allein nach der Zahl der Versicherten und dem Grundlohn, den sie verdienen. Je höher die Zahl der vom Kassenarzt behandelten Fälle ist, um so geringer ist seine Bezahlung für den einzelnen Fall. Ausgangspunkt für die Pauschalhonorierung ist ursprünglich der Mindestsatz der Preußischen Gebührenordnung gewesen. Daß dieser mehr oder weniger unterschritten wird, zeigt die Bezahlung des Nichtkassenarztes, der mit Grund in einem dringenden Fall in Anspruch genommen werden mußte. Dieser erhält 80 v. H. der Mindestsätze der Preugo. Nach der Generalklausel des § 182 Abs. 2 RVO. muß die Krankenpflege „ausreichend und zweckmäßig sein; sie darf jedoch das Maß des Notwendigen nicht überschreiten“. Von den zahlreichen zu diesem Zweck ergangenen ministeriellen Anordnungen oder abgeschlossenen Verträgen sei nur hervorgehoben der zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Deutschlands und den vier Reichsverbänden der gesetzlichen Krankenkassen abgeschlossene Reichsvertrag über den Regelbetrag vom 18. März 1938. Durch ihn wird die obere Grenze für den durchschnittlichen Verbrauch von Arzneien und Heilmitteln festgesetzt, den ein Behandlungsfall bei wirtschaftlicher Verordnungsweise im allgemeinen nicht zu überschreiten pflegt. Im einzelnen ist geregelt, wann und unter welchen Voraussetzun-

gen eine Krankenkasse Erstattungsansprüche gegen einzelne Ärzte auf Grund von Regelbetragsüberschreitungen stellen kann<sup>1</sup>.

Die Natur der von der gesetzlichen Krankenversicherung gebotenen Krankenpflege, die in erster Linie auf einer an sich im Widerspruch zu unserem Arztsystem stehenden schematischen unteren Honorierung und auch gewissermaßen einer Verbeamtung der Ärzte aufbaut, findet dadurch ihre innere Berechtigung, daß die gesetzliche Krankenversicherung sich nur auf Personen bis zu einem bestimmten Einkommen erstreckt oder zum mindesten erstrecken soll. Es kann m. E. keineswegs als unberechtigt angesehen werden, wenn der Reichsgesundheitsführer, Dr. CONTI, in einem ganz offenbar zur Beruhigung der Ärzte geschriebenen, zu Beginn dieses Jahres veröffentlichten Artikel<sup>2</sup> es nicht für wünschenswert erklärte, „daß etwa diese Form der Sozialversicherung auf solche Volkskreise schematisch ausgedehnt würde, für die sie nicht geschaffen wurde und nicht paßt.“ Das kann man keineswegs als Ausfluß des ärztlichen Eigennutzes abtun, ganz abgesehen davon, daß die Person des Reichsgesundheitsführers wohl über einen solchen Vorwurf erhaben wäre. Vor allem aber ist es für unser Volk von großer Bedeutung, ob unserer medizinischen Praxis und Wissenschaft durch einen nicht zu kleinen Bezirk freien ärztlichen Schaffens, bei einer sich nach den Einkommensverhältnissen des Privatpatienten richtenden Honorierung<sup>3</sup> die Möglichkeit schöpferischer Weiterentwicklung gegeben ist. Es muß also ein gewisser Bestand von Privatpatienten erhalten werden. Das ist, soweit diese sich versichern wollen oder sollen, nur auf dem Wege über die private Krankenversicherung möglich.

Wie liegen nun die tatsächlichen Verhältnisse? Abgesehen von Ausnahmen, sind versicherungspflichtig die wirtschaftlich Unselbständigen. Arbeiter und ihnen gleichgestellte Personen sind unbeschränkt krankenversicherungspflichtig, also ohne Rücksicht auf die Höhe des Einkommens. Dagegen läßt sich — auch vom Standpunkt der privaten Krankenversicherung aus — kaum etwas einwenden, da es für Arbeiter ver-

<sup>1</sup> Siehe dazu MENDE, „Wirtschaftliche Verordnungsweise und Reichsbetrag in der Krankenversicherung.“ Heft 37 der „Wege zur Kassenpraxis.“

<sup>2</sup> „Rückschau und Ausblick.“ Deutsches Ärzteblatt 1941 Nr. 1.

<sup>3</sup> Sind klare Normen für die Honorierung der Ärzte nach dem Einkommen ihrer Privatpatienten gegeben, dann kann die private Krankenversicherung für alle verschiedenen Gruppen der Privatpatienten voll befriedigende Versicherungstarife schaffen. Leider ist aber bei den bisherigen staatlichen Gebührenordnungen trotz ihrer weitgehenden Staffelung und der Ermächtigung, daß die Einkommensverhältnisse des Patienten berücksichtigt werden dürfen, nicht zu erkennen, inwieweit das Einkommen berücksichtigt werden soll oder darf. Es ist zu hoffen, daß die notwendige Klarheit einmal durch die Reichsgebührenordnung erreicht werden wird. Zwar bestimmt § 15 Abs. 1 der Reichsärzteordnung vom 13. 12. 35, daß der Reichsminister des Innern nach Anhörung der Reichsärztekammer eine Gebührenordnung für Ärzte erläßt. Das ist aber bis heute nicht geschehen.

hältnismäßig selten sein dürfte, daß sie die Krankenversicherungspflichtgrenze für Angestellte überschreiten. Keinen Grund vermag ich dagegen für die unbeschränkte Versicherungspflicht aller Seeleute, zu denen auch die Seeoffiziere gehören, zu erkennen.

Im Schrifttum der privaten Krankenversicherung kann man auch gelegentlich die keineswegs zutreffende Ansicht finden, daß alle Personen bis zu einem Einkommen von 3600 RM. versicherungspflichtig, dagegen alle Personen mit einem darübergehenden Einkommen versicherungsfrei sind. Hier wird übersehen, daß diese Grenze nur für Angestellte oder ihnen gleichgestellte Personen gilt. Außerdem besteht für Kapitäne von Seeschiffen<sup>1</sup> und für die zur knappschaftlichen Krankenversicherung gehörenden Angestellten, soweit sie der Versicherungspflicht bei der Angestelltenpensionskasse unterliegen<sup>2</sup>, eine Krankenversicherungspflichtgrenze von 7200 RM. Irgendwelche sachlichen Gründe für die Verdoppelung der Angestellten-Krankenversicherungspflichtgrenze für diese Personen habe ich nicht erkennen können.

Von erheblicher Bedeutung ist unter den gegebenen Verhältnissen für die private Krankenversicherung die Krankenversicherungspflichtgrenze von 3600 RM. Denn ein großer Teil der wegen Überschreitung dieser Grenze versicherungsfreien Angestellten gehört der privaten Krankenversicherung an und hält ganz offenbar diese Versicherung für seinen Bedürfnissen entsprechend. Mit um so größeren Bedenken muß die private Krankenversicherung die des öfteren von Sozialversicherungsschriftstellern getroffene Feststellung erfüllen, daß eine Erhöhung der

<sup>1</sup> Da sie nach § 163 Abs. 2 RVO. ebenfalls als Seeleute im Sinne von § 165 Abs. 1 Nr. 7 RVO. gelten, sind sie an sich nach § 165 Abs. 2 RVO. ebenfalls unbeschränkt krankenversicherungspflichtig. Nach § 477 Abs. 3 RVO. kann aber die Satzung der See-Krankenkasse bestimmen, daß die Kapitäne versicherungsfrei bleiben; sie kann weiter bestimmen, daß die versicherungsfreien Kapitäne ohne Rücksicht auf ihren jährlichen Gesamtverdienst der Versicherung freiwillig beitreten können. Von dieser Ermächtigung hat die Satzung der See-Krankenkasse Gebrauch gemacht, indem sie bestimmt hat, daß Kapitäne mit einem Jahresarbeitsverdienst von mehr als 7200 RM. versicherungsfrei sind und daß sie mit einem darüber hinausgehenden Jahresarbeitsverdienst sich freiwillig versichern können.

<sup>2</sup> Nach § 16 des Reichsknappschaftsgesetzes kann die Satzung der Reichsknappschaft die Krankenversicherungspflicht auf Angestellte erstrecken, deren Jahresarbeitsverdienst die Versicherungspflichtgrenze für Angestellte gemäß § 165 Abs. 2 RVO. übersteigt und die der Angestelltenpensionskasse als versicherungspflichtige Mitglieder angehören. Auf Grund dieser gesetzlichen Ermächtigung erstreckt sich nach § 103 Satz 1 der Satzung der Reichsknappschaft die Krankenversicherungspflicht auf diejenigen versicherungspflichtigen Mitglieder der Pensionsversicherung der Angestellten, deren regelmäßiger Jahresarbeitsverdienst 3600 RM. übersteigt und die nicht einer Ersatzkasse angehören. Nach § 28 Abs. 1 Nr. 2 in Verbindung mit § 1 des Reichsknappschaftsgesetzes geht die Versicherungspflicht in der Pensionsversicherung der Angestellten ebenso wie in der Angestellten-

Versicherungspflichtgrenze notwendig sei, wobei in der Regel gleich eine Verdoppelung bis auf 7200 RM. empfohlen wird. Bei den Forderungen auf Ausdehnung des Bereichs der gesetzlichen Krankenversicherung, wie der Sozialversicherung überhaupt, wird im allgemeinen immer betont, daß diese oder jene Bevölkerungskreise noch den Versicherungsschutz entbehren. Wenn allerdings gemäß meinen einleitenden Ausführungen für den Mitarbeiter der gesetzlichen Krankenversicherung diese die Krankenversicherung schlechthin ist, dann ist es selbstverständlich, daß an einen schon bei der privaten Krankenversicherung bestehenden Versicherungsschutz nicht gedacht wird. Bei jeder Erweiterung der Krankenversicherungspflicht, mag sie auch noch so unbedeutend erscheinen, werden den Trägern der privaten Krankenversicherung immer wieder Klagen vorgetragen, daß die betreffenden Versicherungsnehmer ihre ihnen oft in langen Jahren ans Herz gewachsene Versicherungsgemeinschaft der privaten Krankenversicherung aufgeben müssen. Das gilt z. B. auch für manche Weltkriegshinterbliebenen sowie Hinterbliebene von Kämpfern für die nationale Erhebung, die durch Verordnung vom 20. April 1939 für krankenversicherungspflichtig erklärt worden sind. Hier hätte m. E. zum mindesten den schon bei der privaten Krankenversicherung versicherten Personen das Recht auf Beibehaltung ihrer privaten Krankenversicherung als Ersatz für die gesetzliche Krankenversicherung gegeben werden können. Das kann um so weniger als abwegig betrachtet werden, als nach dem Erlaß des Reichsarbeitsministers und des Reichsinnenministers vom 5. Mai 1939 auch „mit Rücksicht auf die Belange der Privatversicherung“ von den nicht versicherungspflichtig gewordenen Hinterbliebenen nur den bedürftigen das Recht zum freiwilligen Beitritt gegeben worden ist<sup>1</sup>.

versicherung bis zu einem Jahresarbeitsverdienst von 7200 RM. Folglich ist das auch die Grenze für die Krankenversicherungspflicht der Angestellten in knappschaftlichen Betrieben. Nach der Neufassung von § 28 des Reichsknappschaftsgesetzes durch § 82 des Rentenausbaugesetzes vom 21. 12. 39 gehören aber zur knappschaftlichen Pensionsversicherung der Angestellten nur noch die Angestellten, die „mit wesentlich bergmännischen Arbeiten beschäftigt werden.“ Die anderen Angestellten sind angestelltenversicherungspflichtig. Mithin bezieht sich auch auf sie nicht mehr die Vorschrift von § 16 des Reichsknappschaftsgesetzes, sodaß sie ebenso wie alle anderen Angestellten nur bis zu einem Jahresarbeitsverdienst von 3600 RM. der Krankenversicherungspflicht unterliegen. Wohl aber sind pensionsversicherungspflichtig und infolgedessen auch krankenversicherungspflichtig die Angestellten in knappschaftlichen Betrieben mit einem Jahresarbeitsverdienst bis zu 7200 RM., für die § 128 Abs. 1 Nr. 1 des Rentenausbaugesetzes zutrifft. Danach können Angestellte, die am 1. 1. 38 in knappschaftlich versicherten Betrieben beschäftigt sind, aber infolge der neuen Vorschriften des Rentenausbaugesetzes nicht mehr zur Pensionsversicherung der Angestellten gehören, erklären, daß sie weiter pensionsversicherungspflichtig bleiben wollen.

<sup>1</sup> Siehe alles weitere in dem das Krankenversicherungsverhältnis der Weltkriegshinterbliebenen behandelnden Kapitel 3 von Teil II meines Buches „Die

Für die Forderung auf Erhöhung der Krankenversicherungspflichtgrenze für Angestellte lassen sich m. E. im allgemeinen keine sachlichen Gründe geltend machen. Das hat z. B. auch der Hamburger Fachkreis Versicherung im NS.-Rechtswahrerbund in seinen Leitsätzen über eine Grenzziehung zwischen Privat- und Sozialversicherung<sup>1</sup> zum Ausdruck gebracht, die auch unter Mitarbeit von Praktikern und Theoretikern der Sozialversicherung entstanden sind. Der Fachkreis wies auch darauf hin, daß die Krankenversicherungspflichtgrenze vor dem Kriege 2500 Mark und — abgesehen von den Papiermarkgrenzen der Inflationszeit — 2700 RM. bis Ende September 1927 betragen habe. Da die damalige Erhöhung der Krankenversicherungspflichtgrenze von 2700 auf 3600 RM. mit der allgemeinen Preis- und Lohnerhöhung begründet wurde, hätte sie sehr wohl bei dem Preis- und Lohnabbau durch die Notverordnung in den Jahren 1930/31 wieder herabgesetzt werden können. Nachdem das nicht geschehen ist, kann jetzt um so weniger ein Grund für die Erhöhung der Krankenversicherungspflichtgrenze bestehen. Vor allem würde sie nach meinen Ausführungen über den Aufbau der gesetzlichen Krankenversicherung, wobei auch an die Natur der Krankenpflege zu denken ist, im Widerspruch zu dem Wesen der gesetzlichen Krankenversicherung als eines Zweiges der Sozialversicherung stehen. Man könnte allerdings einwenden, daß diese Grenze für Verheiratete ohne und vor allem mit Kindern zu niedrig gegriffen sei. Dazu ist aber zu bemerken, daß nach § 165 Abs. 2 RVO. für die Jahresarbeitsverdienstgrenze Zuschläge, die mit Rücksicht auf den Familienstand gezahlt werden — wie vor allem Frauen- und Kinderzuschläge — nicht angerechnet werden. Als ein solcher Zuschlag ist sogar der Unterschied zwischen dem Wohnungsgeldzuschuß der verheirateten und dem der ledigen Angestellten zu betrachten<sup>2</sup>. Allerdings vertritt BIRKNER in seinem 1939 erschienenen Buch über die Reform der gesetzlichen Krankenversicherung<sup>3</sup> den Standpunkt, daß diese Regelung nicht genüge. Er möchte vielmehr die Grenze für die Krankenversicherungspflicht nur für Ledige auf 300 RM. im Monat festgesetzt sehen. Diese soll sich

---

deutsche private Krankenversicherung im Kriege.“ 1941. Durch einen weiteren gemeinsamen Erlaß des Reichsarbeitsministers, des Reichsinnenministers und des Oberkommandos der Wehrmacht vom 20. 5. 40 ist nur den Hinterbliebenen mit Rentenhöchstansprüchen von 116 bis 145 RM. im Monat der freiwillige Beitritt gestattet worden. Es ist ein Beweis für das Entgegenkommen der privaten Krankenversicherung, daß trotz Beendigung der Versicherung der Weltkriegshinterbliebenen infolge Versicherungspflicht ihnen die Möglichkeit der Aufrechterhaltung ihres schon erworbenen Sterbegeldanspruchs durch einen Beitrag von 2 v. T. der Versicherungssumme gegeben wurde.

<sup>1</sup> Hanseatische Rechts- und Gerichts-Zeitschrift 1939 S. 219.

<sup>2</sup> Erlaß des Reichsarbeitsministers vom 20. 12. 38. Amtl. Nachr. 1939 S. 34.

<sup>3</sup> Siehe S. 82 Anm. 2.

dann für Verheiratete um 100 RM. und für jedes Kind um je 25 RM, im Monat erhöhen.

Keineswegs mache ich mir in allen Punkten die Reformvorschläge BIRKNERs zu eigen. Das gilt z. B. für die m. E. nicht zu befürwortende und im vollen Widerspruch zum Aufbaugesetz vom 7. Juli 1934 stehende Ersetzung der verschiedenen Krankenkassen und ihrer verschiedenen Arten durch einen einzigen Versicherungsträger. Wenn aber gegen diese Schrift auch eingewendet worden ist, daß man im Kriege sich um andere Dinge zu kümmern habe als um die dort angeschnittenen Fragen, so vermag ich dem nicht beizupflichten. Denn tatsächlich gibt der Krieg, obwohl er die gesetzliche wie die private Krankenversicherung vor eine Fülle von neuen und von beiden Gruppen der deutschen Krankenversicherung in jeder Beziehung gemeisterten Aufgaben gestellt hat, doch auch die Möglichkeit der Überprüfung des Bestehenden. Wohl aber sollte im Kriege von Reformen, die nicht irgendwie kriegsnotwendig sind, abgesehen werden.

Dieser Grundsatz ist nach Ansicht der privaten Krankenversicherung nicht beachtet worden bei den Bestimmungen über die Krankenversicherungspflichtgrenze in der Ostmark und im Sudetenland vom 4. Februar 1941<sup>1</sup>. Zwar hat in der Ostmark und im Sudetenland für alle Krankenversicherungspflichtigen die unbeschränkte Krankenversicherungspflicht bestanden. Wohl aber mußte aus den in den Jahren 1938 und 1940 ergangenen Verordnungen über die Einführung der reichsrechtlichen Vorschriften der Sozialversicherung in der Ostmark und im Sudetenland<sup>2</sup> geschlossen werden, daß trotz der Beibehaltung der über das Reichsrecht hinausgehenden Versicherungspflicht das Ziel die volle Anpassung an das Reichsrecht war. Denn den Personen, die nach dem ostmärkischen und sudetendeutschen Recht über das Reichsrecht hinaus der Krankenversicherungspflicht unterlagen, wurde das Recht auf Befreiung von der Krankenversicherungspflicht gegeben. Daß im Gegensatz zu diesen Vorschriften die Krankenversicherungspflichtgrenze auf 7200 RM. festgelegt worden ist, läuft auf eine ganz wesentliche Zurückdrängung der privaten Krankenversicherung hinaus, die m. E. vor allem im Widerspruch zu dem von mir besprochenen Wesen der gesetzlichen Krankenversicherung steht. Es führte aber noch zu einer gewissen Beruhigung, daß der Wirtschaftsgruppe Lebens- und Krankenversicherung von den Sachbearbeitern des Reichsarbeitsministeriums an Hand der auf den ersten Blick nicht klar verständlichen neuen Bestimmungen

<sup>1</sup> Reichs- und Staatsanzeiger Nr. 38 vom 14. 2. 41.

<sup>2</sup> Verordnung über die Einführung der Sozialversicherung im Lande Österreich vom 22. 12. 1938 (RGBl. I S. 1912) und Verordnung über die endgültige Regelung der Reichsversicherung in den ehemaligen tschechoslowakischen, dem Deutschen Reich eingegliederten Gebieten vom 27. 6. 40 (RGBl. I S. 957).

die Erklärung gegeben wurde, die schon auf Grund des bisherigen Rechts der privaten Krankenversicherung beigetretenen Angestellten mit mehr als 3600 RM. könnten dort bleiben. Ja es könnten sogar die Personen, die am 30. September 1938 im Sudetenland und am 31. Dezember 1938 in der Ostmark eine Einnahme von mehr als 3600 RM., aber weniger als 7200 RM. hatten, sich nach wie vor von der Versicherungspflicht befreien und der privaten Krankenversicherung beitreten. Diese Auslegung wird leider nicht mehr aufrechterhalten. Da aber das Reichsarbeitsministerium offenbar von Anfang an eine solche Regelung beabsichtigt hatte, muß m. E. zur Beruhigung der etwa 50 000 Personen die erst auf Grund der Verordnungen der Jahre 1938 und 1940 von der gesetzlichen zur privaten Krankenversicherung übergetreten sind, eine schleunige Ergänzung der „Bestimmungen“ erwartet werden. Denn anderenfalls wäre ja ein ungeheurer, gerade in heutiger Zeit nicht zu verantwortender wirtschaftlicher Leerlauf eingetreten.

Abgesehen von dieser besonderen Frage, könnte die neue Versicherungspflichtgrenze in der Ostmark und im Sudetenland vielleicht mit der früheren unbeschränkten Krankenversicherungspflicht in diesen Gebieten begründet werden. Derartige besondere Verhältnisse sind aber im Altreich und auch in den weiteren in das Reich eingegliederten Gebieten nicht gegeben. Die Ansicht, daß die ostmärkische und sudeten-deutsche Regelung auch auf das Altreich übertragen werden könne, ist um so weniger berechtigt, als nicht, wie vielfach angenommen worden ist, in der offiziellen Pressenotiz des Deutschen Nachrichtenbüros diese Neuregelung als Vorbild für das Altreich herausgestellt worden ist.

Die wirtschaftlich und rechtlich Selbständigen sind nach reichs-deutschem Recht nicht krankenversicherungspflichtig. Allerdings unterliegen nach § 165 a RVO. bestimmte Selbständige der Krankenversicherungspflicht, und zwar zunächst Hausgewerbetreibende und selbständige Lehrer und Erzieher, die in ihrem Betriebe keine Angestellten beschäftigen<sup>1</sup>. Dazu sind erst Anfang und Ende 1938 die Artisten und selbständigen Hebammen gekommen. Diese Durchbrechung des Grundsatzes, daß Selbständige nicht der Krankenversicherungspflicht unterliegen, läßt sich aber damit rechtfertigen, daß es sich hier um arbeitnehmerähnliche Personen handelt. Das zeigt sich auch darin, daß die

<sup>1</sup> Die selbständigen Lehrer sind zwar auch erst durch das Gesetz über die Versicherung der Artisten vom 13. 1. 38, durch das der neue § 165 a RVO. geschaffen wurde, in die Krankenversicherungspflicht einbezogen worden. Damit ist aber materiell kein neues Recht geschaffen worden, nachdem das Reichsversicherungsamt schon in einer grundsätzlichen Entscheidung vom 21. 5. 15 eine selbständige Musiklehrerin für krankenversicherungspflichtig erklärt hatte. Vgl. HEYN, „Die Erweiterung der Versicherungspflicht bei der gesetzlichen Krankenversicherung und der Angestelltenversicherung durch das Gesetz vom 13. Januar 1938. Deutsche Versicherungs-Zeitung 1938 Nr. 4 S. 39.

Beiträge unter Mitwirkung von dritten, den Arbeitgebern entsprechenden Personen aufgebracht werden. Bezweifelt werden muß aber, ob von den selbständigen Lehrern und Erziehern die im Gesetz vorgesehene Beitragsabwälzung praktisch durchgeführt werden kann<sup>1</sup>. Die selbständigen Hebammen müssen die Beiträge allein aufbringen<sup>2</sup>. Schon aus diesem Grunde scheint dem Hamburger Fachkreis Versicherung in den erwähnten Leitsätzen die Einbeziehung der Hebammen in den Alleinbereich der gesetzlichen Krankenversicherung unangemessen.

Diese Selbständigen unterliegen bis zu einem Jahreseinkommen von 3600 RM. der Krankenversicherungspflicht. Tatsächlich ist aber die Versicherungspflichtgrenze für die Artisten und für die selbständigen Lehrer in der Regel erheblich höher als für die Angestellten. Denn während bei den Angestellten der Bruttolohn für die Bemessung der Versicherungspflicht zugrundegelegt wird, sind bei Artisten und selbständigen Lehrern nach einem Bescheid des Reichsarbeitsministers aus dem Jahre 1938<sup>3</sup> und einer Entscheidung des Reichsversicherungsamts aus dem Jahre 1940<sup>4</sup> die gerade bei diesen Berufen sehr hohen Werbungskosten abzusetzen<sup>5</sup>. Im übrigen zeigt auch die gegen eine selbständige Musiklehrerin ergangene Entscheidung des Reichsversicherungsamts, wie wenig erwünscht den selbständigen Lehrern ihre Unterstellung unter die Krankenversicherungspflicht ist.

Die Ausdehnung der Krankenversicherungspflicht auf weitere Gruppen von Selbständigen, die nicht wie die eben behandelten als arbeitnehmerähnlich angesehen werden können, ist gelegentlich im Schrifttum der gesetzlichen Krankenversicherung gefordert worden<sup>6</sup>. Wie aber

---

<sup>1</sup> Sie können nach § 475 b RVO. jedesmal, wenn sie Entgelt erhalten, einen Zuschlag zur anteilmäßigen Deckung des Arbeitgeber-Drittels der gesetzlichen Beiträge verlangen. Dieser Anspruch besteht nur, soweit es sich um die Beiträge für den laufenden und den vorhergehenden Kalendermonat handelt, für weiter zurückliegende Zeiträume nur, wenn der Lehrer oder Erzieher schuldlos Beiträge nachentrichtet.

<sup>2</sup> Das muß, wie auch von HOFFMANN-KREIL in ihrem Kommentar zum 2. Buch der RVO. (9. Aufl. 1939) ausdrücklich betont wird, auch aus einem Vergleich des den Hebammen gewidmeten § 475 d RVO. mit § 475 b RVO. (vgl. Anm. 1) gefolgert werden.

<sup>3</sup> Amtl. Nachr. 1938 S. 458.

<sup>4</sup> Die Arbeiter-Versorgung 1940 S. 403.

<sup>5</sup> Andererseits enthält § 165 a RVO. naturgemäß nicht die Vorschrift von § 165 Abs. 2 RVO., daß für die Jahresarbeitsverdienstgrenze Familienzuschläge nicht angerechnet werden.

<sup>6</sup> So z. B. in der im Juli 1937 erschienenen, vom Reichsverband der Landkrankenstellen herausgegebenen Schrift von MAX SCHRAEDER „Für gesundes Landvolk. Wirken der deutschen Landkrankenstellen.“ Siehe dazu die Kritik des Verfassers in dem Aufsatz „Krankenversicherungspflicht für die Selbständigen?“ Deutsche Versicherungs-Zeitung 1937 Nr. 18 S. 227.

schon bemerkt, entfällt bei den Selbständigen, bei denen kein Arbeitgeber oder eine arbeitgeberähnliche Person an den Beiträgen beteiligt werden kann, das Hauptmoment für ihre Einbeziehung in die Pflichtversicherung bei der gesetzlichen Krankenversicherung. Das gilt auch für selbständige Handwerker und Gewerbetreibende sowie sonstige Selbständige mit einem Einkommen unter 3600 RM. Es genügt vollauf, daß diesen Personen das Recht zum freiwilligen Beitritt zur gesetzlichen Krankenversicherung gegeben ist. Wenn von Seiten der gesetzlichen Krankenversicherung gelegentlich bemerkt worden ist, daß nur ein Teil der selbständigen Handwerker und Gewerbetreibenden von ihrem Recht der freiwilligen Versicherung Gebrauch gemacht habe, so ist das vor allem dadurch zu erklären, daß eben ein sehr großer Teil gerade dieser Selbständigen seinen Versicherungsschutz bei der privaten Krankenversicherung gefunden hat. Es widerspricht durchaus dem Wesen eines wirtschaftlich Selbständigen, daß er zur notwendigen Vorsorge durch eine Krankenversicherung gezwungen wird. Wer eine solche Vorsorge nicht trifft, obwohl er keine Mittel für mehr oder weniger schwere Krankheiten zurückstellen kann, ist für eine wirtschaftliche Selbständigkeit nicht befähigt. Diesen Grundsatz könnte m. E. der Gesetzgeber durchaus festlegen. Schließlich ist es ein Widerspruch in sich selbst, jemand zur notwendigen Vorsorge für seine eigene Person zwingen zu wollen. Die mit Recht gegen einen Betriebsführer erlassenen Strafvorschriften, der hinsichtlich der Versicherungspflicht seiner Gefolgschaftsmitglieder nicht die ihm vom Gesetz auferlegten Pflichten erfüllt, kommen für Selbständige nicht in Frage. Wie einmal von einem Mitarbeiter der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte ausgeführt wurde<sup>1</sup>, verbietet sich aber auch das säumigen Arbeitgebern gegenüber oft mit Erfolg angewandte bewährte Druckmittel der Vorladung zum Offenbarungseid „dem Selbständigen gegenüber von allein. Es würde an die Methoden der Inquisition erinnern, wollte man seine gegenwärtige Existenz zerstören, um seine Altersversorgung zu sichern“. Das, was hier für die gesetzliche Rentenversicherung gesagt worden ist, gilt in noch stärkerem Maße für die gesetzliche Krankenversicherung.

Die selbständigen Handwerker sind zwar hinsichtlich ihrer Alters- und Hinterbliebenenversorgung für versicherungspflichtig erklärt worden. Dabei ist Ihnen aber, was gar nicht deutlich genug betont werden kann, die vollkommen freie Wahl gelassen worden, ob sie ihrer Versicherungspflicht durch die gesetzliche oder die private Versicherung genügen wollen. Vor allem hat die gesetzliche Spitzenorganisation des Handwerks

---

<sup>1</sup> ALTROCK, „Zur Versicherungspflicht der Selbständigen in der Rentenversicherung.“ Monatschrift für Arbeiter- und Angestellten-Versicherung 1939 Sp. 108.

gar keinen Zweifel darüber gelassen, daß ihr die Unterstellung der selbständigen Handwerker unter die Krankenversicherungspflicht nicht erwünscht ist. Deshalb ist in der Begründung zum Handwerker-Versicherungsgesetz vom 21. Dezember 1938<sup>1</sup> die ausdrückliche Zusicherung gegeben worden, daß eine Unterstellung der selbständigen Handwerker unter die Krankenversicherungspflicht nicht beabsichtigt sei.

Das wurde ohne jede Einschränkung erklärt, obwohl es in der Ostmark Meisterkrankenkassen gibt, für die nach dem früheren österreichischen Recht durch Mehrheitsbeschlüsse der früheren Zünfte die Zwangsmitgliedschaft eingeführt werden konnte, und zwar nicht nur für selbständige Handwerker, sondern auch für andere Gruppen von Selbständigen. Diese Regelung dürfte sich vor allem dadurch erklären, daß es in der Ostmark eine nicht so ausgebaute moderne private Krankenversicherung wie im Altreich gegeben hat. Trotzdem haben von der Möglichkeit der Einführung der Zwangsmitgliedschaft nur verhältnismäßig wenig Zünfte bzw. an ihre Stelle getretene Innungen Gebrauch gemacht. So z. B. hatten im Handwerkskammerbezirk Salzburg von 71 Innungen nur 14 Innungen für ihr ganzes Gebiet und 12 Innungen für Teilgebiete die Zwangsmitgliedschaft eingeführt, während 45 Innungen, also weitaus mehr als die Hälfte, die Zwangsmitgliedschaft ablehnten. Im Gau Kärnten wurde sogar von mehr als zwei Dritteln der Innungen die Zwangsversicherung nicht eingeführt. Es ist mir bekannt, daß sich auch in den anderen Gauen der Ostmark, wenn mir auch darüber keine konkreten Zahlen vorliegen, die gleichen Verhältnisse ergeben. Ja es machen sich sogar bei manchen Innungen Bestrebungen bemerkbar, von den früher gefaßten Beschlüssen über die Zwangsmitgliedschaft freizukommen.

Das dürfte sich dadurch erklären, daß jetzt bekannt wird, wie leistungsfähig die ostmärkischen oder die zur Arbeit in der Ostmark zugelassenen altreichsdeutschen Träger der privaten Krankenversicherung sind. Auch die Meisterkrankenkassen sind nicht, wie vielfach fälschlich angenommen worden ist, Träger der gesetzlichen Krankenversicherung, sondern der privaten. Sie sind nicht nach dem System der Krankenkassen der Reichsversicherungsordnung aufgebaut, sondern nach dem der Privatversicherung, allerdings einem System, das an die höchst unvollkommenen früheren Unterstützungskassen des Handwerks im Altreich erinnert, die zwar eine wichtige Vorstufe der privaten Krankenversicherung bildeten, die aber schon längst besseren Einrichtungen Platz machen mußten. Durch die Tatsache, daß ein Versicherungsträger mit Zwangscharakter ausgestattet ist, wird er keineswegs ohne weiteres zu einem Träger der Sozialversicherung. Auch nach der im November

<sup>1</sup> Amtl. Nachr. 1939 S. 3.

1939 eingeführten Pflichtversicherung für Kraftfahrzeughalter sind die privaten und öffentlich-rechtlichen Versicherungsunternehmungen, die die Kraftfahrzeug-Haftpflichtversicherung betreiben, nach wie vor Träger der Privatversicherung. Aber auch durch die Einbeziehung in die Sozialversicherungsgesetzgebung werden Träger der Privatversicherung nicht Sozialversicherungsträger. Auch die öffentlich-rechtlichen Haftpflichtversicherungsanstalten, die von den Berufsgenossenschaften nach den Vorschriften der Reichsversicherungsordnung errichtet werden können, betreiben Privatversicherung<sup>1</sup>.

Will man aber Selbständige in die gesetzliche Krankenversicherung zwangsweise einbeziehen, obwohl das gemäß meinen Ausführungen nicht dem Wesen der gesetzlichen Krankenversicherung gerecht wird, dann darf das niemals auf dem Wege über besondere Versicherungsträger für Selbständige geschehen. Sie würden dann vielmehr ebenfalls in die für die Unselbständigen geschaffenen Versicherungsträger hineingehören, wie das das Reichsrecht sowohl für die schon erwähnten Gruppen von versicherungspflichtigen Selbständigen wie auch für die freiwillig versicherten Selbständigen ausnahmslos vorsieht. Die Meisterkrankenkassen bilden einen Fremdkörper in der Sozialversicherungsgesetzgebung. Wenn sie auch nach der Einführung des reichsdeutschen Sozialversicherungsrechts in der Ostmark aus wohlerwogenen Gründen nicht sofort aufgehoben worden sind, so sollten sie doch nach der Verordnung vom 22. Dezember 1938 nur „bis auf weiteres aufrechterhalten“ werden. An diesem Grundsatz hat die Verordnung vom 5. Februar 1940<sup>2</sup> nichts geändert. Sie hat nur das Recht gegeben, zur Angleichung des Bezirks und des Kreises der Pflichtversicherten der Meisterkrankenkassen an die Gebietsveränderungen der Ostmark oder an die Organisation der gewerblichen Wirtschaft den Versicherungszwang auszudehnen, aber auch, was gar nicht deutlich genug betont werden kann, einen bestehenden Versicherungszwang aufzuheben. Das ermöglicht eine entsprechende Angleichung der von einer früheren Zunft beschlossenen Zwangsgliederschaft an das neue Gebiet oder den veränderten Mitgliederbestand einer Innung. Niemals kann aber aus diesen Vorschriften gefolgert werden, daß damit das Recht gegeben wurde, die Zwangsversicherung für das gesamte Handwerk in dem Gebiet jeweils einer Handwerkskammer einzuführen. Trotzdem sind solche Verfügungen vom Oberversicherungsamt Wien erlassen worden. Es würde den Rahmen meiner Ausführungen sprengen, wenn ich hier untersuchen sollte, inwieweit

<sup>1</sup> Siehe dazu ZILZ, „Die Haftpflichtversicherungsanstalten der Reichsversicherungsordnung.“ Dissertation. Berlin 1938.

<sup>2</sup> Siehe § 30 und auch § 1 Abs. 2 der Zweiten Verordnung zur Durchführung und Ergänzung über die Einführung der Sozialversicherung im Lande Österreich vom 5. 2. 40 RGBl. I S. 270.

nach Ansicht der gesetzlichen Organisation der privaten Krankenversicherung bei diesen Verfügungen das geltende Recht verletzt worden ist. Auf jeden Fall hätte sie vor Erlaß derartiger Verfügungen nach der Verordnung vom 5. Februar 1940 angehört werden müssen, wie vor allem die notwendige Zustimmung der betreffenden Innungen nicht durch die Zustimmung einer Handwerkskammer ersetzt werden konnte. Schließlich muß aber zur Abrundung dieser skizzenhaften Andeutungen noch bemerkt werden, daß außerordentlich viele von diesen Verfügungen betroffene Handwerker bei ihren privaten Krankenversicherungsunternehmungen um Rechtsschutz gegen die zwangsweise Überführung zu den Meisterkrankenkassen gebeten haben.

Ich mußte auf diese Verfügungen des Oberversicherungsamts Wien eingehen, weil sie ganz offenbar nicht nur den Auftakt zur Zwangsversicherung aller selbständigen Handwerker und weiterer Selbständiger in der ganzen Ostmark bilden sollen, sondern sogar schon als Vorbild für das Altreich hingestellt wurden. Wenn Staatssekretär Dr. KROHN bei der Eröffnungsfeier des Berliner Hochschulinstituts für Versicherungswissenschaft im Januar 1939 zum Ausdruck brachte<sup>1</sup>, daß die Sozialversicherung sich von der Ausdehnung ihres Schutzes dort nicht abhalten lassen könne, wo ein sozialpolitisches Bedürfnis vorliege<sup>2</sup>, so kann für die Ausdehnung der Krankenversicherungspflicht auf Selbständige m. E. ein solches sozialpolitisches Bedürfnis nicht anerkannt werden. Das kann es für das Handwerk um so weniger, als gemäß meinen Darlegungen der Reichsstand des Deutschen Handwerks sich gegen die Einführung der Krankenversicherungspflicht für die selbständigen Handwerker ausgesprochen und, wie mir bekannt geworden ist, auch für die Ostmark den gleichen Standpunkt eingenommen hat. Schließlich sind die Meisterkrankenkassen, wie schon bemerkt, Privatversicherungseinrichtungen. Der Reichswirtschaftsminister hat in seinem Erlaß zum Gesetz zur Änderung des Versicherungsaufsichtsgesetzes vom 5. März 1937 ausdrücklich erklärt, daß „die Errichtung von Unternehmungen, deren Wirkungskreis auf einen Berufsstand oder einen Zweig desselben beschränkt werden soll, grundsätzlich unvereinbar mit dem Interesse der Gesamtwirtschaft ist, da Unternehmungen solcher Art zu

<sup>1</sup> Heft 1 der Veröffentlichungen des Berliner Hochschulinstituts für Versicherungswissenschaft S. 10.

<sup>2</sup> Nach den Darlegungen von HAFERBERG in dem Aufsatz „Dienst am Versicherungsgedanken“ (Die Bank 1939 Nr. 4 S. 110) ist damit allerdings „eine äußerst ‚flüssige‘ Grenze gezogen. Bereits die praktischen Auswirkungen der für die Altersversorgung des Handwerks getroffenen Alternativlösung werden an einem konkreten Beispiel zu erweisen haben, wie weit es sich um ein ‚Aus-den-Ufern-treten‘ der Sozialversicherung handelt, und ebenso muß es sich erst zeigen, ob eine weitere ‚Überschwemmung‘ der Individualversicherung . . . bevorsteht.“

einer Auslese von Wagnissen führen, die den gesunden Gesamtausgleich im Versicherungswesen verhindert und auch dem Gedanken der Volksgemeinschaft zuwiderläuft“. Das gilt in allerstärkstem Maße für die nicht zur Sozialversicherung gehörenden berufsständischen Versicherungsträger mit Zwangscharakter. Wenn Mitte 1939 der Direktor der Verbandsmeisterkrankenkassen für Wien glaubte feststellen zu müssen, daß eine günstige Risikomischung sich nur im Wege des Versicherungszwanges erreichen lasse<sup>1</sup>, so steht das im vollen Widerspruch zu allen Erfahrungstatsachen der privaten Krankenversicherung. So untrennbar der Grundsatz der Versicherungspflicht mit dem Wesen der gesetzlichen Krankenversicherung verbunden ist, so fordert in der Privatversicherung nur derjenige Versicherungsträger, der nichts Vollwertiges leistet, Zwang und Monopol mit Hilfe des starken Arms des Gesetzgebers.

Gerade da die private Krankenversicherung nach ganz anderen Grundsätzen als die gesetzliche aufgebaut ist, liegt es im Interesse unseres Volkes, daß deren Bereich weniger zum Schaden der privaten Krankenversicherung als vor allem zum Schaden der in ihr zusammengeschlossenen Versicherungsgemeinschaften nicht unnötig ausgedehnt wird. Erfreulicherweise benutzte Staatssekretär Dr. KROHN anlässlich seiner schon erwähnten, nicht nur im Auftrage des Reichsarbeitsministers, sondern auch des Reichswirtschaftsministers gehaltenen Ansprache den Anlaß, „um in letzter Zeit lautgewordene Besorgnisse eines Zwiespalts zwischen der Sozialversicherung und der Individualversicherung zu zerstreuen. Er könne jedenfalls für die ihm besonders nahestehende Sozialversicherung erklären, daß sie nicht beabsichtige einen Kampf gegen die anderen Versicherungszweige zu führen.“

Diese Einstellung hat das Reichsarbeitsministerium gerade der privaten Krankenversicherung gegenüber wiederholt bewiesen. Durch die schon erwähnte Verordnung vom 12. Dezember 1939 ist ebenso wie für Beamte auch für Ruhe- und Wartegeldempfänger des Reichs, der Länder usw. oder von öffentlichen Verbänden oder Körperschaften die kraft Gesetzes oder auf Antrag eintretende Krankenversicherungsfreiheit für den Fall eingeführt worden, daß sie eine versicherungspflichtige Tätigkeit wieder ausüben und nur gegen ihren früheren Arbeitgeber Pensionsansprüche haben<sup>2</sup>. Diese Regelung ist nach der Begrün-

<sup>1</sup> WENZ: „Der Wert der Pflichtversicherung für den Handwerker.“ Die Innungskrankenkasse 1939 Nr. 10.

<sup>2</sup> Damit ist die in einem Artikel „Launen der Sozialversicherung“ von der „Deutschen Volkswirtschaft“ 1938 Nr. 32 S. 1169 angeführte Möglichkeit beseitigt worden, daß ein Ruhestandsbeamter, der 400 RM. Pension und aus einer Angestelltentätigkeit 300 RM. Monatsgehalt bezieht, der Krankenversicherungspflicht unterliegt. Aber auch noch heute unterliegt der Pensionär einer privaten Unternehmung ohne Rücksicht auf die Höhe seiner Pension der Krankenver-

dung der Verordnung<sup>1</sup> auch deshalb getroffen worden, weil die Ruhe- und Wartegeldempfänger „mit Rücksicht auf ihre frühere gesetzliche Versicherungsfreiheit schon selbst durch Abschluß privater Versicherungsverträge gegen eintretende Krankheiten Vorsorge getroffen haben.“

Nachdem durch die Verordnung vom 12. Dezember 1939 die kraft Gesetzes oder auf Antrag eintretende Krankenversicherungsfreiheit nicht unerheblich erweitert worden ist, kann es auch vom Gesichtspunkt der privaten Krankenversicherung aus nicht als unberechtigt angesehen werden, daß durch das Gesetz über weitere Maßnahmen in der Reichsversicherung aus Anlaß des Krieges vom 15. Januar 1941 verschiedenen Gruppen der auf Antrag des Arbeitgebers oder auf eigenen Antrag von der Krankenversicherungspflicht Befreiten sowie den geschiedenen Ehegatten von Mitgliedern das Recht auf freiwillige Weiterversicherung gegeben worden ist. Der Antrag auf Weiterversicherung muß aber — abgesehen von den Übergangsbestimmungen — auch hier innerhalb von 3 Wochen nach der Beendigung der Versicherungspflicht bzw. nach der Scheidung ausgesprochen werden. Wenn demgegenüber eingewendet wird, daß dann doch zum mindesten die Befreiung von der Krankenversicherungspflicht auf eigenen Antrag unsinnig sei, so wird übersehen, daß der Befreiungsantrag vor allem deshalb wertvoll sein kann, weil die Arbeitslosenversicherungspflicht von der Krankenversicherungspflicht abhängt, soweit nicht die Angestelltenversicherungspflicht vorliegt. Wenn über diese neuen Vorschriften von der Tagespresse fast durchweg unter der Überschrift: „Wieder freiwillige Krankenversicherung möglich“ berichtet wurde, so ist das nicht verständlich, da die freiwillige Versicherung bei der gesetzlichen Krankenversicherung niemals aufgehoben und auch durch die neuen Vorschriften grundsätzlich gar nicht geändert worden ist. Das habe ich schon für die Weiterversicherung hinsichtlich der Anzeigefrist von 3 Wochen bemerkt. An der bestimmten Personengruppen gegebenen Möglichkeit der freiwilligen Versicherung ohne vorangegangene Pflichtversicherung ist garnichts geändert worden, auch nicht an der Vorschrift, daß der freiwillig Beitretende kein höheres Einkommen als 3600 RM. im Jahr haben darf.

Geändert hat sich auch nichts an den Bestimmungen, daß die Krankenkassen die freiwillige Versicherung wegen Krankheiten ablehnen können oder, daß bestehende Krankheiten keinen Anspruch auf Versicherungsleistungen begründen. Das verdient eine besondere Hervorhebung, weil es vielfach als Eigentümlichkeit der privaten Krankenversicherung herausgestellt worden ist, daß sie keinen Versicherungsschutz für alte Leiden gewährt. Im Hinblick auf die bekannte von der

---

sicherungspflicht, wenn er aus einer Angestelltentätigkeit keinen höheren Jahresarbeitsverdienst als 3600 RM. hat.

<sup>1</sup> Aml. Nachr. 1939 S. 550.

privaten Krankenversicherung auf diesem Gebiete angebahnte Reform verdient es auch Beachtung, daß, da auch die gesetzliche Krankenversicherung einen objektiven Krankheitsbegriff wie die private Krankenversicherung hat, wenn auch anderer Art, auch für die Feststellung schon bestehender Krankheiten ein objektiver Maßstab zugrundegelegt wird. Es ist nämlich durch ärztliches Urteil festzustellen, ob die Krankheit Heilbehandlung erfordert oder Arbeitsunfähigkeit bedingt, gleichgültig, ob der Betreffende sich selbst krank oder arbeitsunfähig fühlt. Die Zurückweisung des freiwilligen Beitritts kann sogar wegen Krankheiten im medizinischen Sinne erfolgen, die zwar noch keine Heilbehandlung erfordern oder Arbeitsunfähigkeit bedingen, aber wegen ihrer Natur in der Zukunft eine häufige Beanspruchung der Versicherungsleistungen befürchten lassen. Es liegt nun einmal in der Natur jeder Versicherung, daß sie nur für unvorhersehbare, nicht schon eingetretene Schäden leistungspflichtig ist. Nur bei der Versicherungspflicht, die jede Selbstauslese unmöglich macht, kommt der Ausschluß schon bestehender Krankheiten natürlich nicht in Frage<sup>1</sup>.

Die freiwillige Versicherung ist an sich der gesetzlichen Krankenversicherung als einer Pflichtversicherung wesensfremd. Sie steht auch insofern in einem Widerspruch zu ihrem Wesen, als sie, wenn wir von der verhältnismäßig seltenen unbeschränkten Krankenversicherungspflicht bei höherem Einkommen absehen, doppelt so weit geht wie die Versicherungspflicht für Angestellte. Denn die Versicherungsberechtigung erlischt erst, wenn das Jahreseinkommen 7200 RM. übersteigt. Nach der sehr sorgfältig begründeten Ansicht BIRKNERs gehören schon freiwillig Versicherte mit einem Einkommen von 4800 bis 7200 RM. nicht mehr in die gesetzliche Krankenversicherung. Ursprünglich war die Grenze für die Versicherungsberechtigung auf 4000 Mark festgesetzt; sie wurde durch die Verordnung des Rats der Volksbeauftragten und des Staatssekretärs des Reichsarbeitsamts vom 22. November 1918 ganz aufgehoben. Durch die Notverordnung vom 26. Juli 1930 wurde sie aber wieder eingeführt und auf 8400 RM. festgesetzt. Die nationalsozialistische Reichsregierung hielt diese Grenze offenbar noch für zu weitgehend und senkte sie durch das grundlegende Gesetz zur Erhaltung der Leistungsfähigkeit der Invaliden-, Angestellten- und Knappschaftsversicherung vom 7. Dezember 1933 auf 7200 RM. herab. Außerdem durften die Ersatzkassen auf Grund der Vorschriften der 12. Aufbauverordnung vom 24. Dezember 1935 Personen mit mehr als 7200 RM. Einkommen nicht mehr behalten. Um so mehr mußte es überraschen,

<sup>1</sup> Siehe alles Weitere in dem das alte Leiden behandelnden Teil III meines Aufsatzes „Soll die private Krankenversicherung vom objektiven zum subjektiven Krankheitsbegriff übergehen?“ Neumanns Zeitschrift für Versicherungswesen 1941 Nr. 9 S. 103.

daß nicht nur durch die schon erwähnten „Bestimmungen“ vom 4. Februar 1941 über die Festsetzung der neuen Krankenversicherungspflichtgrenze für die Ostmark und Sudetenland auch die Grenze für die Versicherungsberechtigung aufgehoben wurde, sondern daß nach einer Mitteilung des Reichsarbeitsministers<sup>1</sup> auch im Altreich die Aufhebung bei nächster Gelegenheit durchgeführt werden soll, und daß infolgedessen schon jetzt die freiwilligen Mitglieder, deren regelmäßiges jährliches Gesamteinkommen 7200 RM. übersteigt, weiterhin Mitglieder bleiben können. Wenn die „Deutsche Volkswirtschaft“ vor der Befreiung von Ruhe- und Wartegeldempfängern, die eine unselbständige Tätigkeit ausüben, von der Krankenversicherungspflicht es als eine „Laune der Sozialversicherung“ erklärte<sup>2</sup>, daß möglicherweise Personen mit einem Monatseinkommen von 700 RM. und noch mehr, die viel besser in die private Krankenversicherung gehörten, noch auf Krankenschein behandelt werden, so gilt das in verstärktem Maße für die freiwilligen Mitglieder, die nunmehr ohne Rücksicht auf die Höhe ihres Einkommens ihre Mitgliedschaft beibehalten können.

Für die Notwendigkeit der Erhöhung oder Aufhebung der Grenze für das Erlöschen der Versicherungsberechtigung ist früher auch geltend gemacht worden, daß die zum Ausscheiden aus der gesetzlichen Krankenversicherung Gezwungenen in der Regel kaum noch eine Möglichkeit der Versicherung bei der privaten Krankenversicherung hätten. Gerade im Hinblick auf diese Gruppe von bisherigen Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung hat aber das Reichsaufsichtsamt für Privatversicherung seine bekannte Anordnung vom 13. Dezember 1939 erlassen, wonach bei dem innerhalb eines Monats erfolgenden Übertritt von der gesetzlichen zur privaten Krankenversicherung die bei der gesetzlichen Krankenversicherung zurückgelegte Versicherungszeit auf alle allgemeinen und besonderen Wartezeiten anzurechnen ist. Außerdem hat die Wirtschaftsgruppe Lebens- und Krankenversicherung im Einvernehmen mit dem Reichsaufsichtsamt klargestellt, daß dann auch grundsätzlich auf den Einwand des alten Leidens verzichtet werden soll: Wenn, was mir bisher nicht bekannt geworden ist, auch diese weitgehende Regelung nicht genügt haben sollte, hätten sehr wohl auch noch weitere Vereinbarungen für den Fall des Erlöschens der Versicherungsberechtigung bei Überschreitung der 7200 RM.-Grenze getroffen werden können, statt daß, wie das nunmehr geschehen ist, die auf jeden Fall sozialversicherungsfremden Personen mit einem Einkommen von mehr als 7200 RM. in der gesetzlichen Krankenversicherung bleiben können.

Auf diese Zusammenarbeit mit ihr hätte die private Krankenversicherung um so mehr rechnen können, als die erwähnte Anordnung des

<sup>1</sup> Erlaß vom 4. 2. 41.

<sup>2</sup> Siehe S. 98 Anm. 2.

Reichsaufsichtsamts in vollem Einvernehmen mit dem Reichsarbeitsministerium erging und ein ihr entsprechender Erlaß des Reichsarbeitsministers am 6. Januar 1940<sup>1</sup> bestimmte, daß auch bei Beendigung der privaten Krankenversicherung infolge Versicherungspflicht die Vorversicherungszeit angerechnet werden solle. Die Ermächtigung zu diesem Erlaß wurde dem Reichsarbeitsminister durch die schon mehrmals erwähnte Verordnung über Änderungen in der gesetzlichen Krankenversicherung und in der Arbeitslosenhilfe vom 12. Dezember 1939 gegeben. Die Bedeutung dieser Verordnung, die, wie schon bemerkt, zum erstenmal die gesetzliche Krankenversicherung deutlich als solche bezeichnete, kann von der privaten Krankenversicherung auch deshalb gar nicht hoch genug bewertet werden, weil sie hier zum erstenmal in gesetzlichen Vorschriften für die gesetzliche Krankenversicherung erwähnt und verankert worden ist. Damit ist die private Krankenversicherung in den durch diese Verordnung neugeschaffenen § 209 RVO. aufgenommen worden<sup>2</sup>.

Da die freiwillige Versicherung ohne vorangegangene Pflichtversicherung ganz unverkennbar einen der gesetzlichen Krankenversicherung an sich wesensfremden Bestandteil bildet, ist sie durch das Gesetz erheblich beschränkt worden. Daß die freiwillige Versicherung nur eine Nebenaufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung bildet, dürfte auch § 215 RVO. zeigen, wonach die Leistungen für freiwillig Versicherte erheblich eingeschränkt werden können. Dieses Recht ist den Krankenkassen auch hinsichtlich der Weiterversicherten durch einen Erlaß des Reichsarbeitsministers vom 15. Dezember 1939 gegeben worden<sup>3</sup>. Vor allem hat der Reichsarbeitsminister in seinem Erlaß vom 25. Januar 1936 klargestellt, daß jede öffentliche Werbung der gesetzlichen Krankenkassen unzulässig ist<sup>4</sup>. An sich würde die private Krankenversicherung die freie Konkurrenz auch der gesetzlichen Krankenversicherung nicht

<sup>1</sup> Amtl. Nachr. S. 21. Gleichzeitig mit diesem Erlaß brachte der Reichsarbeitsminister auch die Anordnung des Reichsaufsichtsamts zur Kenntnis. Das zeigt die Zusammenarbeit von Reichsarbeitsminister und Reichsaufsichtsamt, wie diese vor allem besonders deutlich aus der Begründung zur Verordnung vom 13. 12. 39 (Amtl. Nachr. S. 550) hervorgeht.

<sup>2</sup> Allerdings wird hier nicht von der privaten Krankenversicherung, sondern nur von „privaten Krankenversicherungsunternehmungen“ gesprochen. Tatsächlich wird aber die private Krankenversicherung auch von öffentlich-rechtlichen Versicherungsunternehmungen betrieben.

<sup>3</sup> Amtl. Nachr. 1939 S. 554.

<sup>4</sup> Der weitere Erlaß des Reichsarbeitsministers vom 13. 1. 41, wonach von allen Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung, also einschließlich der Ersatzkassen, keine Angestellten oder Beauftragte mit der Werbung von Mitgliedern beschäftigt werden dürfen, ist für die private Krankenversicherung von geringerer Bedeutung. Siehe dazu HEYN, „Ausdehnung der gesetzlichen Krankenversicherung?“ Deutscher Versicherungs-Dienst 1941 Nr. 4 S. 41.

fürchten und selbstverständlich jeder Ausdehnung der Krankenversicherungspflicht die entsprechend weitgehende Gewährung des Rechtes der freiwilligen Versicherung vorziehen. Es entspricht aber nicht dem Wesen und der Würde der gesetzlichen Krankenversicherung, wenn sie in Konkurrenz mit der privaten Krankenversicherung um Mitgliedszugang kämpft. Schon fast drei Jahre vor dem erwähnten Erlaß des Reichsarbeitsministers erklärte Regierungsdirektor Dr. LIEBRECHT<sup>1</sup> „jede öffentliche Werbung von Mitgliedern durch die reichsgesetzlichen Krankenkassen, jede Konkurrenz, jedes Wettlaufen öffentlich-rechtlicher Zwangskassen mit Privatversicherungsunternehmen als unstatthaft“. Besonders mußte die private Krankenversicherung dadurch verbittert werden, wenn in der Werbung von Seiten der gesetzlichen Krankenkassen mit der ihnen vom Staat gegebenen Autorität die Träger der privaten Krankenversicherung als angebliche Erwerbsunternehmen oder in ähnlicher Weise herabgesetzt wurden. Wenn auch heute noch gelegentlich festzustellen ist, daß der Erlaß des Reichsarbeitsministers vom 25. Januar 1936 nicht immer bekannt ist, so sind doch durch ihn dank einer verständnisvollen Zusammenarbeit der Reichsverbände der Krankenkassen mit der gesetzlichen Organisation der privaten Krankenversicherung im allgemeinen die früheren Streitpunkte als völlig bereinigt anzusehen.

Allerdings haben sich in jüngster Zeit die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung — vor allem in der Ostmark — über die Werbung der privaten Krankenversicherung unter den versicherungsberechtigten bzw. versicherungspflichtigen Mitgliedern, die das Recht auf Befreiung von der Pflichtversicherung hatten, beschwert. Die übergetretenen Versicherten wären aus verschiedenen Gründen über ihre Versicherung bei der privaten Krankenversicherung enttäuscht gewesen. Daraus leiteten Ortskrankenkassenleiter das Recht für sich ab, sogenannte Aufklärungsschriften an ihre Versicherten herauszugeben, die von der privaten Krankenversicherung als Herabsetzung oder Angriff empfunden werden mußten und tatsächlich auch einer Warnung vor der privaten Krankenversicherung gleichkamen. Das wäre natürlich der ungeeignetste Weg, um die notwendige reibungslose Zusammenarbeit zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung zu erreichen. Wohl aber machte die Wirtschaftsgruppe Lebens- und Krankenversicherung den positiven Vorschlag, daß den Trägern der privaten Krankenversicherung künftig nicht mehr gestattet sein solle, bei den Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung bis zu einem Monatseinkommen bis zu 450 RM. auf die Möglichkeit des Übertritts zur privaten Krankenversicherung aufmerksam zu machen. Darüber hinaus sollten die über-

<sup>1</sup> „Ist die Werbung reichsgesetzlicher Krankenkassen unter den Versicherungsberechtigten zulässig?“ Die Deutsche Innungskrankenkasse 1933 Nr. 14 S. 225

tretenden Versicherten in jedem Fall durch Merkblätter über die Tragweite ihres Entschlusses aufgeklärt werden, um so von vornherein zu verhindern, daß späterhin Enttäuschungen eintreten könnten. Diese Richtlinien sollten gewissermaßen probeweise in der Ostmark als Brennpunkt der aufgetretenen Meinungsverschiedenheiten eingeführt werden. Darüber hinaus erklärte sich aber die private Krankenversicherung bereit, eine solche Vereinbarung auch auf das gesamte Reichsgebiet auszudehnen. Voraussetzung sollte allerdings sein, daß die gesetzliche Krankenversicherung sich nunmehr endgültig mit dieser Regelung befriedigt erklärte und, daß damit ein für allemal alle Erörterungen über eine Ausdehnung der gesetzlichen Krankenversicherung, vor allem auf selbständige Gewerbetreibende, freie Berufe und Beamte, beendet sein sollten. Leider ist dieser Vorschlag nicht mehr vom Reichsverband der Ortskrankenkassen verfolgt worden. Tatsächlich ist er auch durch die Festsetzung der neuen Krankenversicherungspflichtgrenze für die Ostmark und Sudetenland zum mindesten für diese Gebiete praktisch überholt.

Mit Ausnahme der Ersatzkassen, die eine sich allerdings nach den Vorschriften der Reichsversicherungsordnung, nicht nach denen des Versicherungsvertragsgesetzes richtende Vertragsversicherung betreiben, entsteht in der gesetzlichen Krankenversicherung die Versicherung kraft Gesetzes. Das gilt nicht nur für die Pflichtversicherung, sondern auch ausnahmslos für die freiwillige Versicherung bei den gesetzlichen Krankenkassen<sup>1</sup>. Bei der privaten Krankenversicherung entsteht aber, gleichgültig, ob sie von Versicherungsvereinen und Aktiengesellschaften, also privaten Versicherungsunternehmungen, oder von öffentlich-rechtlichen Versicherungsunternehmungen betrieben wird, die Versicherung kraft Vertrages. Deshalb kann man die private Krankenversicherung auch gut als Vertragskrankenversicherung bezeichnen. Die zur Sozialversicherung gehörende Krankenversicherung ist aber eben deshalb wie alle anderen Zweige der Sozialversicherung gesetzliche Versicherung, weil ihr besonders hervorstechendes Merkmal die Entstehung und Beendigung der Versicherung kraft Gesetzes ist. Das kann man allerdings nur noch sehr bedingt für die Arbeitslosenversicherung sagen, nachdem sie als Arbeitslosenhilfe fast vollkommen ihres Versicherungscharakters entkleidet worden ist. Deshalb können wir unsere Feststellungen auf die Reichsversicherung beschränken, zu der alle Sozialversicherungszweige ohne die Arbeitslosenhilfe gehören. Nachdem im übrigen durch das Gesetz das Wort Reichsversicherung für die gesetzliche Kranken-, Unfall-, Renten- und Knappschaftsversicherung festgelegt worden ist,

<sup>1</sup> Das zeigt sich auch besonders deutlich in den Vorschriften des § 314 RVO. über das kraft Gesetzes erfolgende Erlöschen der Mitgliedschaft Versicherungsberechtigter bei Zahlungsverzug.

sollte man auf Seiten der Privatversicherung davon absehen, das Wort Reichsversicherung noch in irgendwelchen Wortzusammensetzungen zu gebrauchen.

Keineswegs zutreffend ist es, wenn jüngst von der Zeitschrift „Soziale Zukunft“ die Versicherungsgemeinschaft und der Versicherungsvertrag als die beiden Urformen der Versicherung, und zwar der Sozialversicherung einerseits und der Privatversicherung andererseits, herausgestellt wurden<sup>1</sup>. Vielmehr braucht, wie ROHRBECK in der Erläuterung zu seiner schon besprochenen Versicherungsdefinition mit Recht bemerkt, jede Versicherung, gleichgültig, ob es sich um gesetzliche oder Privatversicherung handelt, zu ihrer Verwirklichung eine Gemeinschaftsbildung. Daß die etwa vier Fünftel des gesamten Versichertenbestandes der privaten Krankenversicherung erfassenden Krankenversicherungsvereine auf Gegenseitigkeit ebenso wie die öffentlich-rechtlichen Träger der privaten Krankenversicherung Gemeinschaftseinrichtungen sind, ist auch juristisch ohne weiteres klar. Aber auch die Versicherungsaktiengesellschaften sind nichts anderes als Treuhänder der bei ihnen zusammengeschlossenen Versicherungsgemeinschaften. Kürzlich hat ERDMANN-MÜLLER auf Grund seiner Forschungen über die Geschichte der deutschen Privatversicherung mit Recht darauf hingewiesen, daß bei der Gründung der Versicherungsaktiengesellschaft am Anfang des 19. Jahrhunderts nicht etwa ein Erwerbsstreben, sondern deutscher Idealismus die Triebkraft gewesen ist<sup>2</sup>. Die gesetzliche Krankenversicherung wird deshalb keineswegs dem Wesen der privaten Krankenversicherung gerecht, wenn, wie das gelegentlich geschehen ist, gewissermaßen mit den Fingern auf das Gewinn- und Erwerbsstreben der privaten Krankenversicherung hingewiesen wird, das angeblich nur die gesetzliche Krankenversicherung nicht kenne.

Die gesetzliche und die private Krankenversicherung sind beide auf dem Boden des deutschen Volkes gewachsene Einrichtungen. Nicht dadurch wird die gesetzliche Krankenversicherung Volkskrankenversicherung, daß sie sämtliche deutschen Volksgenossen versichert. Vielmehr kommt, wie das in der schon erwähnten Denkschrift der NSDAP. aus den Jahren 1932/33 ausgeführt worden ist, die Schicksalsgemeinschaft des ganzen Volkes in der Sozialversicherung und damit auch in der gesetzlichen Krankenversicherung durch die Heranziehung der Unternehmer zur Beitragslast und zur Verwaltung der Versicherungsträger, durch die schicksalsmäßige und untrennbare Verbundenheit des Arbeitgebers mit dem Arbeitnehmer zum Ausdruck. Aber auch die private Krankenversicherung kann mit Fug und Recht für sich in An-

<sup>1</sup> „Sozialversicherung unzeitgemäß?“ Soziale Zukunft 1940 Nr. 11/12 S. 159.

<sup>2</sup> „Deutscher Idealismus als Triebkraft“. Deutscher Versicherungs-Dienst 1941 Nr. 4 S. 50.

spruch nehmen, daß sie eine Volkskrankenversicherung ist. Dieser Anspruch kann natürlich nicht nur davon abgeleitet werden, daß die private Krankenversicherung mehr als 10 Millionen deutscher Volksgenossen betreut. Wohl aber hat sie sich stets bemüht, so volksnahe wie möglich zu arbeiten, und in diesem Sinn stets ohne Zwang an ihrer weiteren Verbesserung gearbeitet. Ebenso wie die gesetzliche Krankenversicherung hat aber die private Krankenversicherung in den ernstesten Kriegszeiten, die wir jetzt durchleben, ihre volle Bewährungsprobe bestanden. Nicht mit Unrecht ist vor Jahren einmal festgestellt worden, daß die Volkskrankenversicherung sich aus einer volksnah gestalteten gesetzlichen und aus einer volksnahen privaten Krankenversicherung zusammensetzt.

Jede Reibungsmöglichkeit zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung dürfte dann beseitigt werden, wenn diese beiden Gruppen der deutschen Krankenversicherung mehr von ihrem Wesen wissen, als das bisher der Fall ist. Bei der stark unterschiedlichen Struktur der privaten und der gesetzlichen Krankenversicherung, die, wie meine Ausführungen gezeigt haben dürften, im Interesse unseres Volkes nur erwünscht sein kann, ist allerdings nur in den wenigsten Fällen eine gegenseitige Nachahmung möglich. Trotzdem können beide Gruppen viel voneinander lernen. Notwendig ist es auch, daß ihre Mitarbeiter das Recht der anderen Gruppe der deutschen Krankenversicherung kennen. Die Reichsversicherungsordnung ist manchen Mitarbeitern der privaten Krankenversicherung besser bekannt als das für diese allein in Frage kommende Versicherungsvertragsgesetz. Erwünscht wäre es aber auch, wenn die Mitarbeiter der gesetzlichen Krankenversicherung sich mit den wichtigsten Rechtsgrundlagen der privaten Krankenversicherung im großen und ganzen vertraut machten. In einem Plan der Deutschen Arbeitsfront über die Berufserziehung des Krankenkassenangestellten findet sich überhaupt kein Hinweis auf das Versicherungsvertragsgesetz und das Versicherungsaufsichtsgesetz, sondern ausschließlich auf die Gesetze der Sozialversicherung. Das Wesen der gesetzlichen Krankenversicherung erkennt man aber in jeder Beziehung erst dann, wenn man auch über das wahre Wesen der privaten Krankenversicherung unterrichtet ist. Die Notwendigkeit der Zusammenarbeit von Sozialversicherung und Privatversicherung ist erfreulicherweise auch im Sozialversicherungsschrifttum des öfteren betont worden. Erst jüngst hat LUTZ RICHTER<sup>1</sup> darauf hingewiesen, daß die Sozialversicherung und Privatversicherung sich gegenseitig ergänzen und daß deshalb auch ihre persönlichen Träger aufeinander angewiesen sind und sich zu gemeinsamer Arbeit miteinander verbunden fühlen sollten. Unter diesem

<sup>1</sup> „Wechselwirkungen zwischen Sozial- und Individualversicherung.“ Die Bank 1940 Nr. 51/52 S. 917.

Gesichtspunkt ist gar nicht hoch genug die gemeinsame Behandlung der gesetzlichen und der privaten Krankenversicherung durch Theoretiker und Praktiker aus beiden Lagern in dieser Tagung des Kölner Hochschulinstituts für Versicherungswissenschaft zu bewerten. Dafür gebührt m. E. dem Institut und seinem bewährten Leiter der Dank aller Beteiligten und der gesamten deutschen Krankenversicherung.

Eine gegenseitige vertrauensvolle Zusammenarbeit braucht nicht auf ein starres Festhalten an dem gegenwärtigen Stand der gesetzlichen und der privaten Krankenversicherung hinauszulaufen. Wohl aber muß eine solche Zusammenarbeit von dem Respekt vor dem Wert der anderen Gruppe der deutschen Krankenversicherung durchdrungen sein. Vor allem sollte im Kriege, wie ich schon bemerkt habe, unbedingt von allen nicht kriegsnotwendigen Reformen der gesetzlichen Krankenversicherung abgesehen werden. Dieser Wunsch dürfte um so berechtigter sein, als die Auswirkungen des von Reichsorganisationsleiter Dr. LEY angekündigten großen Gesundheitswerks auf die gesetzliche und die private Krankenversicherung noch gar nicht übersehen werden können. Allerdings dürften schon nicht unbeträchtlich die grundlegenden Arbeiten der gesetzlichen wie der privaten Krankenversicherung für die Schadensverhütung, Volksgesundheit und Bevölkerungspolitik den von Dr. LEY verfolgten Absichten entgegenkommen. Auf die Notwendigkeit der Mitarbeit der Ärzte an allen Zweigen des vorbeugenden Gesundheitsdienstes hat auch der Reichsgesundheitsführer in dem schon erwähnten Neujahrsartikel hingewiesen. Mit allem Nachdruck betont er aber, daß an allererster Stelle die notwendige ärztliche Versorgung der Volksgenossen und ihrer Familien im Krankheitsfalle steht und, daß diese niemals entbehrt werden kann. Gerade hier wird m. E. auch für alle Zukunft das große Arbeitsfeld der gesetzlichen und der privaten Krankenversicherung liegen.

---