



Staats- und
Universitätsbibliothek
Bremen

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen

DFG Projekt Die Grenzboten

Die Grenzboten

Berlin u.a., 1841 - 1922

Ritter, G.: Die Ärzteschaft unter der Macht der Krankenkassen

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

Die Ärzteschaft unter der Macht der Krankenkassen

Von Dr. G. Ritter (Berlin)



ie überstürzte und übertriebene, von der Nationalversammlung wieder aufgehobene Verordnung über Ausdehnung der Versicherungspflicht in der Krankenversicherung bis zu 20 000 Mark Einkommen hat infolge der lebhaften Gegenbewegung unter den davon betroffenen höheren Angestellten und den Ärzten die Aufmerksamkeit weiter Kreise auf die Krankenversicherung gelenkt. Die Öffentlichkeit hat dabei zum Teil mit Erstaunen Kenntnis davon erhalten, wie bedrückend großenteils die Lage der Ärzte unter der Wirkung des Versicherungsgesetzes geworden ist. Die Probleme, welche die soziale Gesetzgebung für die Ärzte als Stand und als Einzelpersonen birgt und die zu ihrer Lösung drängen, wenn nicht die ganze Krankenversicherung selbst gefährdet werden soll, seien nachstehend dargelegt.

Schon vor der Einführung der Zwangsversicherung bestanden in vielen Teilen Deutschlands seit Jahrzehnten Krankenkassen. Ihre Mitglieder wurden von den Ärzten im wesentlichen als Unbemittelte angesehen; dementsprechend beanspruchten die Ärzte auch nur ein sehr geringes Entgelt für ihre Bemühungen. Im Jahre 1848 waren bei dem neubegründeten „Gesundheitspflegeverein der deutschen Arbeiterverbrüderung“ in Berlin zur Bestreitung der ärztlichen und wundärztlichen Pflege, der kleineren chirurgischen Hilfeleistungen, Kosten der Heilmittel und Verwaltungskosten des Vereins pro Mitglied monatlich 15 Pfennig zu zahlen. „Um an dem Geldpunkt die Verwirklichung der Idee nicht scheitern zu lassen, haben die Ärzte die Richtigkeit der Rechnung mit der Möglichkeit, vorläufig ohne einen ihrer Arbeit entsprechenden Lohn zu bleiben, verbürgt.“

Die Einrichtungen dieser ungenügend fundierten Kassen wurden bei Einführung der gesetzlichen Zwangsversicherung nach Möglichkeit geschont. Auch später wurde bei der Erweiterung des Versicherungszwanges unterlassen, den Krankenkassen eine breite finanzielle Basis zu geben. Bei ihren demgemäß beschränkten Mitteln und bei dem Bestreben, neben der Aufbringung der vorgeschriebenen Reserven unter möglichst geringer Belastung ihrer Mitglieder für diese möglichst viel zu leisten, suchten die Kassen begreiflicherweise soviel als möglich an Ausgaben zu sparen; einen dieser Ausgabeposten bildete das Arzthonorar. Später kamen jedoch Zeiten, in denen die Kassen über reichliche Mittel verfügten und stellenweise Verwaltungspaläste nach Art der Großbanken erbauten, aber trotz gelegentlicher platonischer Erklärungen für eine ausreichende Bezahlung der Ärzte ist es zu einer solchen überwiegend nicht gekommen.

Von Anfang an ist dabei nicht berücksichtigt worden, daß die Krankenversicherung nur dann das Beste leisten kann, wenn die Ärzte an ihr so interessiert sind, daß sie freudig daran mitarbeiten. Nachdem der Staatssekretär von Boetticher seinerzeit den Kassen empfohlen hatte, die ärztliche Versorgung im Submissionswege zu vergeben, ist es für diese zum Grundsatz geworden, die ärztliche Hilfe, mit ihrer wesentlichsten Leistung, nicht so gut wie möglich, sondern so billig wie möglich zu beschaffen. Dies hindert sie jedoch nicht, auf der anderen Seite von den Ärzten den höchsten Berufs-Idealismus zu fordern und die Schuld an den Mängeln des

Systems einseitig den Ärzten zuzuschieben. Solange neben der kassenärztlichen Tätigkeit die freie Berufsausübung in der Privatpraxis eine auskömmliche Existenz ermöglichte, konnte von den Ärzten das geringe Einkommen aus der kassenärztlichen Tätigkeit extrahiert werden. Je mehr diese aber zur Hauptsache wird und je mehr bei der Gewährung kostenloser ärztlicher Behandlung die Inanspruchnahme der Ärzte zunimmt, während gleichzeitig durch die fortwährende Verfeinerung der ärztlichen Untersuchungs- und Behandlungsverfahren die Mühevorkauf bei dem einzelnen Kranken wächst, umsoweniger kann den Ärzten auf die Dauer zugemutet werden, für minderwertige Bezahlung unentwegt hochwertige Berufsarbeit zu leisten und dabei zuzusehen, wie immer weitere Kreise ihrer Berufsgenossen in Not geraten, weil größtenteils die Krankenkassen nur eine begrenzte Zahl von Ärzten zur Behandlung der Kassenmitglieder zulassen. Daß die Ärzte, die diese Gefahr erst zu spät erkannt hatten, hiergegen organisiert ankämpfen, hat ihnen seit langem von seiten der Kassen den Vorwurf der „Profitgier“ und „inhumaner“, „unsozialer“ Gesinnung eingetragen. Der Kampf zwischen Kassen und Ärzten hat von beiden Seiten bisweilen scharfe Formen angenommen. Es handelt sich jedoch für die Ärzte nicht lediglich um ihre materiellen Arbeitsbedingungen; aber selbst wenn dem so wäre, so dürfte man ihnen daraus keinen Vorwurf machen. Für die Ärzte handelt es sich gleichzeitig darum, ihre berufliche Leistung auf wissenschaftlicher Höhe zu erhalten und ihren Stand vor Proletarisierung und moralischem Verfall zu schützen, damit er seine Aufgaben erfüllen kann.

Dem Wesen des ärztlichen Berufes entspricht eine individualisierende Einzelbehandlung des Kranken, wie sie in der Privatpraxis die Regel ist. Für viele Fälle, namentlich für schwere, langwierige, nervöse Erkrankungen und ganz besonders für die Familienbehandlung ist das Bestehen gewisser seelischer Wechselwirkungen zwischen dem Kranken und dem Arzt seines Vertrauens geradezu die Voraussetzung einer erfolgreichen Behandlung. Dazu muß der Arzt aber sich dem einzelnen Patienten genügend widmen können. Grundbedingung dafür ist eine Bezahlung, die dem Arzt auch bei einer nicht zu hohen Zahl von Patienten und einer nicht übermäßigen Arbeitszeit eine auskömmliche Existenz ermöglicht. Soweit diese Bedingungen in der Kassenpraxis erfüllt sind, werden auch dort weder von den Ärzten noch von den Kassen Klagen laut. Kautsky sagt zutreffend („Neue Zeit“ 1904 Nr. 16): „Es liegt im Interesse der Krankenkassen selbst, daß ihre Ärzte eine Honorierung erhalten, die Berufsfreudigkeit und Gewissenhaftigkeit ermöglicht.“

Die Höhe des Entgeltes für die ärztliche Tätigkeit hängt aber nicht nur von der absoluten Höhe der Aufwendungen einer Kasse pro Jahr und Kopf ihrer Mitglieder ab, sondern auch von den besonderen Verhältnissen derselben, nämlich ob es sich dabei um Angehörige gesundheitlich günstiger Betriebe und so weiter bzw. Landbevölkerung mit gutem gesundheitlichen Risiko und dementsprechend geringerer Inanspruchnahme der Ärzte handelt oder um großstädtische Industriebevölkerung mit schlechtem Gesundheits-Risiko und starker Inanspruchnahme der Ärzte. Bei gleichen durchschnittlichen Aufwendungen pro Kassenmitglied und Jahr wird die ärztliche Entlohnung daher in dem einen Falle gut, in

dem anderen unzureichend sein. Im letzteren Falle ist gleichzeitig zur Bewältigung der Arbeit eine größere Zahl von Ärzten nötig, und durch die stärkere Verteilung des an sich unzureichenden Honorars gestalten sich die Verhältnisse für die Ärzte dabei noch ungünstiger. Die Aufwendungen für ärztliche Hilfe müßten also bei den einzelnen Klassen diesen Verhältnissen besser angepaßt sein als jetzt.

Großenteils war für die meisten Ärzte eine auskömmliche Existenz mit Rücksicht auf die Verhältnisse in der Massenpraxis schon seit Jahren sehr schwierig. Sie wird in Zukunft mit fortschreitender Ausdehnung der Krankenversicherung unter Einbeziehung der Familienangehörigen bei vermehrter Arbeit noch schwieriger werden. Bei der Höhe des ärztlichen Einkommens ist abgesehen von dem zeitlichen Geldwert stets zu berücksichtigen, daß der Arzt eine sehr lange und kostspielige Ausbildungszeit braucht, an deren Verpflichtungen er oft jahrelang in der Praxis zu tragen hat; vielfach wird er nicht vor dem dreißigsten Jahre wirtschaftlich selbständig; er hat hohe Unkosten für die Ausübung seines Berufes an Wohnung, Fuhrkosten, Telephon, Instrumentarium, Büchern, Zeitschriften, Fortbildungskursen, Vertretung, Assistenten, Hilfspersonal usw. Gegenwärtig betragen allein die Berufsunkosten für eine mittlere Praxis in Berlin 13—14000 Mark jährlich. Für Krankheits- und Todesfall muß er mangels anderer Versicherungen eingehen, seine durchschnittliche Lebensdauer ist infolge der Gefahren des Berufes und der mit ihm verbundenen starken Abnutzung kürzer als die anderer akademischer Berufe; der Landarzt muß seine Kinder im Interesse ihrer Erziehung und Ausbildung vielfach von Hause fortgeben und hat dadurch erhöhte Kosten usw. Dieses Abgeschnittensein von Bildungsmöglichkeiten und vom Umgang mit Gebildeten ist abgesehen davon, daß die Landpraxis an die körperliche Rüstigkeit des Arztes ganz besondere Anforderungen stellt, mit ein Grund für die dem allgemeinen Zuge entsprechende Landflucht der Ärzte. Im übrigen aber sind auch hier vorwiegend wirtschaftliche Verhältnisse maßgebend. Es ist nachzuweisen, daß an bestimmten Orten im Osten von Zeit zu Zeit immer wieder ein Arzt sich niederläßt, aber nach ein bis zwei Jahren wieder fortzieht, weil er dort nicht existieren kann. Der Bezirk, der dazu nötig ist, muß um so größer sein, je dünner eine Gegend bevölkert ist. Hierbei sind aber der Ausdehnung der ärztlichen Tätigkeit durch die Entfernungen natürliche Grenzen gezogen. Würden für solche dünn bevölkerten Gegenden dem Arzte eine angemessene Wohnung geboten, ein ausreichendes Einkommen garantiert und ihm vor allen Dingen die erforderlichen Transportmittel (Auto) gestellt, so wäre auch die Arztfrage für diese Gebiete gelöst. Zurzeit bezahlen jedoch auf dem Lande die Kassen dem Arzte für Fuhrkosten teilweise weniger, als seine hohen Selbstkosten betragen; der Arzt setzt also bei solchen Besuchen Geld zu. Je schlechter aber die Bezahlung und damit die Existenzmöglichkeit wird, desto größer muß gerade auf dem Lande in gewissen Gegenden der Arztmangel werden. Wenn man statistisch nach Städten und Kreisen die Zahl der Ärzte, die Dichte der Bevölkerung, ihre finanzielle Leistungsfähigkeit, etwa als Steuerertrag pro tausend Köpfe und gleichzeitig das Verhältnis von Versicherten und Nichtversicherten zusammenstellen würde, so würden die wirtschaftlichen Zusammenhänge deutlich werden.

Bisher bleibt die Entlohnung für kassenärztliche Arbeit vielfach unter der eines ungelerten Arbeiters. In Berlin betrug die Bezahlung für die einzelne

kassenärztliche Leistung bis ungefähr 1892 15 Pfennig, in den folgenden Jahren etwa 30 Pfennig, zurzeit etwa 1,20 Mark. Unter Berücksichtigung des Geldwertes ist sie also jetzt ungefähr halb so hoch wie bei der kümmerlichen Bezahlung vor 25 Jahren, nur mit dem Unterschied, daß damals die Kassen bei weitem nicht den jetzigen Umfang hatten und die ärztlichen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden viel weniger entwickelt waren. Bei dieser Bezahlung betragen oft die Unkosten für die Behandlung eines Kassenmitgliedes ein Vielfaches des auf ihn entfallenden Honorars. Man überlege einmal, wieviele Kranke ein Arzt bei solcher Behandlung täglich abfertigen muß, um mit seiner Familie in einer teuren Großstadt leben zu können, und man wird alle Folgen begreifen. Klinische Operationen, die qualifizierteste, verantwortungsvollste, zeitraubendste und kostspieligste Arbeit, die nur denkbar ist, werden den Kassenärzten fast durchweg überhaupt nicht von der Kasse bezahlt. Da nun einmal die Entlohnung den Wertmesser der Arbeit darstellt, haben diese Verhältnisse für den ärztlichen Stand etwas Entwürdigendes und lähmen die Berufsfreudigkeit. Klagen über mangelhafte Massen-Verarztung werden unter diesen Umständen erst recht laut werden, je größer der Kreis der Versicherten wird. Der Fehler liegt eben in dem System. Der Berufsidealismus des jugendlichen Arztes zerreibt sich meist mit der Zeit bis zu einem gewissen Grade an den harten Tatsachen der bestehenden Verhältnisse. Nur wenn der Arzt an dem einzelnen Kassenmitglied ein ähnliches wirtschaftliches Interesse haben kann wie an dem Privatpatienten, und dabei freier Wettbewerb besteht, wird auch die Behandlung beider Gruppen von Kranken auf gleicher Höhe gehalten werden können. Dabei muß noch berücksichtigt werden, daß die kassenärztliche Tätigkeit vielerlei Sonderbelastungen mit sich bringt. Bei den Verordnungen muß jedes Mittel, das ein Nichtkassenmitglied sich freihändig beschafft (sogenannte Handverkaufsmittel, wie Tee, Gurgelwasser, Watte und ähnliche einfache Mittel), besonders verschrieben werden unter Angabe der Kasse und Mitgliedsnummer des Kranken, die dazu oftmals erst aus dem betreffenden Kranken-Journal herausgesucht werden muß. Die umfangreichen, bei den einzelnen Kassen und Kassenverbänden teilweise ganz abweichenden Bestimmungen über die von der Kasse gewährten Mittel erfordern ebenfalls häufig ein zeitraubendes Nachschlagen, da bei Versehen der Arzt für die Kosten der Verordnung haftbar gemacht wird. Weiter erschwerend wirkt hierbei die Verschiedenheit der Formulare; das Herausuchen der Vordrucke erfordert ebenfalls Zeit; bei Irrtümern droht wieder die Haftung. Der Verschiedenheit der Kassen und Kassenverbände entspricht außer der Ungleichheit der Formulare und Geschäftsanweisungen auch die der Krankenscheine bezw. Krankenbücher, der Kranken-Journale, die für jede Kasse oder Kassenverband getrennt geführt werden müssen, der Rechnungs- und Liquidationsbestimmungen usw. Die Ausstellung der Krankenscheine muß wöchentlich erfolgen, auch bei Krankheiten, die durch die Art des Leidens zweifellos mehrere Wochen Arbeitsunfähigkeit bedingen, zum Beispiel Lungenentzündung. Außerdem sind häufig Auskünfte an die Kassenvorstände über kranke Kassenmitglieder, Gutachten, Aufnahme-Atteste für Heilanstalten und ähnliche Zwecke sowie Angaben für kassenstatistische Zwecke vom Kassenarzt unentgeltlich zu leisten. Aus all diesen Belastungen erwachsen dem

beschäftigten Kassenarzt eine ungeheure mechanische Arbeit und Zeitverlust. Das ganze Verhältnis zwischen Arzt und Kassenmitglied ist durch die Zwischenschaltung der bürokratisch-fiskalischen Kasse entpersönlicht.

Die rein fiskalische Honorarpolitik der Kassen hat sich am klarsten während und nach dem Kriege mit der steigenden Teuerung gezeigt. Von dem Führer des Hauptverbandes deutscher Ortskrankenkassen Frähdorf, der durch seine langjährige scharfmacherische Unterdrückungspolitik gegenüber den Ärzten einen kaum wieder gut zu machenden Schaden in den Beziehungen zwischen Ärzten und Kassen gestiftet hat, wurde die Parole ausgegeben, Erhöhungen des kassenärztlichen Honorars nur bei Notlagen zuzugestehen. Die Notwendigkeit zeitgemäßer Anpassung der Honorare wurde also geleugnet. In Berlin zum Beispiel zahlte die Allgemeine Ortskrankenkasse der Stadt Berlin 1914 pro Jahr und Kopf ihrer Mitglieder für kassenärztliche Behandlung 5 Mark = 11 Prozent ihrer Einnahmen von 49,16 Mark pro Mitglied. 1917 war durch die Steigerung der Löhne der Versicherten die Einnahme der Kasse pro Kopf auf 57,28 Mark gestiegen, der Anteil des unverändert gebliebenen kassenärztlichen Honorars auf 8,7 Prozent gesunken. 1918 hatte die Kasse pro Kopf 72,37 Mark Einnahmen, also gegen 1914 ein Mehr von 23,21 Mark. Siervon wurde nun endlich trotz der vorgeschrittenen Kriegsteuerung den Ärzten eine Teuerungszulage von 25 Prozent = 1,25 Mark pro Jahr und Kassenmitglied bewilligt; der Anteil des kassenärztlichen Honorars sank trotzdem weiter auf 8,6 Prozent. Die Mehraufwendungen für die Gehälter der Kassenbeamten betragen zu gleicher Zeit 85 Prozent. Das Vermögen der Kasse stieg in der gleichen Zeit von 11,48 Millionen im Jahre 1914 auf 31,57 Millionen im Jahre 1918.

Durch die Verordnung des Rates der Volksbeauftragten vom 23. Dezember 1918 über die Sicherung der ärztlichen Versorgung bei den Krankenkassen, — herausgegeben von dem damaligen Staatssekretär des Reichsarbeitsamtes, späteren Reichszkanzler Bauer, vorher Vorsitzender der größten deutschen Krankenkasse — wurde bei Verlängerung der 1913 (!) abgeschlossenen, mit Ende 1918 abgelaufenen Verträge den Kassenärzten für das Jahr 1919 (!) nur eine Erhöhung des kassenärztlichen Honorars von 10 bis höchstens 33½ Prozent, im allgemeinen von 20 Prozent als angemessen zugestanden. Als Vergleich sei unter anderem darauf hingewiesen, daß von demselben Reichsarbeitsamt schon damals für die Angestellten eine Erhöhung ihrer Gehälter um 150 bis 200 Prozent gegenüber der Vorkriegszeit als angemessen anerkannt wurde. Die Stellungnahme der Kassen und namentlich der Leitungen ihrer großen Verbände den Ärzten gegenüber entspricht dem alten Unternehmerstandpunkt; denn sie sind bemüht, nicht nur die ärztliche Entlohnung möglichst niedrig zu halten, sondern bis vor kurzem auch die ärztlichen Organisationen nach Möglichkeit auszuschalten oder zu lähmen. Aus beiden Gründen ist es für die Kassen von Nutzen, stets eine Reserve-Armee von Ärzten zu erhalten, die nicht zur Kassenpraxis zugelassen sind, und ihre Führer sehen die freie Arztwahl, das heißt die Zulassung aller dazu bereiten Ärzte zur Behandlung der Kassenmitglieder, selbst dort ungern, wo sie eingeführt und bewährt ist; sie besteht übrigens bereits bei über 50 Prozent der Kassen, ohne zu ihrem immer wieder als unvermeidliche Folge hingestellten Bankrott geführt zu

haben; für diese angebliche Ursache eines solchen ist aber noch niemals ein Nachweis geführt worden, der einer kritischen Nachprüfung standgehalten hätte. Es muß mit Nachdruck darauf hingewiesen werden, daß die Ärzte aller Richtungen für die Familienbehandlung einmütig die freie Arztwahl fordern, und zwar nicht nur im Interesse des eigenen Standes, sondern ebenso sehr in dem der Versicherten. Demgegenüber ist es bemerkenswert, daß von dem Vorsitzenden des Hauptverbandes deutscher Ortskrankenkassen Fräßdorf den Ärzten ein Recht auf Arbeit nicht zuerkannt wird. Seine Neigung geht dahin, möglichst eine beschränkte Zahl von festgestellten Kassenärzten zu schaffen, die dann natürlich ganz von ihren Arbeitgebern, den Kassen, abhängig sein würden. Man scheut sich also nicht, von einer Verminderung der Kassenärzte zu sprechen in einer Zeit, in der die ärztliche Arbeit als solche in ständigem Wachsen ist, in der mit jeder Erweiterung der Versicherung die Inanspruchnahme des Arztes zunimmt und zugleich die Einführung der Familienversicherung in Aussicht steht, die eine ungeheure Steigerung der Inanspruchnahme der Ärzte mit sich bringen wird. Und das zu einer Zeit, wo man Arbeiter und Angestellte überall gegen Entlassung und Erwerbslosigkeit zu sichern sucht und ihnen auch in den Betrieben besondere Rechte gesetzlich zuerkannt hat! In einer Eingabe des Hauptverbandes deutscher Ortskrankenkassen an die Nationalversammlung wird sogar die Forderung eines Zwangsgesetzes gegen die Ärzte aufgestellt, indem „der ärztliche Beruf den Bedürfnissen der Krankenversicherung (das heißt der Kassen!) angepaßt werden soll. Die Bemühungen der ärztlichen Hauptorganisation, des wirtschaftlichen Verbandes der Ärzte Deutschlands in Leipzig, mit den großen Krankenkassenverbänden durch Tarifabkommen zu einer gedeihlichen Zusammenarbeit im Interesse der Sozialversicherung zu gelangen, vermochten es nicht zu verhindern, daß die Kassen gerade in allerjüngster Zeit den berechtigten Wünschen der Ärzte gegenüber in herausfordernder Weise ihren alten Herrenstandpunkt hervorkehrten.

Im November 1918 war die Versicherungsgrenze von 2500 auf 5000 Mark heraufgesetzt worden. Diese Versicherungsgrenze gilt übrigens nur für die Angestellten und einige andere Gruppen von Versicherten, während die Arbeiter ohne jede Einkommensgrenze versicherungspflichtig sind; tatsächlich sind unter den letzteren heute nicht wenige mit 20 000 und mehr Mark Einkommen Kassenmitglieder, zweifellos eine Überspannung des Versicherungsgedankens; denn die Versicherung soll nur denjenigen schützen, der im Krankheitsfall sich nicht selbst das Nötige beschaffen kann. Völlig sinnlos ist daher auch die im November 1918 ebenfalls durch Verordnung erfolgte Aufhebung jeder Einkommensgrenze für die freiwillige Weiterversicherung früherer Kassenmitglieder. Schon dadurch, daß für die Versicherungspflicht nur das Einkommen aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung, nicht aber das Gesamteinkommen maßgebend ist, waren immer mehr Angehörige gutsituerter Kreise in die Krankenkassen gekommen. Dies hatte sich noch durch die unsinnigen Bestimmungen des Hilfsdienstgesetzes gesteigert. Nun können sogar alle Versicherten freiwillige Kassenmitglieder bleiben oder wieder werden, ohne Rücksicht auf die Art ihres Berufes, ihre soziale Stellung und die Höhe ihres Gesamteinkommens. Bei Einführung der Familienversicherung würden auch ihre Angehörigen Kassenmitglieder werden können. Der Kriegsgewinnler, der gestern noch

in einem Büro tätig war und durch Schiebergeschäfte zu Wohlstand gelangt ist, ist überdies nun berechtigt, für sich und eventuell seine Familie freie ärztliche Behandlung zu beanspruchen; Gutsbesitzer, selbständige Kaufleute, Leiter großer Unternehmungen, Bankiers, Großindustrielle, Minister, Reichspräsidenten — alle können aufgrund früherer, wenn auch noch so kurzer Tätigkeit als Volontäre oder Angestellte, eventuell später samt ihren Familien, für immer Kassenmitglieder sein. Tatsächlich sind Fälle mißbräuchlicher Ausnutzung der Versicherungsberechtigung nichts Vereinzelt. Auf die Ärzte, die ihre Privatpraxis immer weiter zerbröckeln sehen, wirken sie natürlich aufreizend. Überhaupt hat sich im Laufe der Jahre durch den aufreibenden vergeblichen Kampf gegen Krankenkassen und Kurzsichtigkeit der verantwortlichen Stellen der gesamten Ärzteschaft eine tiefe Verbitterung und eine steigende Empörung über die Verständnis- und Rücksichtslosigkeit bemächtigt, mit der man immer weiter über ihre wirtschaftlichen und beruflichen Lebensnotwendigkeiten hinweggeht und nicht erkennt oder nicht anerkennen will, daß eine wirtschaftliche Verelendung der Ärzte auch einen sittlichen und wissenschaftlichen Niedergang des Arztestandes und dadurch eine Schädigung der Volksgesundheit zur Folge haben muß.

Der soziale Grundgedanke der Krankenversicherung ist längst keinem verständigen Arzte mehr fremd; nicht gegen die Sozialversicherung und ihren Ausbau kämpfen die Ärzte an, wie ihnen gern zu Unrecht vorgeworfen wird, sondern dagegen, daß sie ungehört die Opfer und Leidtragenden sein sollen. Jahrzehntelang hatten sie ihre Bereitwilligkeit zur Mitarbeit unter wachsenden Schwierigkeiten durch die Tat bewiesen. Nun aber war für sie die Grenze des Möglichen und Erträglichen erreicht. Da kam wie ein Blitz aus heiterem Himmel die Erhöhung der Versicherungsgrenze auf 20 000 Mark und entfachte die lange verhaltene Erregung überall zur hellen Empörung. Durch die zweite Auflage der Verordnung ist die Versicherungsgrenze auf 15 000 Mark festgesetzt worden. Für die Zukunft hat allerdings auch diese Grenze schwerste Bedenken; denn wenn bei wirtschaftlicher Wiedererstartung Deutschlands der Geldwert steigt und die Gehälter wieder sinken, so werden automatisch immer mehr Leute in die Kassen kommen, die jetzt nicht versicherungspflichtig sind. Aber ein Gutes haben beide Verordnungen für die Ärzte gebracht: den Willen und die Möglichkeit, von den alten, unhaltbar gewordenen Kassenverträgen loszukommen und ihr Verhältnis zu den Trägern der Krankenversicherung neu aufzubauen. Der „wichtige Grund“ im Sinne des § 626 B. G. B. für die vorzeitige Lösung der Verträge ist die Heraufsetzung des Grundlohnes durch die Verordnung. Unter Grundlohn versteht man den durchschnittlichen Tagesverdienst des Versicherten, auf Grund dessen die Kassenbeiträge erhoben werden. Die Erhebung erfolgt weder nach dem Gesamteinkommen, noch nach dem wirklichen Arbeitseinkommen, sondern nach Grundlohnstufen. Diese betragen früher sechs und waren während des Krieges auf zehn erhöht worden, entsprechend einem täglichen Arbeitsverdienst von 1 bis 10 Mark. Selbst ein Arbeiter mit einem Tagesverdienst von 30 und mehr Mark, wie es schon während des Krieges und namentlich jetzt nicht zu den Seltenheiten gehört, zahlte dabei seinen Beitrag zur Kasse nur nach einem fingierten Höchstverdienst von 10 Mark. Es ist genau das umgekehrte Verhältnis wie bei der Einkommensteuer. Der Staat verlangt von dem Steuerzahler Abgaben von seinem Gesamt-

einkommen, ohne Rücksicht auf die Herkunft desselben, und zwar mit steigendem Einkommen in steigendem Verhältnis. Die Kassenmitglieder dagegen werden nicht nur nicht mit ihrem Gesamteinkommen, sondern gerade die bestbezahlten noch nicht einmal mit ihrem vollen Arbeitsverdienst zu dem Beitrag herangezogen. Dort muß der wirtschaftlich Stärkere größere Lasten tragen, hier leistet der bestbezahlte Arbeiter im Verhältnis geringere Beiträge als der schlecht bezahlte. Die alten Verträge mit den Kassen sind sämtlich unter der Voraussetzung eines Höchstgrundlohnes von 10 Mark abgeschlossen worden und die Kassen haben — ob mit Recht, bleibe dahingestellt — immer erklärt, sie seien deswegen zu besserer Bezahlung der Ärzte nicht imstande. Nun wird der Grundlohn bis zu 30 Mark hinaufgesetzt. Die soziale Ungerechtigkeit bleibt; denn das Einkommen kann nur bis zu 9000 Mark für die Beiträge erfasst werden. Aber auch so steigen die Einnahmen der Kassen erheblich, da sie bisher das Einkommen ihrer Mitglieder nur bis zu 3000 Mark zu den Beiträgen heranziehen konnten. Dadurch sind wesentliche Voraussetzungen der alten Verträge und damit diese selbst hinfällig. Herr Fräßdorf erhebt zwar bereits in der „Ortskrankenkasse“ das übliche Geschrei über Vertragsbruch, aber das wird die Erwägungen und Beschlüsse der Ärzte nicht stören. Man darf der nächsten Zeit mit Spannung entgegensehen. In Berlin, das in der jetzigen Bewegung vorangegangen ist, haben die Kassen sich zu Verhandlungen bereit erklärt. Die Berliner Ärzte fordern eine vollkommene Neuregelung ihrer Beziehungen zu den Kassen, Zulassung aller dazu bereiten Ärzte zur Kassenpraxis und zeitgemäße Bezahlung. Von dem Verständnis der Kassen wird es hier wie im Reich abhängen, ob Verständigung oder Kampf, Aufbau oder Zerstörung folgen wird. Kommt es zum Kampf, so wird er schwer und erbittert sein. Denn die Ärzte wissen, daß sie vielleicht zum letzten Male die Möglichkeit haben, sich gegen die drohende Verelendung und Versklavung zu wehren. Es wird in solchem Falle in der Öffentlichkeit gern von Ärztestreik gesprochen. Das ist falsch. Streik heißt Arbeitsverweigerung. Die ärztliche Arbeit ist die Krankenbehandlung. Diese ist bei Konflikten mit Kassen noch nie abgelehnt worden. Verweigert wird in solchen Fällen nur der Abschluß von Verträgen mit den Kassen und die Behandlung ihrer Mitglieder als Kassenpatienten. Ich kann mir nur einen Fall denken, in dem es dabei zu einem Streik, dann aber zu einem Generalstreik der Ärzte kommen könnte: wenn man versuchen wollte, ihnen in solchem Existenzkampfe durch gesetzliche Zwangsmaßnahmen die Hände zu binden.

