

Zur Salbenbehandlung

eignen sich in diesen Fällen die bewährte Movasalbe, 5%ige Noviformsalbe, Follikelhormonsalbe mit 1000 E. pro 10 g Salbengrundlage oder auch folgende Rezeptur:

| | |
|---------------|------|
| Argent. nitr. | 0,3 |
| Bals. peruv. | 1,5 |
| Lanolini ad | 30,0 |

| | | |
|------|-----------------|------|
| oder | Bals. peruv. | 0,3 |
| | Boracis | 1,5 |
| | Talci | 5,0 |
| | Vasel. flav. ad | 30,0 |

Eine gewissenhafte Mastitisprophylaxe nach den oben angegebenen Grundsätzen wird in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle die Patientinnen vor quälenden Schmerzen und den Arzt vor mancher Enttäuschung bewahren.

STANDESFRAGEN

Zum Neuaufbau der Sozialversicherung*

Prof. Dr. med. Dr. jur. HANS GÖBBELS, Hamburg

Mit fortschreitender Normalisierung des Alltagslebens finden die Erörterungen der Tages- und Fachpresse über geplante Veränderungen in Wesen, Inhalt und Aufbau der deutschen Sozialversicherung auch in breiteren Kreisen vermehrte Beachtung. Das ärztliche Interesse beanspruchen hier mit Vorrang die Problemstellungen derjenigen Gebiete der sozialen Personenversicherung, in denen dem Arzt eine wesentliche Mithilfe an der Gestaltung und Durchführung ihrer Aufgaben zukommt. Dies ist vor allem die soziale Krankenversicherung, in deren Wirkungsmodus der Arzt generell mehr als in andere Sparten der Sozialversicherung eingebaut ist. Hier reichen die Probleme und die Planung ihrer Lösung unmittelbar an die Existenzgrundlage seines Berufs. Ihnen gegenüber werden Fragen der inneren Organisation der Versicherungsträger, der Überschneidung oder Zusammenlegung von Aufgabengebieten im einzelnen oder Gebiete, auf denen der Einsatz des Arztes lediglich oder vorwiegend im Einzelfall als sachverständiger Gutachter erfolgt, in den Hintergrund treten oder sein Interesse höchstens am Rande berühren.

Man pflegt vom Kassenarzt nicht ganz zu Unrecht zu behaupten, er habe, bildlich gesprochen, den Schlüssel zum Geldschrank der Krankenversicherung; Seiner beruflichen Sorgfalt ist ja nicht nur Leben und Gesundheit der von ihrer Versicherung betreuten Patienten anvertraut, sondern von seinem verantwortlichen Arbeiten ist ebenso das wirtschaftliche Schicksal der Versicherung selbst in weitem Ausmaß abhängig. Dies gilt nicht nur für die Privatversicherung, sondern vielleicht noch in verstärktem Maße für die Sozialversicherung, bei der die Aufwendungen für die vom Arzt zu bestimmende Arbeitsunfähigkeit eine besondere Rolle spielen. Aus dieser „Schlüsselstellung“ in des Wortes wahrster Bedeutung und der Erkenntnis, daß die reibungslose Funktion, vor allem der sozialen Krankenversicherung, weitgehend von seiner Mitarbeit abhängig ist, ergibt sich für den Arzt nicht nur die Berechtigung, sondern ebenso die Verpflichtung, an ihrer weiteren Ausgestaltung im Sein und Werden verantwortungsbewußt und tatkräftig mitzuwirken und so in der Zusammenschau auch seine berufsbedingten Gesichtspunkte zur Geltung zu bringen.

Vielfach wird in den bisherigen Erörterungen der Presse zur begrifflichen Umreifung der geplanten Veränderungen

* Die notwendige Neuregelung auf diesem Gebiet ist für den gesamten Arztstand von überragender Bedeutung und darf nicht ohne seine weitgehende Mitarbeit in allen entscheidenden Fragen erfolgen. Eingehende Kenntnis der bisherigen Entwicklung der Sozialversicherung und der hieraus resultierenden grundsätzlichen Auffassungen für die Neuplanung ist die Voraussetzung zu deren kritischer Beurteilung und zu fruchtbaren Anregungen für die Lösung dieser Aufgabe.

Mit dem vorstehenden Artikel, der in den beiden nächsten Heften fortgesetzt werden wird, wollen wir zu dieser wichtigen Frage einen ersten Beitrag leisten. Die Schriftleitung.

der Ausdruck „Neuaufbau“ verwandt. Damit erscheint es erforderlich, ihn auf seine Prägnanz und Schlüssigkeit zu untersuchen.

Diese Formulierung geht offensichtlich von der Voraussetzung aus, daß das frühere Gebäude der Sozialversicherung, auf das wir Deutschen lange Zeit mit Recht glaubten, stolz sein zu können, so weit zerstört oder untergegangen ist, daß sich ein Wiederaufbau nicht lohnt oder darüber hinaus vielleicht auch nicht möglich ist. Tatsächlich läßt ja nur ein praktisch vollständiger Untergang des bisherigen Bauwerks es zu, von einem Neuaufbau zu sprechen. Nur ein Neuaufbau kann andererseits davon entbinden, auf noch Bestehendes zurückzugreifen und in der weiteren Planung daran anzuknüpfen. Mit anderen Worten, nur ein Neuaufbau erlaubt es, in der Planung vollständig neue Wege zu gehen. Soweit diese Voraussetzungen nicht zutreffen, wird man besser von einem Wiederaufbau, einem Umbau, einer anderen Gestaltung, einer Wiedererstellung vielleicht in ergänzter oder verbesserter Form, mit anderen Worten, von einer Reform oder einer Neuordnung des Bestehenden sprechen.

Von einem vollständigen Untergang der bisherigen deutschen Sozialversicherung zu reden, dürfte, wie allgemein bekannt, zweifelsohne übertrieben sein. Damit könnte in einer solchen Wortwahl vielleicht versteckt der Wunsch zum Ausdruck kommen, trotz alledem, ohne Rücksicht auf noch Vorhandenes, vollständig neue Wege zu gehen und mit dem Hergebrachten ideologisch und praktisch gänzlich zu brechen. Aber auch diese Voraussetzung dürfte sich aus der zwischenzeitlichen Entwicklung der Sozialversicherung kaum verifizieren lassen, wengleich derartige Tendenzen für die zukünftige Gestaltung nicht durchweg auszuschließen sind.

Will man sich daher mit den Problemen einer künftigen Gestaltung der heutigen deutschen Sozialversicherung kritisch auseinandersetzen, wird es zweckmäßig, ja unerlässlich sein, sich die Ausgangssituation wieder klar vor Augen zu führen. Dabei sind zwei Ansatzpunkte für eine Zäsur möglich, der Zeitpunkt des Kriegsendes und der ebenso einschneidende der Währungsreform. Man wird berechtigt sein, in der Bewertung der grundsätzlichen Wichtigkeit dem ersteren einen Vorrang einzuräumen in der Erkenntnis, daß der Währungsschnitt lediglich nach außen umso deutlicher in Erscheinung treten ließ, was durch den Kriegsausgang in Anlage und Entwicklungsrichtung schon bindend vorgezeichnet war. Man wird für eine solche Einstellung in der Bewertung auch noch anführen können, daß mit diesem Zeitpunkt auch von fremden Kräftesystemen das Einströmen neuer Gedankengänge begann, die vielfach, mit erheblichem Gewicht auf die Eigenentwicklung der deutschen Sozialversicherung drückend, deren heutiges Gesicht teilweise weitgehend beeindrucken. Es ist nicht nötig, dabei lediglich auf die Ostzone und die dort übernommene Mentalität zu sehen, es erscheint eben-

so aufschlußreich zu wissen, daß die Aufgabe des Sträubens der englischen Militärregierung gegen das Sozialversicherungsanpassungsgesetz der Einwirkung der englischen Gewerkschaften zu verdanken ist.

Im Grundsatz ist ja die Sozialversicherung eines Volkes nach Art und Umfang letztlich von zwei Grundfaktoren bestimmt, von den wirtschaftlich-sozialen Erfordernissen einerseits und der geistigen Grundhaltung eines Volkes andererseits. Es sind dies dieselben Grundfaktoren, die auch die Struktur einer Staatsform grundlegend beeinflussen. Wo weitgehende wirtschaftliche Unabhängigkeit sich mit selbständiger schöpferischer Initiative paart, wird weniger Raum für eine Diktatur, und ebenso für eine umfassende Sozialversicherung, geschweige denn einen totalen Sozialstaat sein können, als unter den umgekehrten Vorzeichen.

Die unstreitige Abhängigkeit von diesen Faktoren erklärt aber auch, warum gerade nach Kriegen, Wirtschaftskrisen und verfassungsändernden inneren Umwälzungen eines Staates der Ruf nach Ausbau und Reform der sozialen Versicherung, als der organisierten obligatorischen Gemeinschaftshilfe eines Volkes, besonders vernehmlich erhoben wird. Um wieviel mehr mußte dies also nach einem verlorenen Weltkrieg der Fall sein, in dem weite Gebiete zerstört, große Teile der Bevölkerung vertrieben, ihres Ernährers und der primitivsten wirtschaftlichen Subsidien beraubt, körperlich erschöpft und seelisch gebrochen, in einem von den seitherigen Feindmächten besetzten Land einer mehr als ungewissen Zukunft gegenüberstanden.

Es ist erstaunlich und als organisatorische Tat nicht genug zu rühmen, daß es gelang, die für die Masse der werktätigen Bevölkerung praktisch wichtigste Sparte, die soziale Krankenversicherung, beim Kriegsende in kürzester Frist wieder zu reibungsloser Tätigkeit in Gang zu setzen. Der Rentenversicherung allerdings blieben durch den Verlust ihrer Rücklagen, zum mindesten deren zeitlichen Entzug, schwerste Sorgen mit krisenähnlichem Charakter nicht erspart. Die der Sozialversicherung als Annex angegliederte Arbeitslosenversicherung stand in diesem Zeitpunkt nicht so augenfällig im Mittelpunkt des Interesses. Mitbestimmt durch den Einfluß der Besatzungsmächte und deren Mentalität machten sich jedoch bald divergierende Tendenzen für den weiteren Ausbau und die zukünftige Planung bemerkbar, die in der Folge dazu geführt haben, daß Ansichten über Richtung und Art des weiteren Ausbaus der gegenwärtigen deutschen Sozialversicherung sich diametral gegenüberstehen. Sie finden in den programmatischen Forderungen: „Klassische Sozialversicherung — Drei-Säulen-Theorie — Einheitsversicherung“ ihren deutlichsten Ausdruck.

Im Ansatz unterscheiden sich diese Grundrichtungen einer sozialen Versicherung weitgehend. Während die klassische Sozialversicherung die überkommene organisatorische Einteilung in ihrer lebendigen Buntheit und historisch gewachsenen Mannigfaltigkeit wegen ihrer Lebensnähe beibehalten will, beabsichtigt die Drei-Säulen-Theorie, eine Abstellung auf die bewährten drei großen Gebiete Krankheits-, Unfall- und Altersversicherung vorzunehmen und auf jedem dieser Teilgebiete uniforme Einheitsversicherungsträger zu schaffen. Die Einheitsversicherung geht darauf aus, die trennenden Schranken zwischen den einzelnen Versicherungsarten vollständig einzureißen und zu beseitigen. Sie operiert dabei mit der theoretisch absolut einleuchtenden Begründung, daß alle diese „Wechselfälle des Lebens“ — um hier einen Begriff der Weimarer Verfassung zu gebrauchen — lediglich Erschei-

nungsbilder und Ausdrucksformen des übergeordneten gestörten sozialen Wohlbefindens, eine Beeinträchtigung der Arbeitsmöglichkeit des Menschen bedeuten.

Da die klassische Sozialversicherung bei allen Ärzten als bekannt vorausgesetzt werden darf, die Drei-Säulen-Theorie zwischen den Extremen steht und die Forderung der Einheitsversicherung die weitestgehende Abänderung des Bestehenden darstellt, ist es berechtigt, sich in den weiteren Ausführungen vornehmlich mit der letzteren auseinanderzusetzen und hier ihre Forderungen bevorzugt an der sozialen Krankenversicherung, als dem praktisch wichtigsten und lebensnahesten Teil der Sozialversicherung, abzuhandeln.

Der reibungslose Gang einer Sozialversicherung ist abhängig von der Lösung der Hauptprobleme: Finanzierung, Organisation, Leistungen, Rechtsprechung, und nicht zuletzt von der Lösung der Arztfrage. In der Praxis wird allerdings die Frage der Finanzierung die anderen Probleme stark, vielleicht sogar richtunggebend überschatten können. Man sollte darüber aber nicht vergessen, daß die Sozialversicherung damit nicht lediglich eine wirtschaftliche und finanzielle Frage, also ein allein mit dem Rechenstift zu lösendes Problem darstellt, oder als ausschließliche Angelegenheit der Verwaltung sich präsentiert, sondern vor allem das größte und bedeutendste Instrument der Volksgesundheitspflege ist. In allen Ländern mit ausgebreiteter Sozialversicherung bestimmt sie das Schicksal der Kranken — und ebenso dasjenige des Arztstandes — entscheidend, wie auch umgekehrt die Einstellung des Arztes und des versicherten Patienten das wirtschaftliche Schicksal der Sozialversicherung auf die Dauer grundlegend beeindrucken muß. In Wirklichkeit haben Arzt und Patient zusammen den Schlüssel zum Geldschrank der Versicherung, und von ihrer verantwortungsbewußten Zusammenarbeit ist auch das Wohl und Wehe der Sozialversicherung abhängig.

Diese grundlegenden Feststellungen an den Anfang der weiteren Ausführungen zu stellen, besteht eine Notwendigkeit: Bei den vorwiegend nach finanziellen oder politischen Erwägungen ausgerichteten Veröffentlichungen in der Tages- und Fachpresse wird vielfach nicht mit der erforderlichen Betonung darauf hingewiesen, welche entscheidende Rolle in der sozialen Krankenversicherung vor allem die Gestaltung des Verhältnisses Arzt — Patient, Versicherungsträger — Versicherter und Versicherungsträger — Arzt, oder, auf einen allgemeinen Nenner gebracht, die Abgrenzung der Gemeinschaftsbelange gegenüber den berechtigten Individualinteressen des Versicherten spielt. Diese unter dem Begriff des subjektiven Risikos zusammengefaßten Überschneidungen sind rechnermäßig und in exakten Ziffern wohl kaum festzulegen, praktisch jedoch von umso größerem Einfluß auf die Kostengestaltung. Hier kann nur eine gemeinsame Zusammenarbeit aller drei an der Sozialversicherung beteiligten Partner das Optimum des Erfolges gewährleisten.

Was über alle Verschiedenheit des einzuschlagenden Wegs und der Möglichkeit der Gesichtswinkel, aus denen das Problem gemeinhin betrachtet wird, einigen muß, ist das Wissen, daß, heute mehr denn je, die Arbeitskraft des deutschen Menschen das wertvollste, jederzeit realisierbare Aktivum des uns verbliebenen Volksvermögens darstellt. Diese Erkenntnis wird umso zwingender sein müssen, solange noch Kriegsfolgen und die reale Erkenntnis unserer Armut zur Umstellung von der Materialorientierung zur reinen Arbeitsorientierung zwingen. Die Erhaltung und, soweit möglich, die Verbesserung der deutschen Volksgesundheit und Arbeitskraft, muß daher gemein-

same erste und vornehmste Sorge sein und bleiben, der sich alle Einzelerwägungen unterzuordnen haben werden.

Aus den übervollen Sprechstunden der eingessenen Kassenärzte wird vielleicht nicht zu Unrecht oftmals der Schluß gezogen, daß die Quantität der behandelten Patienten nur auf Kosten der Qualität der einzelnen Behandlung gehen könne. Die leeren Wartezimmer der Neuzugelassenen lassen auf der anderen Seite befürchten, daß in der Behandlung das Maß des Notwendigen überschritten und durch eine volkswirtschaftlich nicht tragbare Vielgeschäftigkeit ersetzt werden könne. Wird auf der einen Seite besorgt, daß bei der Überbeanspruchung der Ärzte die Kassenpatienten die Hauptleidtragenden sein werden, so wird bei der gegenteiligen Voraussetzung eine gewisse Sorge berechtigt sein, daß sich die Kassen auf die Dauer untragbaren wirtschaftlichen Belastungen gegenübergestellt sehen können. Die Befürworter der Einheitsversicherung, die sich eng um den Namen des Leiters der VAB, des Herrn Prof. Schellenberg, gruppieren, sehen den einzigen Weg und das ausschließliche Mittel einer Abstellung dieses und der wesentlichen übrigen Mißstände auf dem Gebiet der bestehenden Sozialversicherung in der Bildung einer sozialen Einheitsversicherung.

Bestrebungen zu einer Reform der Sozialversicherung — und hier vornehmlich der wegen der Häufigkeit ihrer Inanspruchnahme im Blickfeld des Interesses stehenden Krankenversicherung — sind an sich keine grundlegende Neuerfindung der Jetztzeit. Man pflegt sie im Gefolge wirtschaftlicher Krisen, soziologischer Strukturwandlungen des Volkes und politischer Umstellungen seit der Jahrhundertwende mit einer gewissen Regelmäßigkeit zu finden. Vor dem Jahre 1884, dem Zeitpunkt des Inkrafttretens des sozialen Krankenversicherungsgesetzes, gab es ja nur die unmittelbare Beziehung zwischen dem Arzt und seinem Patienten. Dieser wählte sich den Arzt seines Vertrauens und schuldete ihm sein Honorar. War er zahlungsunfähig und übernahm nicht die Wohlfahrt die Begleichung seiner Verpflichtungen, blieb er Schuldner des Arztes. Es wird aber kaum vorgekommen sein, daß dem zahlungsunfähigen, aber zahlungswilligen Kranken auf Grund seiner Armut die notwendige ärztliche Hilfe verweigert wurde. Der Arzt, soweit er nicht eigens angestellter Armenarzt war, betrachtete es als Ehren- und Standespflicht, die ihn aufsuchenden Unbemittelten auch ohne Entgelt ärztlich mitzuversorgen. Die wirtschaftliche Möglichkeit dazu vermittelte ihm seine ausgedehnte Privatpraxis. Die wirtschaftliche Entwicklung Deutschlands und die Umstellung vom Agrar- in den Industriestaat nach dem Krieg von 1870 zeitigte in seiner Folge auch eine Abkehr von diesem patriarchalischen Verfahren. Die deutschen Sozialversicherungsgesetze der achtziger Jahre des vorigen Jahrhunderts, damals ein achtungsgebietendes Programm sozialer Staatsgesinnung, schufen in Ablösung der seitherigen Übung den durchgehenden reichsgesetzlichen Rechtsanspruch auf soziale Gemeinschaftshilfe gegenüber den hauptsächlich gefährdenden Wechselfällen des Lebens und der Arbeit. Der wirtschaftliche Rückschritt nach der Gründerzeit und die mit der Umwandlung des Agrarstaates in den Industriestaat einhergehende Verelendung weiterer Arbeitnehmerschichten machten die Anwendung der neuen Sozialmaßnahmen auf immer breitere Volkskreise zur Notwendigkeit. Die einstige lukrative Privatpraxis des Arztes wurde damit fortlaufend mehr eingeschränkt. Die inzwischen erfolgte politische Konstituierung der werktätigen Massen und ebenso die Ausweitungstendenz der neuen Pflichtkrankenkassen ließ diese sich mehr und mehr vom Mittel zum Zweck zum Selbstzweck entwickeln. Es ist verständlich, daß bei dem Expansionsdrang der in diesem Umfange neuen Institutionen, die fortschreitend mehr zu einem aus der Volkswirtschaft nicht mehr wegzuden-

kenden Wirtschafts-, aber auch Machtfaktor geworden waren, heftigste Auseinandersetzungen und Machtkämpfe mit den Ärzten sich abspielten. Die Ohnmacht des Einzelarztes gegenüber der festgefügt organisierten Organisation der Krankenkassen führte so zu einem wirtschaftlichen Zusammenschluß der Ärzteschaft, dem heute wiedererstandenen Hartmann-Bund. Erst unter dem Druck der Wirtschaftskrise am Ende der zwanziger Jahre fanden sich die Partner zu dem erstmaligen Versuch zusammen, in gemeinsamer Arbeit und unter gegenseitiger Wahrung der Eigenrechte Positives zum gesundheitlichen Wohl der versicherten Kranken aufzubauen.

Diese kurzen historischen Streiflichter erklären, daß aus diesen langen Jahren erbitterter Kämpfe als Nachhall unnütz zerschlagenen Porzellans vielfach und auf beiden Seiten ein Rest an Ressentiment zurückgeblieben ist, der es immer wieder noch nicht zur letzten inneren Verständigung kommen ließ, zum mindesten eine solche aufhielt. Damit hängt es aber auch zusammen, daß bei geeigneter politischer Konstellation immer wieder die alten Schlagworte auftauchen und einer gemeinsamen Frontbildung im Kampf gegen die Gefahren der Volksgesundheit die alten Gegensätze im Wege stehen, insbesondere, wenn es gilt, neue Herrscher in die alten Ziele einzuspannen. So war es auch nach diesem Kriege erstaunlich und tragisch zugleich, daß demokratische Kräfte mit autoritären Methoden das zu vollenden versuchten, was dem verhaßten autoritären Staat bislang nicht gelungen war. Neuartig an dieser Situation und unterschiedlich von den früheren war zweifelsohne, daß der Umbau der deutschen Sozialversicherung auch von deutschen Kräftekonstellationen nicht als rein innerdeutsche Angelegenheit betrachtet, sondern die Möglichkeit gefördert wurde, dem deutschen Volk eine deutsche Sozialversicherung auf den Spitzen der Bajonette der Militärregierungen vorsetzen zu lassen. Man ist heute etwas ruhiger und überlegter im Tempo der Durchsetzung geworden, ohne daß die Zielsetzung damit eine Veränderung erlitten hätte.

Mit welchen Gründen wird nun aber von den Verfechtern einer grundsätzlichen Neuorientierung das Verlangen nach so einschneidenden und weitgehenden Reformen im Sinne der Einheitsversicherung gestützt? In der Regel werden drei Gründe dafür vorgebracht, nämlich:

I. Vor allem wird davon ausgegangen, die Sozialversicherung in ihrer derzeitigen Form sei zersplittert und unübersichtlich. Wir möchten glauben, daß sie dies nur aus dem Blickwinkel des Theoretikers und Systematikers ist. Für den Arbeitnehmer erscheint sie durchaus übersichtlich: Er hat es jeweils nur mit seiner Krankenkasse zu tun und nur mit seiner Rentenversicherung oder mit seiner Berufsgenossenschaft, die für seinen Unfall oder seine Berufskrankheit zuständig ist. Aber auch für den Arzt und seine Tätigkeit in der Sozialversicherung ist das Nebeneinanderbestehen verschiedener Einrichtungen unerheblich. Die grundsätzliche Diskussion von Vertrags- oder Honorarfragen obliegt den beiderseitigen Spitzenverbänden, die Abrechnung seiner Leistungen geschieht über religionslos funktionierende Abrechnungsorganisationen.

Auf der anderen Seite hat die Tatsache des Vorhandenseins verschiedenartiger Einrichtungen der sozialen Krankenversicherung, die bei gleicher Zielsetzung und Grundausrichtung über ein elastisches Anpassungsvermögen gegenüber den unterschiedlichen Bedürfnissen der verschiedenen Versicherten- und Arbeitnehmergruppen verfügen, auch ihre unbestreitbaren Vorteile.

Die Bedürfnisse der in den **Landkrankenkassen** zusammengefaßten ländlichen Arbeitnehmerschaft nach sozialem Krankenschutz lassen eine Identifizierung mit denen der großstädtischen Industriebevölkerung nicht ohne weiteres zu. Bei der auf dem Land weitgehend verbreiteten Naturalentlohnung und dem auch noch heute eine wichtige Rolle spielenden Deputat-Lohnsystem kommt dort der Barentschädigung nur eine untergeordnete Bedeutung zu. Auf der anderen Seite verlangen gerade die Besonderheiten der ländlichen Arbeitsverhältnisse eine betriebsnahe, und, bei der Mentalität des Landvolkes, schon aus psychologischen Gründen eine betont individuelle Betreuung der Versicherten in Krankheitsfällen. Und ebenso wenig dürfte der Altersbedarf des bäuerlichen Altenteilers auf dem Lande mit dem des großstädtischen Industrierentners gleichzusetzen sein.

Die **Innungskrankenkassen** sind auf das engste und lebendigste mit ihrem Berufsstand, dem Handwerk, verbunden. Aus einer Wurzel mit ihm gewachsen, und ehemals als Schutz- und Fürsorgeeinrichtungen der Zünfte geschaffen, haben sie es als erste berufsständische Organisation des Handwerks verstanden, in weitgehender und lebendiger Selbstverwaltung die sozialen Bedürfnisse ihrer erkrankten Fachkollegen in bewußter Abstellung gerade auf die individuelle Eigenart ihres jeweiligen Berufsstandes zu befriedigen. Gleichzeitig aber haben sie als historisch Gewordenes und Gewachsenes in ihnen nicht nur das Gefühl der engen Zugehörigkeit zur eigenen Krankenhilfe-Organisation, sondern ebenso das Gefühl der persönlichen Verantwortung gegenüber diesem Zusammenschluß berufsständischer Solidarität zu wecken und zu wahren gewußt. Ob und inwieweit hier die Zusammenfassung kleinerer Innungskrankenkassen (also etwa bei einer Mitgliederzahl unter 500) im Interesse der Wirtschaftlichkeit zu besser funktionsfähigen Gebilden im Bereich der Möglichkeit bzw. Notwendigkeit liegt, mag sachgemäßer Prüfung überlassen bleiben.

Wie aus dem Handwerk die **Innungskrankenkassen**, so sind aus dem Wirtschaftsleben die **Betriebskrankenkassen** gewachsen. Die Betriebsverbundenheit bringt es mit sich, daß zwischen dem Unternehmer und dem Versicherten, und ebenso unter den Versicherten selbst auf Grund ihrer engen Arbeitskameradschaft ein hohes gemeinsames Interesse an den Arbeiten und Erfolgen des Betriebs und insbesondere auch an dessen sozialen Einrichtungen entsteht. Bei den Betriebskrankenkassen fließen wirtschaftliche und soziale Momente ineinander über. Damit hat die Stellung der Betriebskrankenkassen im Rahmen der sozialen Hilfe im Laufe der letzten Jahrzehnte eine deutliche Änderung im Sinne einer Bereicherung ihres Wesensinhalts erfahren. Die zweckentsprechende Koppelung ihrer Aufgabe mit den Zielen einer verständigen Betriebsfürsorge erlaubte, so das Gewicht vermehrt auf die Bestrebungen einer vorsorgenden Gesundheitsfürsorge zu legen. Infolge der besonderen betrieblichen Überwachung, der entfallenden Kosten für den Beitragseinzug und der Übernahme der Verwaltungskosten für die Krankenkasse auf den Betrieb selbst dürfte ihnen vielfach ein rationelleres Arbeiten möglich sein, als den betriebsfremden und daher mit dem Betrieb und seinen Angehörigen nicht innerlich verbundenen Ortskrankenkassen. Allerdings wird man sich auch hier entschließen müssen, Betriebskrankenkassen, die auf Grund verminderter Arbeitskapazität auf die Dauer billigen Anforderungen nicht mehr entsprechen können, aufzulösen und den Bestand den zuständigen Allgemeinkassen zu überweisen.

Die Versicherungsverhältnisse in der **Seeverversicherung** und in der **Knappschaftsversicherung** — und dasselbe mag für die sozialen Versicherungseinrichtungen der **Post und Eisenbahn** gelten — sind wohl zu spezifisch, als daß ernstlich an die Abschaffung dieser Sonderkassen gedacht werden könnte. Ich glaube mich daher berechtigt, diese Unterarten der Sozialversicherung aus der weiteren Besprechung auszuschneiden. (Fortsetzung folgt.)

ÄRZTLICHE RECHTSFRAGEN

Umsatzsteuerfreiheit für Ärzte

Dr. WALTER GRÜBER, Stuttgart

Bekanntlich sind die ärztlichen Leistungen grundsätzlich (nach § 4 Ziff. 11 des Umsatzsteuergesetzes) umsatzsteuerbefreit, wenn sie von den reichsgesetzlichen Versicherungsträgern bzw. deren Rechtsnachfolgern, ferner von den Ersatzkassen im Sinne der Reichsversicherungsordnung, von den Krankenkassen der selbständigen Handwerker und Gewerbetreibenden oder von den Landesbezirks-Fürsorgeverbänden zu zahlen sind. Daran hat sich auch durch die verschiedenen Kontrollratsgesetze nichts geändert. Umgekehrt folgert aber aus dieser Vorschrift, daß die Einnahmen eines Arztes von Privatpatienten der Umsatzsteuerpflicht unterliegen und zu dem Satz von 3% zu versteuern sind.

Eine Komplikation ist für die Länder der französischen Zone insofern eingetreten, als mit dem 1. Juni 1946 die Ersatzkassen im franz. Besatzungsgebiet ihre Eigenschaft als Versicherungsträger verloren. Den Zahlungen der Ersatzkassen an die Ärzte wurde die Umsatzsteuerfreiheit auch dann versagt, wenn es sich um die freiwillige Weiterversicherung früherer Mitglieder handelte, die auf Grund ihres Einkommens den Allgemeinen Ortskrankenkassen nicht überwiesen werden mußten. Nachdem nun aber das

gesamte Gesetzgebungswerk der drei Länder der französischen Zone wieder dem der acht übrigen Länder der Bundesrepublik Deutschland angegliedert werden soll und der Status der Ersatzkassen einheitlich für das gesamte Bundesgebiet gilt, ist zu hoffen, daß auch für solche Leistungen die Umsatzsteuerfreiheit wieder anerkannt wird.

Im übrigen ist es für die Ärzte sehr wichtig, daß sie darauf achten, daß in ihrer Umsatzsteuererklärung wegen Berücksichtigung der Honorare von Privatpatienten nicht Gelder ausgewiesen sind, die vielleicht in der Einkommensteuer-Erklärung vergessen wurden. Eine genaue Steuererklärung wird sowieso nur zu machen sein, wenn ordnungsgemäß Bücher geführt werden. Eine solche Buchführung empfiehlt sich für alle Fälle, da durch das 2. Steuerneordnungsgesetz die Abschreibungsmöglichkeiten verbessert wurden. Ferner besteht bei Buchführung auf Grund des im Einkommensteuergesetz neu eingefügten § 34 Abs. 5 auch für Ärzte die Möglichkeit, Honorare aus wissenschaftlicher und schriftstellerischer Nebenarbeit einkommensmäßig zu begünstigten Sätzen zu versteuern, während sie umsatzsteuerlich frei sind.