

Badische Landesbibliothek Karlsruhe

Digitale Sammlung der Badischen Landesbibliothek Karlsruhe

Ärztliche Mitteilungen aus und für Baden. 1857-1933 1918

3 (15.2.1918)

Ärztliche Mitteilungen

aus und für Baden.

Erscheinen 2 mal monatlich.

Anzeigen:

10 Pfg. die einspaltige Petitzeile
oder deren Raum,
mit Rabatt bei Wiederholungen.

Beilagen:

Preis nach Vereinbarung.

Einzeln Nummern 20 Pfg.

Begründet von Dr. Rob. Volz.

Schriftleitung: Dr. Bongartz in Karlsruhe.

Verlag, Druck und Expedition: Malsch & Vogel in Karlsruhe.

Jahres-Abonnement:

5 Mk. 75 Pfg.
exkl. Postgebühren.

Für Mitglieder der badischen
ärztlichen Landesvereine,
welche von Vereinswegen
für sämtliche Mitglieder
abonnieren

- 4 Mk. -

inkl. freier Zustellung.

LXXII. Jahrgang.

Karlsruhe

15. Februar 1918.

Die Versicherung der Kassenärzte.

Referat, erstattet in der Sitzung des Geschäftsausschusses der
badischen Ärztlichen Landesvereine vom 13. November 1917 von
Dr. Oscar Salomon.

Der Aufsichtsrat der »Versicherungskasse für die Ärzte Deutschlands« in Berlin ersucht uns, obiges Referat seines Obmannes zum Abdruck zu bringen, wir müssen uns jedoch aus Raummangel darauf beschränken, nur das wichtigste im Wortlaut wiederzugeben. In der Einleitung gibt der Referent eine kurze Übersicht über die Entstehungsgeschichte der Versicherungskasse und bedauert, dass trotz der rührigen Propaganda in der Fachpresse ihre bisherige Entwicklung eine so ungenügende sei und es sich nun als ein schwerer Mangel herausstelle, dass die Versorgung der im Felde stehenden Kollegen eine so mangelhafte sei. Er erörtert dann, dass das Ziel einer allgemeinen Versorgung der Ärzte weder auf dem Wege eines direkten Zwanges, noch durch die etwaige Einbeziehung der Ärzte in die Angestelltenversicherung zu erreichen sei, denn da das Heilverfahren für das die Angestelltenversicherung einen so grossen Teil ihrer Einnahmen aufwenden müsse, für den Arzt kaum in Betracht komme, während die Beiträge mit den Gegenleistungen für ihn in einem starken Missverhältnis. Da die Übernahme der Ärzte in den Staatsdienst auf absehbare Zeit nicht in Betracht komme, die Freiwilligkeit, wie alle Erfahrungen beweisen, versagt habe, bleibe nur ein Weg übrig, der »freiwillige Zwang« durch die kassenärztlichen Organisationen. Dass dieser Weg gangbar sei, bewiesen die vielfach auf diese Weise von ärztlichen Vereinen durchgeführte Fürsorge für die kriegsbeschädigten Kollegen und die obligatorischen ärztlichen Vereinssterbeversicherungen.

Der Umstand, dass diese Kollektivversicherungen zunächst nur auf die Kassenärzte sich erstrecken könne, fällt nicht so sehr ins Gewicht, da der Prozentsatz der Nichtkassenärzte ein geringer sei und diese sich auch, wenn sie den Nutzen erst erkannten, meist anschliessen würden. Bei der Frage, in welcher Form die Versicherung zu erstreben sei, bespricht der Referent zunächst die Altersversicherung und die Alterszu-

schusskasse des Leipziger Verbandes und kommt zum Schlusse, dass man bei dieser mit einer Rente von 70 bis 140 M pro Jahr rechnen könne, was schon als Zulage für den Bedürftigen zu wenig sei.

Er fährt dann fort:

»Vergleicht man die Beiträge zu dieser Alterskasse mit denen der Reichsversicherungsanstalt oder anderer Versicherungen, wo mehrere Hundert Mark gefordert werden, um ein Existenzminimum für den Versicherten zu erlangen, so muss man ohne weiteres einsehen, dass eine solche Zuschusskasse nur ein Notbehelf bleiben muss. Geringe Beiträge und grosse Gegenleistungen lassen sich eben nicht zusammenbringen.

Eine reine Altersversicherung mit Anwartschaft im 60. oder 65. Lebensjahre halte ich persönlich für die Bedürfnisse unseres Standes überhaupt für unzureichend. Wenn nicht schon Rechtskassen, die höhere Ansprüche begründen, beständen, und selbst wenn die Alterszulagekasse des Leipziger Verbandes bereits eine hervorragend günstige Entwicklung hinter sich hätte, so müsste doch ein anderer Weg zur Versorgung des Kassenarztes gesucht werden; denn die reine Altersversorgung bildet für den erwerbstätigen Arzt eine cura posterior. Gerade in unserem Berufe sehen wir mit grosser Freude die alten Kollegen in eifriger Berufs- und Standesarbeit tätig. Wegen zu hohen Alters legen die wenigsten ihre Tätigkeit nieder, sie sterben fast alle in den Sielen. Ungemein stärker bedrückt den Arzt die Sorge, was aus ihm und den Angehörigen werden soll, wenn er dauernd oder vorübergehend invalide wird, oder welchem Schicksal die Seinen entgegengehen, wenn er stirbt. Der Arzt benötigt daher vor allen Dingen einer Invalidenversicherung, der Sterbe-, Witwen- und Waisenversicherung und erst an letzter Stelle gewissermassen als Ergänzung der Invalidenversicherung einer Altersversicherung, und zwar derart, dass durchweg ein Rechtsanspruch besteht.

Welche dieser Versicherungen der einzelne Arzt nötig hat, in welcher Weise der freiwillige Zwang zur Versicherung ausgeübt werden soll, kann hier in dem allgemeinen Rahmen nicht erörtert werden. Dies alles

muss eingehend unter strengster fachmännischer Kritik in einer Kommission geprüft werden. Auch habe ich nur meine persönliche Ansicht über den Wert dieser Versicherungsformen äussern wollen und weiss genau, dass sich gewichtige Stimmen für die Kapitals- und

Lebensversicherungen mit verbundener Invalidenversicherung in der Diskussion erheben werden. Würde ich auf diese Einzelheiten eingehen, so würde dadurch die Klärung der Frage nur erschwert werden. Zur Orientierung einige Tabellen:

I. Sterbegeld-Versicherung über 1000 M fällig beim Tode.

- a. Versicherungskasse: Jährliche nach dem Alter abgestufte Beiträge, mit Rechtsanspruch ab Versich.-Beginn (ohne Wartezeit, f. d. A. D. Gewinnbeteiligung, Umwandlungs- und Rückkaufsrecht).
- b. Leipziger Verband: Fester Beitrag 20 M, 5 jährige Wartezeit ohne Rechtsanspruch, Verlust der Beiträge bei Einstellung der Beitragszahlung und bei Austritt aus dem Leipziger Verband.

Beitritts-Alter	Jahresbeitrag	Einzahlung*) nach				Mindestleistungen*) bei Beitragseinstellung nach							
		10 Jahren	15 Jahren	20 Jahren	25 Jahren	10 Jahren		15 Jahren		20 Jahren		25 Jahren	
	M	M	M	M	M	Frei-police	Rückk.-Wert	Frei-police	Rückk.-Wert	Frei-police	Rückk.-Wert	Frei-police	Rückk.-Wert
a. 25	19.40	194	291	388	485	267	102	375	170	464	248	541	321
b. —	bezw. 20.— 25.—	200 250	300 375	400 500	500 625	—	—	—	—	—	—	—	—
a. 30	23.—	230	345	460	575	278	119	385	195	478	284	556	366
b. —	bezw. 20.— 25.—	200 250	300 375	400 500	500 625	—	—	—	—	—	—	—	—
a. 35	27.60	276	414	552	690	284	136	396	223	492	324	574	416
b. —	bezw. 20.— 25.—	200 250	300 375	400 500	500 625	—	—	—	—	—	—	—	—
a. 40	33.40	334	501	668	835	295	157	412	257	512	371	587	470
b. —	bezw. 20.— 25.—	200 250	300 375	400 500	500 625	—	—	—	—	—	—	—	—

*) Bei der Versicherungs-Kasse unter Ausserachtlassung der Dividenden.
 **) Bei dem Leipziger Verband fester Beitrag 20 M, wenn der Jahres-Mitgliedsbeitrag von weiteren 20 M an den Leipziger Verband selbst ganz unberücksichtigt bleibt oder 25 M, wenn derselbe mit 1/4 zur Deckung in Anrechnung gebracht wird.

II. Invaliden- und Altersversicherung auf das 65. Lebensjahr.

- a. Versicherungskasse für die Ärzte Deutschlands. Jährliche nach dem Alter abgestufte Beiträge. Feste Rente mit Leistungspflicht ab Versicherungs-Beginn, ohne Wartezeit, ausserdem Anrecht auf Gewinnbeteiligung, Umwandlung und Rückkauf.
- b. Reichsangestellten-Versicherung. Jährliche nach dem Einkommen abgestufte Beiträge. Rentenfestsetzung nach der Höhe des Beitrages und der Dauer der Beitragszahlung (steigende Rente). Beginn der Leistungspflicht nach 10jähriger Wartezeit.
- c. Versicherungs-Aktiengesellschaft X bezw. Gegenseitigkeitsgesellschaft Y (Lebens-Versicherung mit Einschluss des Invaliditätsrisikos). Versicherungskapital mit Einschluss von 10% Invaliden-Rente für den Fall vorzeitiger Invalidität.

Alter bezw. Einkommen	Jahresbeitrag	Einzahlung in					Rentenanspruch*) nach				
		10 Jahren	15 Jahren	20 Jahren	25 Jahren	30 Jahren	10 Jahren	15 Jahren	20 Jahren	25 Jahren	30 Jahren
	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M
a. Alter 25	110.—	1100	1650	2200	2750	3300	1000	1000.—	1000	1000.—	1000
b. 2000—2500 M	158.40	1584	2376	3168	3960	4752	396	495.—	594	693.—	792
a. Alter 30	136.—	1360	2040	2720	3400	4080	1000	1000.—	1000	1000.—	1000
b. 2500—3000 M	199.20	1992	2988	3984	4980	5976	498	622.50	747	871.50	996
a. Alter 35	182.—	1820	2730	3640	4550	5460	1000	1000.—	1000	1000.—	1000
b. 3000—4000 M	240.—	2400	3600	4800	6000	7200	600	750.—	900	1050.—	1200
a. Alter 40	248.—	2480	3720	4960	6200	—	1000	1000.—	1000	1000.—	—
b. 4000—5000 M	319.20	3192	4788	6384	7980	—	798	997.50	1197	1396.50	—

*) Bei der Reichsangestelltenversicherung besteht noch Anrecht auf Witwenrente in Höhe von 2/3 und auf Waisenrente in Höhe von 2/25 der vorstehend unter a. angegebenen Rentenleistungen. Bei der Versicherungskasse f. d. A. D. können jedoch für die Prämienersparnisse abgesehen von den Dividenden von vornherein erheblich höhere Witwen- und Waisenrenten versichert werden und zwar ebenfalls ohne Wartezeit mit Anrecht auf Gewinnbeteiligung, Umwandlung und Rückkauf, ferner ohne Wegfall der Witwenrenten bei Wiederverheiratung oder der Waisenrente nach vollendetem 18. Lebensjahre.

c.	Beitrittsalter	Jahresprämie bei Gesellschaft		Leistungspflicht abgesehen von Dividende	Versicherungssumme als Rente gewertet
		X	Y		
		ℳ	ℳ		
	25	312.—	343.—	10 000 ℳ im Todesfall, spätestens im Alter 65, nebenher 1000 ℳ Invalidenrente im Falle vorzeitiger Invalidität	rund ℳ
	30	378.—	397.—		„ 1100 ℳ
	35	469.—	475.—		
	40	596.—	593.—		

III. Alters- (Pensions-) Versicherung mit Rentenzahlung vom 65. Lebensjahre bis zum Tode.

Versich.-Kasse f. d. Ä. D.: Aufnahmefähigkeit bis zum Alter 55. Jährliche nach dem Alter abgestufte Beiträge. Dafür feste Rente mit **Rechtsanspruch** ferner Gewinnbeteiligung, Umwandlungs- und Rückkaufsrecht bis zum Rentenbeginn.

Leipziger Verband: Aufnahmefähigkeit bis zum Alter 40 (vom 1. IV. 1918 an). Zins-Umlage (anstelle der Rente) an die jeweiligen Rentenwärter nach Verhältnis von Punkten, derart, dass je 100 ℳ Beitrag zum Grundstock als 10 Punkte und jede Jahresprämie, sowie jeder Jahresmitgliedsbeitrag als 1 Punkt zählen.

Beitrittsalter	Jahresbeitrag	Versicherte Leistung*)	*) bei der Versicherungs-Kasse unter Ausserachtlassung von Dividenden.
a. 25	7.80	100.—	
b. —	10.— ^{**)}	?	**) bei dem Leipziger Verband, wenn der Jahresmitgliedsbeitrag von weiteren 20 ℳ entweder ganz unberücksichtigt bleibt oder mit 1/4 in Rechnung gestellt wird.
a. 30	10.20	100.—	
b. —	10.— ^{*)}	?	
a. 35	13.60	100.—	
b. —	10.— ^{*)}	?	
a. 40	18.80	100.—	
b. —	10.— ^{*)}	?	

Über die Höhe der Zinsrente des Leipziger Verbandes lässt sich zur Zeit nichts sagen; sie hängt ab von der Verzinsung des Grundstocks und der Beiträge, dem Mitgliederbestand, dem Zugang und der Zahl der von Jahr zu Jahr für die Zinsumlage sich meldenden Anwärter. Gegenwärtig ist ein Grundstock von 350 000 ℳ vorhanden. Bis zur ersten Rentenverteilung, die für den 1. I. 1924 in Aussicht genommen ist, würde der Grundstock mit 5% Zinseszins auf 469 033 ℳ angewachsen. Treten schätzungsweise sofort 5000 als Mitglieder bei, die sämtlich das Eintrittsgeld von 20 ℳ (Grundstockzeichner brauchen das nicht zu tun) nebst 10 ℳ bzw. 15 ℳ Jahresbeitrag entrichten, und wächst der Mitgliederbestand in den nächsten 5 Jahren um je 1000 pro Jahr, so betragen im 1. I. 1924 die Einnahmen nebst 5% Zinseszins einschliesslich Grundstock bei 10 ℳ bzw. 15 ℳ Jahresbeitrag insgesamt 11 28545 ℳ bzw. 1339169 ℳ. Nehmen nun von den dann vorhandenen 10 000 Mitgliedern beispielsweise 5% oder 10% an der Zinsumlage teil, so würden sich die 5%-igen Zinsen von 56427 ℳ bzw. 69958 ℳ auf 500 bzw. auf 1000 Anwärter verteilen. Bei der Verteilung wäre demnach im ersten Falle eine Umlage (sogen. Alterszulage) von 113 ℳ bis 140 ℳ, im zweiten Falle von 56 ℳ bis 70 ℳ zu erwarten. Wie hoch die Umlage tatsächlich sein wird, lässt sich erst dann mit Sicherheit angeben, wenn der Leipziger Verband über Erfahrungen der Altersgruppierung verfügt.

Ich hoffe, dass meine Ausführungen in allgemeinen Umrissen das Ziel gewiesen haben, das wir jetzt anstreben müssen: »Die Versorgung des Arztes auf dem Wege der Versicherung durch freiwilligen Zwang«. Das ist die Forderung des Tages. Sie ist ein wichtiges Stück unserer ärztlichen Kriegsübergangswirtschaft. Wir müssen jetzt die Vorbereitungen soweit fördern, dass mit Friedensschluss, wenn die Kollegen sich ihrem Berufe wieder widmen können, eine Einrichtung bereits vorhanden ist, die ihnen als Zeichen des Dankes für ihre heldenhafte Aufopferung seitens der Daheimgebliebenen zur Verfügung gestellt wird. Gelingt der Plan im Kammerbezirk Berlin-Brandenburg, dann kann er vorbildlich für Preussen und der Ansporn für die übrigen Bundesstaaten sein, und wir erhalten unserem Volk einen freien, berufsfreudigen, gegen Zukunftsvorgängen nach besten Kräften geschützten Ärztestand.«

Ohne uns nun an der Hand obiger Tabellen in Betrachtungen darüber einzulassen, ob die Altersversicherung des Leipziger Verbandes, oder die der Versicherungskasse den Vorzug verdienen, wobei wir besonders dem Umstande, dass die Kasse des Leipziger Verbandes keinen Rechtsanspruch gewährt, keinerlei praktische Bedeutung beilegen möchten, müssen wir dem Referenten dankbar sein, dass er sich die Mühe gegeben hat, an diesen ziffernmässigen Darlegungen gezeigt zu haben, für wie verhältnismässig geringe Jahresbeiträge jedem Arzte Gelegenheit geboten ist, sich genügend gegen die Folgen von Alter und Invalidität zu versichern. Unbedingt zustimmen müssen wir, wenn er sagt, dass der Arzt vor allem einer Invalidenversicherung, der Sterbe-, Witwen- und Waisenversicherung bedürfe. Den Hauptnachdruck möchten wir dabei auf die Witwen- und Waisenversicherung

legen, und wir bedauern, dass diese in den Tabellen nicht berücksichtigt worden ist. Wer lange Jahre Gelegenheit gehabt hat, in der Verwaltung einer ärztlichen Unterstützungskasse Erfahrungen zu sammeln, der weiss, dass die Fälle, in denen die Ärzte durch vorübergehende oder dauernde Invaldität in Not geraten, verhältnismässig selten, auffallend zahlreich aber die Fälle sind, in denen der Arzt nach seinem Tode die Hinterbliebenen in Not und Sorge zurücklässt. Die ärztliche Unterstützungskasse in Baden z. B. hat oft jahrelang keinen Arzt zu unterstützen, während ihre Mittel zu einer völlig ausreichenden Hilfe für die in Bedürftigkeit und Armut zurückgebliebenen Frauen und Kinder verstorbener Kollegen nicht ausreichen. Wenn man nun den Gründen nachforscht, wie es kommt, dass so viele Ärzte für die Zukunft ihrer Angehörigen so schlecht sorgen, so findet man fast immer neben der oft geradezu unverantwortlichen Leichtsinnigkeit und Rücksichtslosigkeit in bezug auf diese wichtigste Pflicht gegen die eigene Familie vor allem die Tatsache, dass der betreffende Arzt, die für Versicherungszwecke ihm zur Verfügung stehenden Mittel allein für eine Lebensversicherung verwendet hatte. Was nützt dann der Witwe und den Kindern das kleine Kapital aus der Lebensversicherung? Die Zinsen der 10, 20 oder wenns hoch kommt 30 000 *M* reichen zum Notwendigsten nicht aus, das Kapital muss angegriffen werden und ist bald aufgezehrt, was meist noch schneller geht, wenn irgend ein Geschäft damit angefangen, oder die übliche, nichts als Arbeit ohne Verdienst mit sich bringende Zimmervermieterei betrieben wird. Dann stehen die Hinterbliebenen mehr oder weniger mittellos da, und die Unterstützungskasse muss sich bemühen, ihr trauriges Los soweit möglich zu lindern. Wie ganz anders und besser lägen die ganzen Verhältnisse, wenn der verstorbene Arzt die Prämie, die er für eine völlig ungenügende Lebensversicherung bezahlt hat, für eine Witwen- und Waisenversicherung verwendet hätte. Er würde dann seiner Frau und Kindern eine Rente haben sichern können, die ein mehrfaches der Zinsen der Versicherungssumme ausgemacht und ihnen ein, wenn auch bescheidenes, so doch sorgenfreies Leben hätte sichern können. Darum sollte der junge verheiratete Arzt zu allererst die Zukunft seiner Frau und Kinder sicherstellen durch eine Witwen- und Waisenversicherung, die er bei der Versicherungskasse für die Ärzte Deutschlands zu ganz ungewöhnlich günstigen Bedingungen haben kann. Dann kommt die Invaliden- und Altersversicherung und erst zuletzt, wenn noch Mittel dazu da sind, eine Lebensversicherung. Krankheits- und Unfallversicherung ist zweckmässig, aber nicht unbedingt nötig, da in solchen Fällen, wenn sie eine Notlage herbeiführen, die bestehenden Unterstützungskassen eintreten können.

Wie kommt es nun, dass die jungen Ärzte sich auch dann, wenn sie nur über geringe Mittel verfügen, auf die unzweckmässigste Versicherungsform, die Lebensversicherung und allenfalls die Unfallversicherung festlegen? Der Hauptgrund ist die fehlende Erfahrung in diesen Angelegenheiten, und die Unkenntnis von den vorhandenen Gelegenheiten, besonders zur Witwen- und Waisenversicherung. Kaum hat der junge Arzt sich niedergelassen, so stürmen die verschiedenen Versicherungsagenten in seine patientenleere Sprechstunden,

jeder preisst ihm mit unheimlicher Beredsamkeit die Vorzüge seiner Gesellschaft, der Versicherung für Leben, Unfall, Krankheit, Feuer, Wasser, Diebstahl, Fliegen, Tod und Teufel, und wer ihm die Schätze, die er in 20. oder 30. Vertrauensarzt am Platze einheimen kann, am verlockendsten zu schildern weiss, der fängt ihn ein. In den ersten 2 Wochen lernt er doppelt soviel Versicherungsgesellschaften kennen als Patienten, von allen möglichen hört er, nur von einer nichts: der Versicherungskasse für die Ärzte Deutschlands. Und wenn er nach Jahr und Tag im Verein oder in der Landespresse von ihr etwas erfährt, dann hat er sich mit der Lebens- und Unfallversicherung bereits so festgelegt, dass er Mühe hat, die Prämien aufzubringen und die Erkenntnis, dass er sein Geld noch besser hätte anwenden können, kommt zu spät. Dieser Verlauf der Dinge zeigt aber auch den Weg, der beschritten werden muss, wenn es besser werden soll, wenn die Versicherungskasse endlich werden soll, was sie eigentlich längst sein sollte, nämlich die Versicherungskasse der Ärzte Deutschlands.

Die Agitationsmethoden der privaten Versicherungsgesellschaften, vor allem die persönliche Werbung, müssen soweit möglich nachgeahmt werden, wozu ja allerdings zunächst nur die Aufklärung durch Schriften etc. durchführbar ist. Diese aber muss möglichst frühzeitig einsetzen. Durch die ärztlichen Organisationen sollten jedem Staatsexamenkandidaten auf der Universität schon eine Schrift übermittelt werden, die ihn über alle für ihn in Betracht kommenden Versicherungsfragen und die Vorteile, die die Standeseinrichtungen ihm bietet, unterrichtet. Sollten dann, was hoffentlich bald ermöglicht wird, in allen Provinzen und Bundesstaaten ärztliche Sekretariate für die wirtschaftlichen Standesangelegenheiten errichtet werden, so würde es deren Aufgabe sein, an jeden sich niederlassenden Arzt heranzutreten und ihm mit Rat und Tat behülflich zu sein.

Die Vereinsvorstände verstehen von all diesen Fragen meist selbst zu wenig, haben auch in der Regel weder Zeit noch Lust sich damit zu beschäftigen.

Dass die Landespresse nichts Nennenswertes, trotz aller Bemühung ausrichten kann, hat die Erfahrung gelehrt, sie kommt eben zu spät. Die freiwillige Zwangsversicherung der Kassenärzte ist ja gewiss von grosser Bedeutung für die Invaliden- und Altersversicherung, bei der wesentlich wichtigeren Witwen- und Waisenversicherung kommt sie nicht in Betracht. Aber man soll das eine tun, und das andere nicht lassen. Denn darüber kann kein Zweifel bestehen, dass die Regelung des gesamten Fürsorgewesens, sowohl des persönlichen für den Arzt selbst, wie vor allem für die Angehörigen die weit aus wichtigste Aufgabe unserer Standesorganisation ist, wenn die leidige Kassenarztfrage mal endlich aus der Welt geschafft sein wird.

Ärzte und Krankenkassen.

1. Bekanntmachung des Reichskanzlers, betreffend Krankenversicherung und Wochenhilfe während des Krieges vom 22. November 1917.

§ 1. Die im § 180 Absatz 1 der RVO. für die Festsetzung des Grundlohnes bestimmte obere Grenze des

durchschnittlichen Tagesentgeltes wird von 5 auf 8 *M.*, die im Absatz 2 und 4 daselbst bestimmte obere Grenze des durchschnittlichen Tagesentgeltes und des wirklichen Arbeitsverdienstes von 6 auf 10 *M.* erhöht.

§ 4 der Bekanntmachung, betreffend Krankenversicherung von Arbeitern im Ausland vom 14. Dezember 1916 (R.G.Bl. S. 1383) erhält folgende Fassung:

Der Grundlohn bestimmt sich nach dem wirklichen Arbeitsverdienste des Versicherten bis 10 *M.* für den Arbeitsverdienst (§ 180, Absatz 2, 4 der RVO.).

§ 2. Orts-, Land-, Betriebs- und Innungskrankenkassen, bei denen Beiträge bis zu $4\frac{1}{2}$ v. H. des Grundlohnes zur Deckung der Regelleistungen ausreichen, können auf übereinstimmenden Beschluss der Arbeitgeber und Versicherten im Ausschuss zur Deckung von Mehrleistungen die Beiträge über $4\frac{1}{2}$ v. H. bis auf 6 v. H. erhöhen.

§ 3. Die Satzung einer Krankenkasse kann mit Zustimmung des Oberversicherungsamtes bis zu der Höchstgrenze von drei Vierteln des Grundlohnes

1. das Krankengeld für Verheiratete und Ledige sowie nach der Zahl der Kinder und sonstigen Angehörigen abstufen, die der Versicherte bisher von seinem Arbeitsverdienste ganz oder überwiegend unterhalten hat,
2. für alle oder nur für die niedrigeren Mitgliederklassen oder Lohnstufen Zuschläge zum Krankengeld in einem für alle gleich hohen oder für die niedrigeren von ihnen erhöhten Betrage bewilligen,
3. das Wochengeld höher als das Krankengeld bemessen.

§ 4. Für uneheliche Kinder ist der Anspruch auf Wochenhilfe nach § 3 der Bekanntmachung vom 24. April 1915 (R.G.Bl. S. 257) auch dann gegeben, wenn zwar Unterstützung auf Grund des § 2 Absatz 1 c des Gesetzes vom 4. August 1914 (R.G.Bl. S. 332) nicht gewährt wird, aber die Verpflichtung eines Kriegsteilnehmers zur Gewährung des Unterhaltes für das Kind festgestellt und die Mutter minderbemittelt ist.

§ 5. Diese Vorschriften treten mit dem Tage der Verkündung (1. Dezember 1917) in Kraft.

In der amtlichen Begründung wird zunächst darauf hingewiesen, dass bei der Verteuerung aller Lebensbedürfnisse die Versicherten im Krankheitsfall mit den ihnen aus der Krankenversicherung zufließenden Geldleistungen nicht mehr auskommen können. Die bisherigen Höchstsätze von 5 *M.* (bei Berechnung nach dem durchschnittlichen Tagesentgelt) und 6 *M.* (bei Abstufung nach der verschiedenen Lohnhöhe) stehen im Missverhältnis zu den gegenwärtigen Löhnen, denn »Löhne von 10 *M.*, 15 *M.* und mehr täglich sind auch bei den Arbeitern durchaus nicht selten«. Daher müsse ein Ausgleich, besonders im Hinblick auf die stark gesunkene Kaufkraft des Geldes geschaffen werden. Trotz der nicht unbedeutlichen Hinaufsetzung des Höchstsatzes, wie sie die Bekanntmachung bestimmt, wird ein Anreiz zu leichterem und häufigerer Krankmeldung nicht befürchtet, da der Unterschied zwischen Lohn und Krankengeld gross genug bleibe. — Die Arbeitgeber könnten die höhere Belastung in Anbetracht des grösseren Gewinnes in den betreffenden Gewerbebranchen ebenfalls gut ertragen. — Bemerkenswert sind die Stellen der Be-

gründung, die sich mit der Frage einer Heraufsetzung der Einkommensgrenze für die Pflicht und die Berechtigung zum Eintritt und Verbleiben in der Krankenversicherung befassen. Erfreulicherweise wird kundgegeben, dass eine solche Heraufsetzung »jedenfalls während der Fortdauer des Krieges unter allen Umständen vermieden werden sollte«. Denn mit Recht wird befürchtet, dass »durch jeden Versuch einer Ausdehnung des Versichertenkreises wegen der damit verbundenen weiteren Einengung des den Ärzten verbleibenden freien Betätigungsgebietes das Verhältnis zwischen den Arzt- und den Kassenvereinigungen eine äusserst scharfe Zuspitzung erfahren werde«. Da nämlich das Steigen der Löhne keineswegs überall und gleichmässig vor sich gehe, würden grosse Kreise bisher unversicherter Personen neu in die Krankenversicherung einbezogen und eine grundsätzliche Änderung im Aufbau derselben herbeigeführt. Es müsse deshalb diese Frage einer etwaigen Neuprüfung in späterer Zeit vorbehalten bleiben.

2. Krankenkassentagung.

Die Ausschussitzung der freien Vereinigung badischer Krankenkassen — Vorort Karlsruhe — fand Sonntag, den 27. Januar, im »Friedrichshof« in Karlsruhe statt und es führten die unter dem Vorsitz des Stadtverordneten Hof-Karlsruhe geführten 6stündigen Verhandlungen zu folgendem Ergebnisse:

In der kassenärztlichen Frage wurde folgende Entschliessung einstimmig angenommen: »Die am 27. Januar 1918 in Karlsruhe zusammengetretenen Vertreter der freien Vereinigung badischer Krankenkassen nehmen einen Bericht des Vorsitzenden über den Stand der derzeitigen kassenärztlichen Verhältnisse entgegen und kommen hierauf zu der Überzeugung, dass infolge der während des Krieges stark konzentrierten ärztlichen Tätigkeit ein Bedürfnis zur allgemeinen Bewilligung von Teuerungszulagen an die Kassenärzte nicht anerkannt werden könne, dass es aber den Krankenkassen nach vorheriger Verständigung mit dem Vorort im einzelnen überlassen bleiben müsse, in Ausnahmefällen nach besonderer Nachprüfung der einschlägigen Verhältnisse des betreffenden Arztbezirks einen Teuerungszuschlag zuzulassen, namentlich als Ersatz der in ländlichen Bezirken erhöhten Auslagen für Fuhrkosten u. s. w. Der Vorort erhält den Auftrag, im gegebenen Falle mit der kassenärztlichen Landeszentrale alsbald die Verhandlungen wegen Verlängerung des badischen Mantelvertrags aufzunehmen. Die Kassenvertreter wünschen, dass auch ferner die Beziehungen zwischen Ärzten und Krankenkassen im Grossherzogtum Baden wie bisher einen friedlichen Charakter beibehalten mögen.«

In der Angelegenheit der kassenzahnärztlichen Gebühren und der Steigerung der Preise der Rohmaterialien für künstlichen Zahnersatz wurde beschlossen, die Anträge der berufenen Zahnärzte und Zahntechniker entgegenzunehmen und alsdann mit der Landesversicherungsanstalt Baden ins Benehmen zu treten, um die Gebisskosten neu festzusetzen und die darnach anteiligen Beiträge der Invalidenversicherung und der Krankenversicherung zu berechnen. Die Honorarfrage der Behandlungskosten soll sich auch ferner nach den besonders

erlassenen Grundsätzen richten, wie solche die Landesversammlung in Schopfheim im Jahre 1913 angenommen hat und zu deren Änderung während der Kriegszeit eine Veranlassung als nicht gegeben erachtet wird.

Bezüglich der Ausgestaltung der Krankenversicherung nach der Bundesratsverordnung vom 22. November 1917 wurden den Verbandskassen bereits die Leitsätze des Hauptverbandes deutscher Ortskrankenkassen vom 5. Dezember 1917 übermittelt. Über den Vollzug entspann sich eine eingehende Erörterung und man wird sich allenthalben bemühen, die bestehende Unterversicherung durch Schaffung der jetzt zulässigen höheren Lohnklassen zu beseitigen und gleichzeitig dadurch die Stärkung der geldlichen Leistungsfähigkeit der Kassen herbeizuführen.

Die Krankenkassen haben also die durch die Bekanntmachung des Reichskanzlers ihnen gegebene Möglichkeit, höhere Lohnklassen zu schaffen, benützt, wodurch auch das Vertragsverhältnis zwischen Ärzten und Krankenkassen in Baden berührt wird. Denn durch die Bekanntmachung des Reichskanzlers wird eine Änderung des Gesetzes bewirkt und in Ziffer 5 § 2 des badischen Mantelvertrages heisst es:

»Wenn Mehrleistungen der Kasse, die über die Regelleistungen hinausgehen, ärztliche Tätigkeit in irgend einer Form beanspruchen oder wenn durch eine Änderung des Gesetzes die ärztliche Tätigkeit berührt wird, so bedarf es hierüber erneuter vertraglicher Vereinbarung zwischen Kasse und Krankenkassen-Kommission, soweit nicht dieser Vertrag hierüber bereits Vereinbarungen enthält.«

Wo also von den Kassen Teuerungszulagen ohne weiteres abgelehnt werden, bietet diese Bestimmung des Vertrages den ärztlichen Organisationen die Möglichkeit, eine neue vertragliche Vereinbarung über das Arzthonorar auch während der Gültigkeitsdauer des Vertrages zu verlangen. Es ist übrigens nicht klar, was die Krankenkassen unter dem Begriffe »stark konzentrierte ärztliche Tätigkeit« verstehen. Wenn sie der Anschauung sein sollten, dass Teuerungszulagen oder eine Erhöhung des kassenärztlichen Honorars deswegen nicht nötig sei, weil ein Teil der Ärzte durch Nebeneinnahmen aus ihrer Tätigkeit im Heeresdienst, die sie oft genug mit dem Ruin ihrer Gesundheit und Arbeitskraft bezahlen müssen, einen Ausgleich mit der allgemeinen Teuerung der Lebenshaltung sich geschaffen haben, so muss eine derartige Auffassung entschieden abgelehnt werden. Die Erhöhung der Gesamtkosten des ärztlichen Praxisbetriebes erstreckt sich genau so auf die Kassenpraxis wie die Privatpraxis und muss deshalb auch in den kassenärztlichen Honoraren einen Ausgleich finden überall da, wo nicht in Folge der Kriegsverhältnisse eine erhöhte Entschädigung für die Einzelleistung von selbst eingetreten ist. Das wird aber nur ganz vereinzelt der Fall sein. Da es der Wunsch der Krankenkassen ist, mit den Ärzten auch fernerhin in Frieden auszukommen, ein Wunsch, der von den Ärzten in ganz besonderer Weise geteilt wird, so wollen wir hoffen, dass die Forderung von Teuerungszulagen, da wo sie erhoben wird, lediglich nach dem Gesichtspunkte beurteilt wird, ob das kassenärztliche Honorar ent-

sprechend den allgemeinen Teuerungsverhältnissen gestiegen ist und diese Frage nicht mit Nebendingen verknüpft wird, die mit ihr in keinerlei innerem Zusammenhange stehen.

Verschiedenes.

Erhöhung der Vergütung für ärztliche Zeugnisse durch die Lebensversicherungs-Gesellschaften. Am 17. Dezember 1917 fanden Verhandlungen zwischen Vertretern des »Verbandes deutscher Lebensversicherungsgesellschaften« (sogen. Lebensverband) und des Leipziger Verbandes statt, wegen Erhöhung der Vergütung für Ausstellung ärztlicher Zeugnisse mit Rücksicht auf die Kriegsteuerung. Die Vereinbarungen wurden sowohl vom Vorstand des Leipziger Verbandes wie auch vom »Lebensverband« genehmigt und treten mit Wirkung vom 1. Januar 1918 für alle dem »Lebensverband« angehörenden Gesellschaften sowie die Lebensversicherungsgesellschaften New York und Nordstern in Kraft.

Die Vereinbarungen lauten wie folgt:

- In § 2 des Vertrages wird der Zuschlag für Besuche am Wohnorte von 3 *M* auf 5 *M*, die Entschädigung für Zeitversümnis für jede angefangene halbe Stunde von 2 *M* auf 2,50 *M* erhöht.
- In § 4 stellen sich die neuen Sätze für Ausstellung ärztlicher Zeugnisse wie folgt:
 - für das kurze Zeugnis bei Anträgen zu Versicherungen bis zu 2 000 *M*: 7,50 *M* (bisher 6 *M*);
 - bei Versicherungssummen bis zu 6 000 *M*: 15 *M* (bisher 12 *M*);
 - von 6 001 bis 10 000 *M*: 18 *M* (bisher 15 *M*);
 - von 10 001 bis 25 000 *M*: 20 *M* (bisher 15 *M*);
 - über 25 000 *M*: 25 *M* (bisher 15 *M*).
- In § 10 wird das Honorar für Ausstellung eines halben ärztlichen Berichtes von 7,50 *M* auf 10 *M* erhöht.

Personalnachrichten.

Niedergelassen haben sich: Frauenarzt Dr. Franz Eberhart in Baden-Baden, Dr. Willy Oekel in Freiburg, Assistenzarzt Heinrich Spieckschen am Sanatorium Luisenheim in St. Blasien, Frau Anna Klotilde Mayer, Fräulein Dr. Olga Opitz, beide in Karlsruhe; Zahnarzt: Ernst Oettli in Konstanz, Ilse Neumark in Freiburg, Wilhelm Bänkler in Baden.

Verzogen sind: Franz Martin von Langensteinbach, Am Durlach nach Freiburg i. Br., die Assistenzärztin Anna Heimann an der chirurgischen Klinik in Freiburg nach Emmendingen, Assistenzärztin Erna Greissel beim städtischen Krankenhaus in Baden nach Göttingen.

Gestorben sind: Geheimer Medizinalrat Dr. Karl Mittermaier in Heidelberg, Dr. Ernst Heydweiller in Freiburg i. Br., Dr. Richard Seeligmann in Karlsruhe.

Anzeigen.

Die Nachgeburtsperiode
ist als Domäne des

SECACORNIN

anerkannt. Rascheste Hilfe bei Atonia
uteri durch intramuskuläre Injektionen
(Gesäßmuskulatur) von 1-2 ccm

ORIGINALPACKUNGEN:
Ampullen - Lösung - Tabletten

409]

CHEMISCHE WERKE GRENZACH A.G.
GRENZACH (BADEN)
Drahtschrift: „CEWEGA“ GRENZACH.

Das synthetische Sulfooleat THIGENOL

ersetzt die bituminösen Schiefer-
öle, denen es durch saubere An-
wendung, Geruch- und Reizlosig-
keit überlegen ist.

CHEMISCHE WERKE GRENZACH A.G.
GRENZACH (BADEN)
Drahtschrift: „CEWEGA“ GRENZACH.

MOSER'S COCA-PEPSIN PRÄPARATE:
DIGESTOMAL ELIXIR u. TABLETTEN

SAUER UND ALKALISCH. 316/52.39

Kombination von Bitterstoffen mit Verdauungsfermenten —
ähnlich erprobt und zuverlässig bei den verschiedensten Magen-
und Darmkrankheiten und hervorragend als
Digestivum, Stomachicum, Roborans.

Vorzüge: Eminent Verdauungskraft, rasch appetitanregende Wirkung,
damit zusammenhängend eine natürl. Besserung des Kräftezustandes.
Chem. Labor. J. Moser, Kirchzarten-Freiburg i. Br.

GOLDHAMMER-PILLEN

Bism. salicyl. u. Carbo mit reichlich Ol. menth. pip.;
Darmlöslich gelatiniert. Seit Jahren mit bestem
Erfolg erprobtes Spezialpräparat bei
Chron. Darmkatarrhen-Darmgärungen

Sch. à 60 Pillen in den Apotheken. Ärztemuster gratis.
Laboratorium F. Augsburg, Strassburg i. E.

410/43

Sanatorium Stammberg

Schriesheim a. d. Bergstrasse
für weibliche **Lungenkranke** des gebildeten
Mittelstandes. — 5 M bis 7.20 M pro Tag. —
Sommer- und Winterkur.
Prospekt durch die **Verwaltung.**
Auch während des Krieges geöffnet. 390/24.9

Den Herren Impfärzten empfehlen wir unser Lager aller zum
Impfgeschäfte nötigen Formulare.

Karlsruhe. **Malsch & Vogel,**
Buchdruckerei u. Verlagshandlung

Den Herren Bezirksärzten zur gefälligen Kenntnisnahme!
Die im Schulverordnungsblatt Nr. 18 von 1915, Seite 157, vorgeschriebenen Formulare zum

Zeugnis

über körperliche Beschaffenheit und Gesundheitszustand
für die Meldung zur Aufnahme in eine Lehrerbildungsanstalt
für die Meldung zur Aufnahme in eine Lehrerbildungsanstalt
(§ 3 Absatz 2 Ziffer 3 der Schulordnung der Lehrerbildungsanstalten vom 1. März 1904)
sind bei den Unterzeichneten zu haben.

Karlsruhe **Malsch & Vogel**
Buchdruckerei und Verlagshandlung

Verband der Ärzte Deutschlands zur Wahrung ihrer wirtschaftlichen Interessen.

Zur Beachtung: Meist sind nicht die ganzen Orte, sondern nur einzelne Stellen darin gesperrt. Näheres s. „grosse“ Cavetetafel in „Ärztl. Mitt.“ oder „Ärztl. Vereinsbl.“

Fernsprecher 1 870 und 19 728.

Cavete collegae!

Drahtadresse: Ärztenverband Leipzig.

Aachen
Angermünde, Kr.
Berlin-Lankwitz
Bremen
Bublitz, Po.

Corbetha

Diedenbergen
Diedenhofen, Loth.
Dietz a. L.
Dietzenbach, Hess.
Düsseldorf

Elbing
Eschede, Haun.

Freiwaldau (Schles.)
Freudenberg

Gellenkirchen,
Kr. Aachen

Giessmannsdorf
(Schlesien)

Gröba-Riesa
Gröditz b. Riesa
Grossbeeren, Bez.
Guben
Guxhagen, Bezirk
Cassel

Halle S.
Hanau, San.-Verein
Heckelberg, Kreis
Oberbarnim
Heldburg A.-G. zu
Hildesheim
Holzappel i. T. und
Umgebung

Illingen, Rhld.

Kaiserslautern
Kaufmännische
Kr.-K. für Rheinld.
u. Westf.

Kattowitz, Schl.
Klingenthal, Sa.
Köln
Kraupischken,
O.-Pr.

Kreuznach, Bad
Lichtenrade bei
Berlin

Mohrungen, Bez.

Naurod
Niederneukirch

Oberbarnim, Kreis
Oberneukirch

Oderberg i. d. Mark
Ostritz, Sa.

Ottweiler, Rhld.

Preuss. Holland
Bezirk

Quint b. Trier

Rambach
Reichenbach,
Schlesien.

Riesa a. Elbe-Gröba
Ringenhain
Rothenfelde bei
Fallersleben
Ruhla, Thür.

Schirgiswalde,
Regsbz. Bautzen
Schönebeck a. E.
Schorndorf,
Württemberg

Schreiberhau,
Riesengebirge

Schweidnitz, Schl.
Bahnarztst.

Selb, Bayern

Stahnsdorf, s. Teit.
Strassburg, Els.

Teltow, Brdbg.
Templin, Kreis

Vöhrenbach, Baden

Walldorf, Hessen
Warmbrunn-
Hernsdorf, Ries-
engebirge

Weissenfels a. S.
Weissensee b. Berlin
Witkowo, Posen

Zeltz, Prov. Sa.
Zillertal-Erd-
mannsdorf,
Riesengebirge

Zobten a. B., Schl.

Über vorstehende Orte und alle Verbandsangelegenheiten erteilt jederzeit Auskunft das Generalsekretariat, Leipzig, Dufourstrasse 18 II, Sprechzeit nachmittags 3—5 Uhr (ausser Sonntags). Kostenloser Nachweis von Praxis-, Auslands-, Schul- und Assistentenstellen sowie Vertretungen. [420]

Sanatorium Nordrach

im bad. Schwarzwald

für Lungenkranke (Private).

Herrliche Lage direkt am Wald, schöne und
bequeme Waldspaziergänge.

Eröffnet am 1. März 1915.

Leitender Arzt: Dr. K. Weltz.

Sanatorium „Schwarzwaldheim“ Schömberg b. Wildbad

Kombinierte Anstalts- und
Tuberkulinbehandlung.
Lungenkollapsotherapie.
Operat. Kehlkopfbehandlung.

Privatheilanstalt für Lungenkranke.

≡ Chefarzt Dr. Bandelier ≡ Prospekte frei durch d. Verwaltung.

Wirt. Schwarzwald
650 m. ü. d. Meere.

Mittlere Preise.
3 Ärzte.