



Staats- und
Universitätsbibliothek
Bremen

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen

DFG Projekt Die Grenzboten

Die Grenzboten

Berlin u.a., 1841 - 1922

Gedanken zur Revision des Krankenversicherungsgesetzes : (Schluß)

urn:nbn:de:gbv:46:1-908



Gedanken zur Revision des Krankenversicherungsgesetzes

(Schluß)

Von selbst ergibt sich bei einer einheitlichen Leitung des Versicherungswesens eine bessere Ausbildung und Schulung der Ärzte für ihre Tätigkeit im Dienst der sozialen Gesetzgebung. Die Zentrale ist in der Lage und daran interessiert, an den Universitäten Instruktionkurse für die Ärzte abzuhalten, sowohl über die für den Arzt wichtigsten Bestimmungen der sozialpolitischen Gesetze, als auch über die einzelnen Zweige der Gewerbehygiene; sie wird im ideellen und materiellen Interesse auch auf die Versicherten durch Vorträge über Berufskrankheiten und Gefahren, über Ernährung, Kleidung usw. belehrend einwirken, sie wird vielleicht periodisch regelmäßige Untersuchungen aller Versicherten veranlassen, um den Verwendungsschutz in geeigneten Fällen anzuwenden, um etwa die ersten Symptome der Tuberkulose festzustellen, die häufig schon zu weit vorgeschritten ist, wenn der Kranke aus eigenem Antrieb den Arzt aufsucht.

Die weitsehenden und voreingenommenen Spitzen der Anstalten werden sich auch noch andre Kräfte dienstbar zu machen wissen. Ich denke z. B. an den deutschen Verein für Volkshygiene, der sich die Aufgabe gestellt hat, die modernen naturwissenschaftlichen Auffassungen vom Wesen der Krankheit und von den Vorbedingungen der Gesundheit zum Gemeingut des ganzen Volkes zu machen und befruchtend auf das öffentliche Gesundheitswesen einzuwirken. Dieser Verein, an dessen Spitze die hervorragendsten Professoren und Fachleute stehn, hat dasselbe Ziel, das sowohl die Kranken- wie die Invalidenversicherung haben. Unterstützt von so sachkundiger Seite werden die Anstalten auch Einfluß auf die öffentliche Gesundheitspflege gewinnen und Arm in Arm mit der Medizinalverwaltung den Gesundheitszustand ihres Verwaltungsbereichs überwachen, gesundheitsgefährliche Einflüsse und deren Beseitigung erforschen und allen vermeidbaren Krankheiten entgegenwirken.

Diese höhere Aufgabe der öffentlichen Versicherung, bei deren Durchführung sie vor allem auf die verständnisvolle Mitwirkung der Ärzte angewiesen ist, wird auch dazu dienen, eine innigere Fühlung zwischen Ärzten und Verwaltung herbeizuführen, und wird den Ärzten bei ihrer ärztlichen Tätigkeit

mehr Berufsfreudigkeit gewähren. „Es wächst der Mensch mit seinen größern Zwecken.“ Während der heutige Kassenarzt gar keine Möglichkeit sieht, seine Erfahrungen und Ansichten wegen der gesundheitschädlichen Zustände geltend zu machen, würden von einer weitausschauenden Versicherungsanstalt die Ärzte gewiß zu Jahresberichten angehalten werden und so ihr Material im Dienste der öffentlichen Gesundheitspflege verwertet wissen. Habe ich z. B. als Distriktkassenarzt für alle im Baugewerbe thätigen Arbeiter täglich, jahraus jahrein Gelegenheit, den gerade bei Maurern, Zimmerleuten, besonders den Bauarbeitern so verbreiteten Alkoholismus mit seinen furchtbaren Folgen zu beobachten, muß ich immer und immer wieder Leberschwellung, chronische Magen- und Darmleiden, Herzbeschwerden, Verhärtung der Blutgefäße bei mitunter durch jahrzehntelangen Alkoholmißbrauch verblödeten Leuten feststellen, sehe ich, wie alle jüngern Elemente immer wieder diesem Laster zum Opfer fallen, anfangs mit Widerwillen, aber machtlos gegenüber der unglückseligen Einrichtung, daß die Poliere auf den Bauten den Vertrieb alkoholischer Getränke haben und am Umsatz mit Gewinnprozenten interessiert sind, so bin ich heute dem gegenüber nur ein Rezepthandwerker, bekämpfe nur die Symptome, ohne den eigentlichen Ursachen zu Leibe gehn zu können. Daß öffentliche Mißstände bei den Bauhandwerkern und -arbeitern, und nicht individuelle Anlage zum Alkoholismus eine große Rolle spielen, kann ich als einzelner Beobachter schon daraus entnehmen, daß ich z. B. von der gesundheitlichen und sittlichen Qualität der auch von mir täglich ärztlich behandelten Metallarbeiter einen ganz andern Eindruck empfangen habe. Ich denke mir nun, eine Versicherungsanstalt würde die einzelnen Berichte, die keinen absoluten Wert haben, von allen Baugewerksärzten sammeln und sichten, und sobald sich aus der Gesamtheit der Beobachtungen ein öffentlicher Mißstand ergibt, z. B. daß die Poliere, die Vorgesetzten der Arbeiter, direkt Schankstätten auf den Bauten haben, durch Einwirkung auf die Bau- oder Gesundheitspolizei ihn zu bekämpfen genug Autorität haben und den Kampf gegen ein solches Übel durch Belehrung in Wort und Schrift noch schärfer und erfolgreicher führen. Wie naheliegend ist es z. B. auch, daß die Landesversicherungsanstalten als Träger der Krankenversicherung mit Hilfe des großen Netzes geschulter Ärzte der zur Zeit so viel erörterten Wohnungsfrage ihr Augenmerk widmen, Enqueten veranstalten darüber usw.

Wie soll nun aber die Arztfrage geregelt werden? Es ist recht und billig als Prinzip aufzustellen, daß jedem approbierten Arzte, der sich um diese Thätigkeit bewirbt, nach der Anciennität ein seinen Wünschen möglichst angemessener Arbeitsbereich zugewiesen wird. Nehmen wir an, es würden sich 15000 Ärzte an der kassenärztlichen Thätigkeit beteiligen wollen, so hätte jeder Arzt nach der geplanten Ausdehnung der krankenversicherungspflichtigen Bevölkerung auf etwa 12 Millionen achthundert Versicherte in seinem Distrikt. Dann hätte jeder Arzt seinen gleichmäßigen, versicherungsärztlichen Arbeitsbereich, den er gründlich beherrschen könnte, als Grundlage einer Existenz.

Eine dauernde gesicherte Anstellung als Distriktsarzt und das Aufhören des Wechsels in der Kassenzugehörigkeit würde auch festere Beziehungen zwischen Arzt und Kranken mit sich bringen. Auf Grund jahre- und jahrzehntelanger Bekanntschaft mit den Klienten kann der Arzt alle Krankheitszustände des Patienten besser verstehen und besser behandeln, und er tritt jedem einzelnen Versicherten seines Distrikts menschlich näher. In dem Maße, wie sich ein innigeres Vertrauensverhältnis zwischen dem Arzt und dem Distrikt herstellt, werden auch die Versicherten nicht so leicht in die Stimmung kommen, sich als Arbeitgeber zu gerieren, deren Äußerungen für den heutigen Kassenarzt so demütigend sind. Dann würde es nicht mehr vorkommen, daß ein Kassenarzt täglich hundertfünfzig Konsultationen und Besuche erledigt, und die kassenärztliche Thätigkeit zu einer Farce wird. Der heutige beschäftigte Kassenarzt, der sich um jeden Preis sein kassenärztliches Honorar erhalten will, erledigt die Arbeit äußerlich so gut es eben geht, sinkt aber allmählich von selbst gegen die Stimme des Gewissens und gegen seine Berufsauffassung zum Rezepthandwerker herab. Die Verhältnisse sind eben mächtiger als der Einzelne. Wenn er gezwungen ist, täglich fünfzig bis hundert bis hundertfünfzig Patienten abzufertigen, so ist es klar, daß keine ernste wissenschaftliche ärztliche Thätigkeit dabei möglich ist; da entwickelt sich dann von selbst die Gewohnheit, jeden Patienten möglichst rasch mit einem wertlosen Rezept wegzuschicken und infolge dessen durch Arzneiverschwendung, die bei solchem Massenbetrieb beobachtet wird, die Kassen zu belasten. Denn nur dadurch, daß der Arzt den Instinkten der Masse nachgebend jedem möglichst rasch einen Heiltrank (zweistündlich einen Eßlöffel voll) verordnet, der in den Augen der Patienten eine mystische Heilwirkung birgt, kann er die Arbeit bewältigen. Es fragt sich nur wie! Dem Patienten ist nicht geholfen, der Arzt bildet sich zum Charlatan aus und verflacht durch seine übermäßige Arbeitslast. Ist da der Arzt noch Freund und Helfer in der Not? Ist da eine ruhige, sachliche Beratung noch möglich? Werden dabei die Krankheiten nicht häufig übersehen? Und dabei wohnen ringsum die arbeitswilligen, aber von den Kassen an der Arbeit gehinderten Kollegen und bedauern, daß sie wegen mangelnder Beschäftigung in ihrer Kunst zurückkommen. Das sind Zustände, die eine sehr schlechte Versorgung mit ärztlicher Hilfe für die Versicherten bedeuten, und die den allgemeinen sozialen Niedergang des Ärztestandes bewirkt haben. Die vorgeschlagene Organisation der ärztlichen Hilfe schafft dagegen gleiches Recht für alle Ärzte und ist sowohl für die Versicherten wie für die letzten Aufgaben der Versicherung ein wesentlicher Fortschritt. Um die Ärzte dauernd an die versicherungsärztliche Thätigkeit zu fesseln, könnte für die Honorierung die Einrichtung gewählt werden, einen Grundgehalt mit Alterszulagen zu gewähren. Wenn nun das Angebot ärztlicher Arbeitskräfte nach den äußern Schwierigkeiten der Praxis nach ländlichen und städtischen Verhältnissen verschieden ist, so könnte man nach dem für Volksschullehrer geschaffnen Muster den Grundgehalt nach den örtlichen Verhältnissen zwischen einer Maximal- und Minimalgrenze schwanken lassen.

Eine andre für die Ausgestaltung der Krankenversicherung auf der breiten Basis der Invalidenversicherung sprechende Rücksicht ist folgende: Die heute so oft von dem Arzte und vielleicht auch von der Invalidenversicherung vermißte Fühlung zwischen den Anstalten und den Ärzten würde geschaffen. Wenn ich heute der Invaliditätsanstalt einen Kranken mit einem Attest überweise zur etwaigen Übernahme des Heilverfahrens, oder wenn ich mit ausführlicher wissenschaftlicher Begründung die Anschaffung irgend eines Heilapparats, eines künstlichen Glieds oder dergleichen empfehle, so werden solche Anträge vielfach berücksichtigt, mitunter aber auch abgelehnt, ohne daß jemals dem Arzt eine amtliche Antwort zu teil wird, eine in den heutigen Organisationsverhältnissen liegende Nichtachtung der so wichtigen ärztlichen Mitarbeit an den sozialen Einrichtungen, die ärztlicherseits unangenehm empfunden wird. Denn tatsächlich gehn die Ärzte den Kranken, die gewöhnlich über die Organisation und die Leistungen der Versicherungen gar nicht unterrichtet sind und sich selbst nicht zu helfen wissen, auch im allgemeinen in rein formellen Dingen ratend zur Hand und sind ihnen behilflich bei der Wahrung ihrer Rechte. Dabei ist man in den sozialen Gesetzen bisher merkwürdigerweise über die gesetzliche Fixierung der Rechte und Pflichten der Ärzte hinweggegangen. Die Ärzte, deren Thätigkeit wesentlich mit ein Gegenstand der Versicherung ist, sind einfach als Stand unberücksichtigt geblieben, und bei der Ausführung der Gesetze werden die Standesinteressen erdrückt zwischen Merkantilismus, Nepotismus, Bureaokratismus, Charlatanerie usw.

Daß bei der vorgeschlagenen Regelung alle Krankenkassen in die Landesversicherungsanstalten einverleibt würden, geht aus dem Gesagten hervor. Warum die Innungs- und Betriebskrankenkassen in ihrer Zersplitterung erhalten werden sollen, wie es von den Regierungen scheinbar beabsichtigt wird, dafür scheinen mir keine genügenden Gründe vorzuliegen. Deshalb möchte ich einiges über die Betriebskrankenkassen anführen, deren Leistungen so besonders laut gepriesen werden, und deren Erhaltung so energisch gewünscht wird.

Als Mehrleistung der Betriebskrankenkassen wird angeführt, daß deren statutenmäßige Unterstützungsdauer durchschnittlich achtzehn Wochen beträgt, während die der Ortskrankenkassen nur 15,6 Wochen beträgt. Hält man aber dagegen die statistisch berechnete tatsächliche Dauer der Unterstützung mit Krankengeld auf einen Durchschnittsfall, so beträgt die tatsächliche Unterstützungsdauer bei Betriebskrankenkassen nur 15,8 Tage, bei Ortskrankenkassen 17,3 Tage. Bemerkenswert bei Erläuterung des Gegensatzes zwischen statutenmäßiger und wirklicher Leistung der Betriebskrankenkassen ist auch, daß im Jahre 1896 an Kur- und Verpflegungskosten entfielen auf hundert Mitglieder durchschnittlich bei den Ortskrankenkassen 188 Mark, bei den Betriebskrankenkassen 144 Mark, bei allen Kassenarten durchschnittlich 171 Mark. Bei den Betriebskrankenkassen, in denen die Betriebsinhaber unumschränkt herrschen, muß man von der großen Mehrzahl der übrigen die einzelnen Betriebskrankenkassen unterscheiden, die unter der Leitung von wohlwollenden, verständigen

und kapitalkräftigen Industrie feudalen vielfach Musterkrankenkassen geworden sind. Wie der heutige Unternehmer häufig durch die Konkurrenz verhindert wird, seinen Arbeitern erträgliche Arbeitsbedingungen zu bewilligen, so ist er auch durch die Konkurrenz gezwungen, möglichst wirtschaftlich in den Betriebskrankenkassen zu arbeiten. Man kann von dem wirtschaftlichen Egoismus nicht verlangen, daß er in dem allgemeinen Nutzen den eignen Vorteil sieht. Der Fabrikant muß zunächst daran denken, Nutzen aus seinem Betrieb zu ziehen, und kann sich nicht darum kümmern, ob eine übertriebne Arbeit in engen Räumen und bei schlechter Luft die Gesundheit seiner Arbeiter oder Arbeiterinnen schädigt und ihr Leben verkürzt. So lassen sich denn auch die Schattenseiten der Betriebskrankenkassen, die mit den Grundprinzipien der sozialen Gesetze nicht im Einklang stehn, auf den wirtschaftlichen Egoismus zurückführen.

Eine große Ungerechtigkeit liegt zunächst darin, daß die Ortskrankenkassen alle chronisch Kranken, die in der Gesundheit Schwachen als Mitglieder haben, während die Betriebsunternehmer ihre Kassen davon entlasten. Die Arbeitskräfte, die eingestellt werden sollen, werden vorher ärztlich untersucht, alle Arbeitsuchenden, deren Gesundheitszustand zu irgend einem Bedenken Anlaß giebt, werden abgewiesen. Ist jemand sonst gesund, hat aber z. B. einen Leistenbruch, so heißt es: „Schaffen Sie sich zunächst von Ihrem Gelde ein Bruchband an, dann kommen Sie wieder!“ Findet der Arbeiter dagegen Beschäftigung bei einem Unternehmer, der keine Betriebskrankenkasse hat, so wird er z. B. bei der Ortskrankenkasse angemeldet und läßt sich auf deren Kosten ein Bruchband verschreiben. Ein so ungleiches Verfahren liegt nicht im Sinne der sozialpolitischen Gesetzgebung; für den Arbeitsuchenden, der vielleicht aller Mittel bar ist, liegt darin oft eine grausame Härte, es ist aber eine ebenso notwendige Folge einer ökonomischen Verwaltung, wie folgendes Vorgehn: Angenommen, ein Schlosser war bisher Mitglied bei einer Ortskrankenkasse mit getrennten Lohnklassen und rangierte in der Lohnklasse von 4 Mark täglichem Arbeitsverdienst, und er wird nun durch Wechsel der Arbeitsstätte Mitglied einer Betriebskrankenkasse, worin für alle Versicherten ein Durchschnittsarbeitsverdienst von 2½ Mark zu Grunde gelegt ist, so werden dadurch die Leistungen der Kasse für ihn wesentlich verschlechtert. Außerdem wird dieser Durchschnittsarbeitslohn zur Berechnung der zu klebenden Invalidenmarken zu Grunde gelegt, und so wird während der Dauer dieses Arbeitsverhältnisses der Versicherte in der Invalidenversicherung von der fünften Lohnklasse mit 36 Pfennig-Beitragsmarke herabgedrückt auf die dritte Lohnklasse mit 24 Pfennig-Beitragsmarke. Denn für die Zugehörigkeit des Versicherten zu den Lohnklassen der Invalidenversicherung ist nicht der thatsächliche, sondern der für die Krankenversicherung maßgebende Arbeitsverdienst entscheidend. Wer nun jahre- oder jahrzehntelang einer solchen Betriebskrankenkasse angehört, wird natürlich eine viel niedrigere Invalidenrente bekommen als ein Berufsgenosse mit demselben wirklichen Arbeitsverdienst, der aber zufällig einer Ortskrankenkasse angehörte.

Als nationalökonomisches Kuriosum will ich nur nebenbei erwähnen, daß bei der geschilderten Art dem kleinen Unternehmer ohne Betriebskrankenkasse gegenüber eine geringere Belastung der großen Unternehmer mit Betriebskrankenkassen durch die Festsetzung eines verhältnismäßig niedrigen, der Berechnung zu Grunde liegenden sogenannten Durchschnittsarbeitsverdienstes erzielt werden kann. Ob in dieser Hinsicht ein verbreiteter Mißbrauch besteht, weiß ich nicht, und es läßt sich auch schwer feststellen, ich habe ihn nur gelegentlich gefunden. Eine verführerische und auch übliche Art, die Betriebskrankenkassen finanziell zu entlasten, besteht auch darin, daß der Fabrikkassenarzt, wenn er sich bei der Voruntersuchung und Entscheidung der Frage, ob ein Arbeitssuchender zur Aufnahme geeignet sei, geirrt hat, nachher, sobald er beobachtet, daß ein Arbeiter doch zu häufigen Erkrankungen und finanziellen Ansprüchen an die Kassen neigt, ihn dem Betriebsinhaber zur Entlassung vorschlägt. Daß die geschilderte Praxis furchtbare Härten birgt, und den Arzt häufig zum Henker macht für den mit einem Gebrechen behafteten Arbeitssuchenden, der vergebens von Fabrik zu Fabrik geht und sich auf dem Arbeitsmarkt wie ein Geächteter vorfindet, ist bekannt.

Daß die häufig als Muster hingestellten Fabrikkassen infolge freundschaftlicher oder verwandtschaftlicher Beziehungen zwischen Inhaber und Arzt diesem ein höheres Gehalt zahlen als notwendig wäre, und als beispielsweise eine selbständige Arbeiterkasse zahlt, in dem Falle, daß sie mit dem Arzte kontrahiert hat, ist ebenso notorisch, wie es für die Kassenmitglieder ungerecht und für die Ärzte unwürdig ist. Die Statistik sagt, daß die Arztkosten bei den Fabrikkrankenkassen auf je ein Mitglied im Jahre 1896 4 Mark 47 Pfennige betragen, bei den Ortskrankenkassen 2 Mark 79 Pfennige, durchschnittlich bei allen Kassen 3 Mark. Diese Zahlen sagen genug. Im großen und ganzen habe ich gefunden, daß die Versicherten in den Betriebskrankenkassen keine wohlthätigen Institute sehen, und sich in der Vertretung ihrer Rechte sehr behindert fühlen.

Wenn wegen der Überlastung mit Arzneikosten von den Krankenkassen so viel Aufhebens gemacht wird, so sehe ich den einzigen Grund dafür, daß es eine Apothekerfrage in der Krankenversicherung giebt, in dem Vorhandensein von etwa 23000 Trägern der Krankenversicherung. Die Krankenkassen haben größtenteils noch nicht die Preisbildung auf dem Arzneimittelmarkt begriffen und verstehen nicht, wie nur infolge ihrer mangelnden Sachkenntnis das Arzneiausgabenkonto so gewaltig gestiegen ist. Auf Grund einer sorgfältigen Bearbeitung dieser Frage sagt Dr. Landmann in seiner Broschüre „Die Apothekerfrage und die Krankenkassen“: Der Laienstandpunkt der Verwaltungen, der einem Eindringen in die Geheimnisse des Arzneiverkehrs und die Geschäftspraktiken der Apotheker hinderlich war, dazu der Mangel an einem einheitlichen Vorgehen infolge der Zersplitterung des Krankenkassenwesens konnte ein andres Ergebnis (als das einer allmählichen Überlastung) nicht zeitigen. Dafür dient auch zum Beweise, daß die deutschen Krankenkassen, die 1885 mit einem

jährlichen Arzneiaufwande von 1 Mark 62 Pfennigen für das Mitglied begonnen hatten, im Jahre 1898 schon bei einer Steigerung dieser Zahl auf etwa 2 Mark 50 Pfennige angelangt waren; und so sehr man sich auch bemühen mag, bei der Beurteilung der Resultate der Reichsstatistik alle Momente zu ihrem Recht kommen zu lassen, so kann man die Thatsache nicht aus der Welt schaffen, daß gegenwärtig der Arbeiter alljährlich einen vier- bis fünf- fach höhern Betrag zu den Einnahmen der Apotheker beisteuert, als vor der Einführung der Krankenversicherung; wie sich denn auch auf der andern Seite direkt nachweisen läßt, daß die krankenversicherungspflichtigen Arbeiter in Deutschland auf den Kopf einen etwa doppelt so hohen Betrag an die Apotheken entrichten wie die übrige Bevölkerung. Und alle diese Thatsachen erscheinen in einem noch bezeichnendern Licht, wenn man bedenkt, daß sich der Gesundheitszustand der Arbeiterklasse trotz dieses überreichlichen Arzneikonsums nicht nachweislich gebessert hat, daß vielmehr die zwanzig Millionen Mark, die heute von der krankenversicherungspflichtigen Bevölkerung an die Apotheken abgeführt werden, zu mindestens zwei Dritteln lediglich ein Tribut der Unwissenheit an den Eigennutz darstellen. — Diese Gedanken treffen den Kern der Sache. Sobald die Krankenkassen zentralisiert sind, wird die Zentralleitung, die mit großen Zahlen rechnet, die große soziale Bedeutung von ärztlicher Verordnungsweise, Apothekerpreisen, Arzneimitteltagen erkennen und durch berufene Sachverständige nach wissenschaftlichen Grundsätzen den Ausgabeposten untersuchen und verringern durch ständige Kontrolle der Rezepte auf Tage und Verordnungsweise, durch fortgesetzte Statistik über die von den einzelnen Ärzten durchschnittlich verursachten Arzneiausgaben, durch Kontrolle der Preisberechnung der Apotheker für die dem freien Verkehr übergebenen Arzneimittel, die beim bar bezahlten Handverkauf jetzt vielfach unter den staatlichen Taxpreisen, den Kassen aber zu den Taxpreisen abgegeben werden. Außerdem besteht für die Apotheker bis jetzt meistens kein Grund, bei den Arzneiwaren, die nicht in den staatlichen Taxen erwähnt sind, sich den Kassen gegenüber an die ortsüblichen Preise zu halten, weil sie dazu von den Kassen nicht gezwungen werden. Die Preise für die staatlich nicht taxierten Arzneiwaren unterliegen ja den sonst im Handel maßgebenden Grundsätzen, d. h. der freien Vereinbarung zwischen Käufer und Verkäufer. Die Kassen üben jedoch vielfach ihr Mitbestimmungsrecht bei der Preisbildung nicht aus und bezahlen das doppelte und dreifache des ortsüblichen Preises. Eine sachverständige Kontrolle wird auch die Ärzte zu erziehen wissen, die aus Unkenntnis der Dinge häufig die teuern patentamtlich geschützten Artikel verordnen, wenn man absolut dieselbe Ware unter andern Namen um einen Bruchteil des Preises erhalten kann, oder die statt der heutzutage so billigen und exakter dosierten fabrikmäßigen Herstellungen nach alter Gewohnheit die durch den Apotheker zuzubereiteten und um ein vielfaches teurer berechneten Arzneien verordnen. Daß die Patienten bei geringerm Arzneiverbrauch nicht schlechter fahren, ergibt sich

aus der überall festgestellten Thatsache, daß größere oder geringere Ausgaben für Arznei auf die Durchschnittsdauer der Krankheiten keinen Einfluß haben. Die vielen kleinen Kassen können sich in dieser Apothekerfrage gar nicht helfen, während große Organisationen nicht versäumen werden, das Arzneikonto in einer noch steileren Kurve hinabzudrücken, als es seit der Gründung der Kassen mangels Kontrolle in unnatürlicher Weise gestiegen ist, abgesehen davon, daß auch eine gesicherte Stellung die Ärzte von dem Drucke der Apotheker und von dem Zwange befreit, allzusehr dem Arzneiaberglauben der Versicherten Rechnung zu tragen.

Daß die Krankenversicherung in großen territorialen Verbänden ein einheitliches System von Lohnklassen, vielleicht dieselben wie bei der Invalidenversicherung zu Grunde legen und dadurch der Verwirrung, die durch das Durcheinanderlaufen von ortsüblichem, wirklichem und durchschnittlichem Tageslohn geschaffen ist, ein Ende machen und mit der Zeit eine Verschmelzung der Beiträge zur Krankenkassen- und Invalidenversicherung durchführen würde, ist eine selbstverständliche Folge der Zusammenlegung beider Versicherungsarten und würde von allen beteiligten Kreisen als ungeheure Wohlthat und Verbesserung empfunden werden. Auch in nebensächlichen Punkten würde die Organisation auf breiter Grundlage große Vorteile bieten. Daß durch ein systematisch angelegtes großes Netz von Ärzten, von Zahlungsstellen, von Kassen- und Kontrollbeamten eine Vereinfachung, Verbilligung und Vervollkommnung der Krankenkontrolle geschaffen wird, liegt in der Natur des Großbetriebs. Wie klar liegt dann auch die Überwachung der Invalidenrentner, deren Krankenversicherungspflichtige Beschäftigung nach Dauer und Lohnhöhe dann auch von den Landesversicherungsanstalten gebucht wird. Nur muß der Gefahr einer schwerfälligen, bürokratischen Geschäftsführung dadurch vorgebeugt werden, daß für die leitenden Stellen sozial gesinnte höhere Beamte, Ärzte, Hygieniker gefunden werden, denen Ausschüsse der Unternehmer und der Arbeiter zur Seite stehn. Denn so wenig diese Arbeiterversicherungsinstitute unter der ausschließlichen Leitung und Verwaltung der beteiligten Kreise im großen und ganzen ihrer Aufgabe gerecht geworden sind, so gut hat sich doch die Teilnahme an der Verwaltung und Rechtsprechung bewährt, indem dadurch den Mitarbeitenden die Grenzen des Ausführbaren klar werden, und indem dadurch einer schematischen Geschäftserledigung vorgebeugt wird.

Dann würde auch die jetzt bei der Krankenversicherung fehlende, aber unbedingt notwendige strenge Dienstaufsicht durch sozialpolitisch geschulte, von den interessierten Kreisen unabhängige Beamte geschaffen und dafür mehr Sorge getragen werden, daß alle Exekutivorgane der Versicherung in dem humanen, sozialen Geiste der Magna charta der sozialpolitischen Gesetzgebung, der allerhöchsten Botschaft Kaiser Wilhelms I. vom Jahre 1881, jeder an seiner Stelle, ihre Pflicht erfüllen, sodas wir nicht nur sozialpolitische Gesetze, sondern auch eine wohlwollende, lebendige, aber auch gerechte Handhabung hätten.

Im Rahmen dieser Gedankengänge muß sich die Revision des Kranken-

versicherungsgesetzes bewegen, und auf dieser durch seine hohen Ziele und Aufgaben gegebenen Grundlinie muß eine alle Parteien, die Unternehmer, Arbeiter, Ärzte und Kassenbeamte versöhnende Lösung gefunden werden.*)



Die ersten Lebenszeichen der Neuen Bachgesellschaft



ie Neue Bachgesellschaft, über deren Gründung und Zweck die Leser seiner Zeit unterrichtet worden sind, hat kürzlich ihre ersten Hefte veröffentlicht und ihr erstes Bachfest abgehalten, ihre öffentliche Thätigkeit also begonnen.

Die Hefte bringen fünfundsiebzig von Sebastian Bach komponierte oder bearbeitete geistliche Lieder und Arien in doppelter Form. Das erste Heft legt sie als Sologefänge mit Begleitung des Klaviers (auch für Harmonium oder Orgel zu gebrauchen), das zweite als vierstimmige Chorgesänge vor. Die Quellen dafür sind das Schemellische Gesangbuch und das zweite „Notenbuch“ von Anna Magdalena Bach, des Komponisten zweiter Frau. Aus Schemelli stammen neunundsechzig, aus dem Notenbuch sechs Stück. An beiden Stellen sind sie in dem abgekürzten Stil des achtzehnten Jahrhunderts notiert, d. h. im zweistimmigen Satz: Sopran und Baß. Und so sind sie im Laufe unsers Jahrhunderts wiederholt, zuletzt noch in der Bachausgabe (39. Jahrgang) neugedruckt worden. Auch jeder bessere Dilettant verstand sich zu Bachs Zeit darauf, den Baß bei leichtern Kompositionen vom Blatt „auszufetzen,“ durch volle Harmonien und Kontrapunkte zu ergänzen. Die zahlreichen Sammlungen deutscher Lieder, die wir von den dreißiger Jahren des siebzehnten Jahrhunderts ab besitzen, sind alle in dieser unvollständigen Weise gedruckt; erst als sich am Ende des achtzehnten Jahrhunderts die Berliner Schule an die große Menge wendet, wird allmählich der bezifferte Baß durch ein ausgeführtes Accompagnement ersetzt, die Klavierpartie auf zwei Systemen, so wie sie klingen sollte, mitgeteilt. Von da ab ist die Kunst nach dem bloßen Baß zu spielen in Laienkreisen mehr und mehr ausgestorben, infolgedessen sind auch die originalgetreuen Neudrucke der Bachschen Lieder fast gänzlich unbenutzt geblieben, und Bachs Beiträge zu Schemellis Gesangbuch haben ein bloß sagenhaftes Dasein geführt. Es war ein glücklicher Gedanke der Neuen Bachgesellschaft, hier einzugreifen und ihren Mitgliedern diesen Schatz geistlicher Hausmusik in der Fassung vorzulegen, in der ihn die Gegenwart einzig gebrauchen kann. Denn die Hausmusik ist

*) Die Zahlenangaben sind entnommen der „Statistik des Deutschen Reichs,“ herausgegeben vom kaiserlichen Statistischen Amt. Neue Folge. Band 1896.