

- d. Tabakverkaufsgenossenschaften,
- e. Verkaufsgenossenschaften gewerblicher Producte (Magazingenossenschaften) etc.
- II. Productive Verwertungsgenossenschaften.
  - a. Molkereigenossenschaften der Landwirte,
  - b. Müllerei- und Bäckereigenossenschaften der Landwirte,
  - c. Schlächtereigenossenschaften der Landwirte,
  - d. Winzergenossenschaften der Landwirte,
  - e. Brennerenossenschaften der Landwirte etc.
- III. Dienstleistungsgenossenschaften.
  - a. Barbiergenossenschaften,
  - b. Fensterreinigungsgenossenschaften,
  - c. Dienstmannergenossenschaften etc.
- IV. Spargenossenschaften.
- 2. U m w a n d l u n g s g e n o s s e n s c h a f t e n .
  - I. Productivgenossenschaften.
    - a. industrielle Productivgenossenschaften,
    - b. landwirtschaftliche Productivgenossenschaften.
  - II. Distributivgenossenschaften.
    - a. Warenhausgenossenschaften,
    - b. Transportarbeitergenossenschaften,
    - c. Speichereiarbeitergenossenschaften etc.
- 3. B e z u g s g e n o s s e n s c h a f t e n .
  - I. Erwerbsbezugsgenossenschaften.
    - a. landwirtschaftliche Einkaufsgenossenschaften,
    - b. landwirtschaftliche Maschinengenossenschaften,
    - c. Zuchttiergenossenschaften,
    - d. Rohstoffgenossenschaften,
    - e. Einkaufsgenossenschaften der Kleinhändler,
    - f. Werkzeuggenossenschaften,
    - g. Transportgenossenschaften,
    - h. Lagerhausgenossenschaften,
    - i. Creditgenossenschaften etc.
  - II. Wirtschaftsbezugsgenossenschaften oder Consumentengenossenschaften.
    - a. Consumgenossenschaften,
    - b. Productionsgenossenschaften,
    - c. Baugenossenschaften,
    - d. Hauswirtschaftsgenossenschaften,
    - e. Versicherungsgenossenschaften.
- B. ihrer Form nach:
  - 1. reine, echte oder eigentliche Genossenschaften,
  - 2. unreine, unechte oder uneigentliche Genossenschaften,
  - 3. Pseudo- oder falsche Genossenschaften.
- C. ihrer Zusammensetzung nach:
  - 1. einfache Genossenschaften,
  - 2. zusammengesetzte Genossenschaften,
  - 3. Centralgenossenschaften.

---

## Aerzte und Krankencassen. .

Von

Karl Kollwitz.

(Berlin.)

Seit längerer Zeit ist die Stellung der Aerzte den Krankencassen gegenüber Gegenstand des allgemeinen Interesses geworden; namentlich Ereignisse der letzten Zeit haben diese Frage zu einer brennenden gemacht, so die Gründung

des Leipziger Verbandes der Aerzte Deutschlands als Kampforganisation gegen die Krankencassen, der Aerztestrike in Gera, der sich vom Januar bis jetzt hinzieht, die Beratung und der Erlass der neuen Krankencassennovelle und der bei dieser Veranlassung einberufene ausserordentliche Aerzte- und Krankencassentag. Die Frage geht über den Rahmen eines Interessenstreites zweier Berufsarten hinaus, sie berührt die sociale Würdigung des ärztlichen Standes, die Aufgaben und die Grenzen der Krankencassen, die Ausdehnung der Krankenversicherung auf alle minderbemittelten Schichten oder auf die ganze Bevölkerung und die Frage der Verstaatlichung des gesamten Heilwesens. Der Besprechung in dieser Zeitschrift ist die Angelegenheit deswegen besonders wert, weil die socialdemokratische Partei bisher noch keine einheitliche und ganz geklarte Stellung ihr gegenüber eingenommen hat und die bei öffentlichen Veranlassungen kundgegebenen Aeusserungen meist einseitig das Interesse der Krankencassen berücksichtigen. So hat zum Beispiel der Genosse Molkenbuhr in seiner Reichstagsrede bei der Beratung der Krankencassennovelle zwar zugestanden, dass ein ärztlicher Notstand vorliege; er nannte aber die ärztlichen Bemühungen, diesen Notstand zu überwinden, rein zünftlerische Bestrebungen und verwahrte sich dagegen, dass Einrichtungen geschaffen würden, durch welche die Aerzte gesetzlich das Recht erhielten, die Cassen *auszubeuten*. Es zeigt diese Auffassung, wie notwendig es ist, einen klaren Einblick in die Verhältnisse zu schaffen.

Aus den oben angeführten Tatsachen und der Resolution des letzten Krankencassencongresses, die besagt, dass die Cassen sich gegen die zu hohen Ansprüche der Aerzte fest zusammenschliessen haben, geht hervor, dass zwischen Aerzten und Krankencassen ein heftiger Kampf besteht. Neu ist an dieser Tatsache nur, dass sie Offenheit und Zielbewusstsein ausdrückt gegenüber dem früheren Zustande, in welchem zwar dieselbe Feindschaft bestand, aber weniger offen zum Ausdruck kam, und eine grosse Zersplitterung der Kräfte auf beiden Seiten herrschte. Jeder Näherstehende weiss, dass diese Feindschaft bald nach Erlass des Krankencassengesetzes im Jahre 1883 ihren Anfang nahm. Es wurden durch dieses Gesetz Krankencassen als Institutionen geschaffen, welche die Aufgabe hatten, mit bestimmten Einnahmen die Versorgung ihrer Mitglieder in Krankheitsfällen zu bestreiten und daneben ein Capital bis zu der Höhe der Jahresausgabe anzusammeln. Da in dem Gesetz sowohl die Höhe der Einnahmen, wenn auch mit gewissem Spielraum, als auch die Höhe der Ausgaben für die Unterstützung der Arbeitsunfähigkranken, gleichfalls mit gewissem Spielraum, angegeben war, blieb für die übrigen Ausgaben, als Verwaltungskosten, Kosten für ärztliche Behandlung, Arznei, Krankenhausbehandlung und die Ansammlung des Reservefonds nur so viel, als die Differenz zwischen dem Krankengeld und den Einnahmen betrug. Die Cassen sahen sich daher, zumal es ihnen als Vertretern der Mitglieder nahe lag, deren Beiträge nicht unnütz in die Höhe zu treiben, genötigt, einen gewissen Fiscalismus walten zu lassen, der da am stärksten sich bemerkbar machte, wo er den geringsten Widerstand fand, und das war den Aerzten gegenüber der Fall. So billig als möglich sich die notwendige ärztliche Kraft zu schaffen, erschien als taktisch klug und berechtigt. Als geeignetes System sah man die feste Anstellung einer Anzahl von Aerzten für jede Krankencasse an, so dass diesen Aerzten gegen ein festes Gehalt die Verpflichtung oblag, sämtliche Mitglieder der Krankencasse, welche in dem den Aerzten angewiesenen Bezirk wohnten, ärztlich zu behandeln. Das fiscalische Interesse gebot es, dass die Zahl dieser Aerzte auf ein Minimum beschränkt und die Höhe des Fixums so niedrig, als eben möglich, gehalten wurde. Dieses System konnte man augenscheinlich nur deswegen anstandslos annehmen, weil man auf die Krankencassen die Methode der armenärztlichen Versorgung

übertragen zu können meinte, weil man ferner, um die Existenz der Cassen zu erhalten, die Benutzung und Ausnutzung derselben durch die Mitglieder möglichst erschweren zu müssen glaubte, und drittens, weil man unwillkürlich auf die ärztliche Behandlung übertrug, was bei allen mechanischen Arbeiten sich als richtig erweist, dass man um so schneller, geschickter und productiver arbeite, je grösser und gleichartiger das zu verarbeitende, in diesem Falle das Krankematerial, ist. Dieser Tendenz der Krankencassen gegenüber konnten die Aerzte in jener Zeit nicht Widerstand entgegensetzen, weil sie keine geschlossene Masse bildeten, ferner schon damals ein Ueberschuss von Aerzten bestand, die Proletarisierung eines Theils derselben schon begonnen hatte und der Andrang zum ärztlichen Studium, wahrscheinlich hervorgerufen durch die Aussicht auf das Krankencassengesetz und die Annahme desselben, den Ueberschuss an Aerzten und die Proletarisierung noch verschlimmerte.

So bildete sich ein Zustand aus, in welchem ein grosser Teil der Bevölkerung dem Gros der Aerzteschaft entzogen und einem kleinen Teil der Aerzte zur ausschliesslichen Behandlung überwiesen war. Eine Zeitlang konnte sich diese Einrichtung halten, ohne dass ihre Mängel hervortraten. Je mehr aber die Proletarisierung des Aerztestandes vorschritt, umso deutlicher wurde die Unhaltbarkeit der selben. Der Andrang zu frei gewordenen Cassenarztstellen wurde immer grösser, in der Anwendung der Mittel, eine solche zu erlangen, wurde man immer weniger wählerisch, man liess sich ein immer niedrigeres Honorar, eine immer grössere Arbeitslast bieten, um nur zur Tätigkeit zu gelangen und eine sichere Unterlage für die Erlangung einer Praxis zu erhalten. So konnte es sich ereignen, dass ein solcher Arzt für ein Gehalt von 1000 Mark jährlich, oder noch nicht 3 Mark pro Tag, täglich etwa 40 Consultationen und 7 Krankenbesuche, kurz, eine Tagesarbeit zu leisten und noch darauf zu achten hatte, dass keine Beschwerden der Kranken über ihn lautbar wurden. Ausserdem war er es den Kranken, seinem Gewissen und seiner wissenschaftlichen Stellung schuldig, dass er nicht in einen Schematismus der Behandlung verfiel, und ferner hatte er Sorge zu tragen, dass er noch nebenbei durch die Privatpraxis soviel verdiente, um seine Familie unterhalten zu können. Wären diese Uebelstände auf einen kleinen Kreis beschränkt geblieben, so hatte sich die Allgemeinheit der Aerzte darum wenig gekummert. Durch den Umstand aber, dass der schliesslich unvermeidliche Schematismus der Behandlung fixierter Cassenärzte allmählich immer lauter werdenden Unwillen der Cassenkranken hervorrief, der schliesslich sich auch auf die übrigen Aerzte übertrug, dass die Unwürdigkeit der Art der Bewerbung um Cassenarztstellen eine Geringschätzung des gesamten ärztlichen Standes wenigstens bei vielen zur Folge hatte und vor allem, dass trotz des Ueberangebots von Arbeitskraft ein grosses Arbeitsfeld abgesperrt war, wurde die Angelegenheit zu einer Sache des ärztlichen Standes. Man begann damit, öffentlich diese Zustände zu kritisieren, die Organisation zu fördern, und strebte dahin, gesetzliche Bestimmungen gegen die Ausbeutung der ärztlichen Arbeitskraft zu erlangen. Doch blieben alle Massnahmen belanglos, bis im Jahre 1893 zum erstenmal die Bewegung für freie Arztwahl einsetzte. Klein am Anfang und mit enormen Schwierigkeiten, einem Urwald von Hass, Hohn und Eigensinn auf seiten der Aerzte und Cassen umgeben, gelang es ihr in überraschend kurzer Zeit, zu einer ungeheuren Bedeutung für den ärztlichen Stand auszuwachsen. Sie ist im wesentlichen charakterisiert durch zwei Tendenzen, einmal die, die Anstellung der Aerzte durch ein nichtärztliches Organ zu beseitigen, das heisst, allen Aerzten, die es wollen, freie Bahn zu schaffen für die Behandlung sämtlicher Mitglieder sämtlicher Krankencassen, zweitens die, ein dem Werte der Einzelleistung entsprechendes Honorar zu erlangen. Der Wert dieser Bestrebungen für den Aerztestand war so einleuchtend,

dass der durch eigennützige Interessen eines Theils der Aerzteschaft bedingte Widerstand bald aufgegeben wurde und dass die Einführung der freien Arztwahl — oder, nach Dr. Zacher, der *beschränkten freien Arztwahl* — für Behandlung der Krankencassen zu einer allgemeinen Forderung der deutschen Aerzteschaft geworden ist.

Dieser in der Bewegung für die freie Arztwahl zum Ausdruck gelangten Tendenz der Aerzte, eine Besserung ihrer Beziehungen zu den Cassen durch grössere Unabhängigkeit und bessere Honorierung zu erlangen, setzten die Cassen anfangs allgemeinen, später teilweisen, aber heftigen Widerstand entgegen. Einmal schien in der gänzlichen Unabhängigkeit des einzelnen Arztes vom Cassenvorstand, in der Einführung der Bewertung der Einzelleistung und in der freien Wahl des Arztes eine Gefahr für die Balancierung des Etats der Krankencassen zu liegen. Es lag nahe, anzunehmen, dass die Aerzte dahin streben würden, durch Uebernachgiebigkeit gegen die Kranken, Verschreiben überflüssiger und teurer Arznei und überflüssiges Verlängern der Behandlungszeit sich ein möglichst grosses Einkommen zu verschaffen und die Cassen in beispielloser Weise zu belasten. Zweitens lag die Befürchtung nahe, dass die Aerzte den Wert des Points, das heisst den Wert der Einzelleistung immer mehr in die Höhe zu treiben wünschen würden, so dass auch auf diese Weise der finanzielle Bestand der Cassen bedroht erschien. Obgleich eine Reihe von Cassen die freie Arztwahl eingeführt und sich dabei durchaus wohl befunden haben, in vielen Fällen sogar zu geordneten und befriedigenden Verhältnissen gelangt sind, obgleich also hierdurch die Befürchtungen über die Undurchführbarkeit der freien Arztwahl eigentlich als widerlegt gelten können, hält ein grosser Teil der Krankencassen noch misstrauisch an dem alten System fest und ist es trotzdem zu dieser acuten Steigerung der alten Feindschaft gekommen. Den Zankapfel bildet in der heutigen Zeit fast einzig die Frage der Honorierung der ärztlichen Leistung. Die Auffassung der Cassen und die Auffassung der Aerzte stehen sich hierbei anscheinend diametral gegenüber. Die Aerzte verlangen eine solche Honorierung der Einzelleistung, dass sie dem eigentlichen Wert derselben entspricht, das heisst, dass sie die darin enthaltene gesellschaftlich notwendige Arbeitszeit ausdrückt. Sie sehen dabei ab, ob sie mit Cassen oder anderen Institutionen zu tun haben, ob die Cassen leistungsfähig sind oder nicht, ob die Höhe des ärztlichen Honorars im Verhältnis oder im Missverhältnis zu den übrigen Verpflichtungen der Cassen steht. Sie verhalten sich, wie ein Kaufmann, der sich ruinieren würde, wenn er seine Waren unter dem Einkaufswerte abgeben würde.

Die Krankencassen dagegen verlangen, dass die Aerzte ihre Forderungen in Einklang bringen mit den übrigen Verpflichtungen und den Aufgaben der Krankencassen. Diese sind ja nicht erschöpft mit der Bezahlung der Aerzte, vor allem liegt ihnen die Verpflichtung ob, dafür zu sorgen, dass die Kranken in der Zeit der Arbeitsunfähigkeit ein ausreichendes, hygienische Verhältnisse ermöglichendes Krankengeld erhalten. Die Vorstellung, dass das, was ein verheirateter Familienvater als Krankengeld für ein Woche erhält, eventuell nicht höher sein würde, als was ein Arzt für sieben Consultationen in der Woche, die doch nur einen unendlich kleinen Teil seiner Arbeitskraft darstellen, erhalten würde, ist ein Grund gewesen zu heftigster Erbitterung und für das Bestreben der Cassen, schon jetzt einen heftigen Widerstand gegen diese vorausgesetzte *Ausbeutung* zu organisieren.

Es ist ganz zweifellos, dass bei der Fortsetzung dieses Streites der Kampf sich auf diesen Punct nicht beschränken wird. Es werden vielmehr immer neue Streitpuncte herangezogen werden, und es ist zu befürchten, dass dabei selbst das bisher errungene gegenseitige Einvernehmen wieder verloren gehen

wird. Jedenfalls liegt es durchaus nicht im Interesse einer der beiden Parteien, dass dieser Streit fortgesetzt wird, und es ist absolut nicht zu erwarten, dass selbst durch die höchste Entfaltung des Streites, falls nicht von dritter Seite eingegriffen wird, diese Frage zur befriedigenden Lösung gebracht wird. Es bleibt als das einzig Zweckmässige die friedliche Lösung übrig. Und diese wird durch das starke Interesse, das beide Parteien an derselben haben, nahegelegt.

Zunächst ist es sicher, dass die Cassen kein Interesse daran haben, schlecht bezahlte, oberflächlich behandelnde, finanziell schlecht gestellte Aerzte zu haben. Ihr Interesse geht dahin, dass die Kranken so vollkommen und rücksichtsvoll, als möglich, behandelt und, soweit das höchste Können und Wissen der Zeit es gestattet, wiederhergestellt werden. Das ist nur möglich, wenn der Arzt bei der Behandlung individualisieren, das heisst, wenn er die Besonderheiten des Falls beachten und berücksichtigen kann. Dies ist ohne eine gewisse Ruhe und einen Zeitaufwand nicht durchführbar. Zeit anwenden kann der Arzt nur, wenn er finanziell gut gestellt ist. Lässt er sich aber Zeit, so wird er nicht bloss die einzelne Krankheit gut behandeln, er wird sich auch bemühen, die weiteren Gesichtspunkte ins Auge zu fassen, welche jede Krankenbehandlung an die Hand gibt, die Fragen nach der Entstehung und Verhütung der Krankheit, der Beseitigung der socialen Schaden, welche diese und ähnliche Krankheiten hervorgerufen haben, kurz, der Arzt wird bestrebt sein, die Krankencassen auf ein höheres Niveau zu führen, ihren Wirkungskreis zu erweitern und ihre socialhygienische Bedeutung auszugestalten und zu vertiefen. Der gut gestellte, freie Arzt ist also der eigentliche Freund der Krankencassen, sie können ihn zur Durchführung ihrer Aufgabe nicht entbehren. Darum sollten die Cassen ansehn, dass sie mit einer Aufbesserung der Stellung der Aerzte sich selbst den grössten Gefallen erweisen.

Aber auch die Aerzte haben keinen Grund, in Feindschaft mit den Cassen zu verharren. Nicht die Cassen sind schuld an der Misère, die über den ärztlichen Stand hereingebrochen war. Durch den Umstand, dass sie ein Krankenmaterial darbieten, welches günstiger ist, als das durchschnittliche Material der Privatpraxis, weil die therapeutischen Massnahmen sich in viel grosserer Consequenz durchführen lassen, bilden sie gerade für den Arzt eine zu begrüssende sociale Erscheinung. Er muss, da er sich von dem socialhygienischen Wert der Krankencassen überzeugt hat, dahin streben, dass der Kreis der Versicherten erweitert wird und allen Armen und weniger Bemittelten die Vorteile der Krankenversicherung verschafft werden. Er muss dies auch tun, wenn sich zeigen sollte, dass dadurch der ärztliche Stand in materieller Hinsicht geschädigt würde. Denn — und hierin liegt der durchaus gesunde und berechtigte Kern der Auffassung der Krankencassen — die Aufgabe des ärztlichen Standes ist in erster Reihe eine socialpolitische. Es ist von diesem Gesichtspunct gesehen durchaus falsch, den Arzt in die Reihe der gewöhnlichen Gewerbetreibenden zu stellen und ihn lediglich auf die Einnahmen aus diesem Gewerbebetrieb anzuweisen, so dass er wie ein Geschäftsmann zu handeln genötigt ist und seine Hülfe verweigert, wo er nicht die vollwertige Bezahlung erhält. Der ärztliche Stand ist deswegen in erster Reihe ein socialer, weil er der einzige Träger des derzeitigen ärztlichen Wissens und Könnens ist, nur ihm die Ausübung der socialen Function, die Gesellschaft vor Krankheiten zu schützen, obliegt, nur ihm die Ausübung des Handelns als Arzt, das heisst als Fachmann gestattet und der ganzen übrigen Bevölkerung die Abwehr der Krankheit abgenommen ist. Denn wenn in einem socialen Körper den einzelnen Individuen eine Aufgabe, zu welcher sie sich sonst anbieten und ausbilden würden, abgenommen und einer Institution übertragen ist, so erwacht

dieser Institution die Pflicht, den Individuen vollkommenen Ersatz für die von ihnen notwendigerweise unterlassene Vorsicht und Ausbildung zu schaffen, das heisst in diesem Falle, ihnen ärztliche Hilfe zu leisten, auch wenn sie zahlungsunfähig sind. Weil aber die Aerzte eine sociale Function in solchen Fällen ausüben, sind sie nur zum Teil Gewerbetreibende im gewöhnlichen Sinne, zum anderen Teil öffentliche Functionäre, Organe des Staates. Freilich ist dieser ihnen notwendig anhaftende Charakter vom Staate bis jetzt nicht erkannt, wenigstens nicht anerkannt. Weil die Aerzte sich in dieser Zwitterstellung befinden, gewöhnliche Gewerbetreibende zu sein, denen zugleich sociale Aufgaben obliegen, für welche sie aber von dem Staat nicht entschädigt werden, kommen sie in die zahllosen Conflictte hinein. Dieser Umstand ist es auch, der sie in den Conflict mit den Krankencassen hineintreibt. Soweit sie genötigt werden, den Krankencassen ihre Hilfe unter dem Wert zu gewähren, üben sie eine öffentliche, dem Staate obliegende Function aus. Der Staat entschädigt sie aber hierfür nicht, sondern lässt den ärztlichen Stand ruhig Opfer bringen, die in Geld ausgedrückt im Laufe eines Jahres viele Millionen betragen. Es ist durchaus verständlich, dass die Krankencassen sich weigern, hier die Rolle des Staates zu übernehmen, da dieser ihnen hierzu absolut nicht ausreichende Mittel zur Verfügung stellt. Gewiss folgt hieraus nicht, dass die Aerzte mit jedem ihnen von den Cassen gebotenen Preis für ihre Arbeit einverstanden sein müssen. Die Cassen müssen und werden bereit sein, dasjenige Honorar, das zu zahlen sie überhaupt fähig sind, zu leisten. Aber was dann an dem vollen Entgelt der ärztlichen Arbeit fehlt, das ist der Staat verpflichtet aufzubringen. An diesen muss die Aerzteschaft sich wenden. Die Regierung muss so lange über die öffentliche Function, welche der Aerztestand ausübt, aufgeklärt werden, bis sie die ihr obliegende Verpflichtung anerkennt, den Aerztestand dafür zu entschädigen. Mit dieser Anerkennung ist aber nicht notwendig verbunden, dass der Aerztestand gänzlich seines privaten Charakters beraubt wird. Bevor auf diesem noch wenig erforschten Wege verpflichtende Schritte getan werden, könnte man sich so helfen, dass der Staat den Krankencassen einen Zuschuss leistet, durch welchen die an der vollen Honorierung der Aerzte auf Grund der preussischen Medicinaltaxe fehlenden Summen gedeckt werden.

Bis dieses erreicht ist, bleibt den Aerzten nur übrig, weiter sociale Opfer zu bringen. Ihr Bestreben kann inzwischen allein dahin gehen, diese nicht so gross werden zu lassen, wie sie bisher waren. Darin werden sie aber in den aufgeklärten Cassenvertretern willige Helfer finden, und damit ist der friedliche Weg und ein Zusammenwirken der Aerzte mit den Cassen gegeben.

Nur an einem Organ, an einer dauernden Institution fehlt es, welche die friedliche Vereinigung anbahnt und aufrechterhält, denn noch sind wir weit von der Erkenntnis der Harmonie der Interessen entfernt.

Dieses Organ müsste durch einen ständigen Ausschuss gebildet werden, der zunächst auf dem Wege freiwilliger Vereinbarung zu stande kommt und zu gleichen Teilen aus Aerzten und Cassenvertretern besteht. Diese Ausschüsse würden in der primitivsten Form Gemeindeorganisationen, in der nächst höheren Kreis- oder Provinz-, in der darauffolgenden Landes- und in der höchsten Stufe Reichsorganisationen sein. Jede nächsthöhere Organisation bildet die Appellinstanz für die nächstkleinere Organisation. In diesen Ausschüssen, die ständig functionieren müssten mit einem ihnen freiwillig zugestandenem obrigkeitlichen Charakter, würde meiner Meinung nach ein Mittel gefunden sein, die Differenzen zwischen Aerzten und Krankencassen dauernd auszugleichen und eine feste Verbindung zwischen beiden Parteien herzustellen, welche geeignet wäre, durch das Mittel der Krankencassengesetzgebung enormen socialhygienischen Nutzen zu schaffen.