Mitte Oktober 1913 erschien dann ein in großformatigen Lettern gedruckter Aufruf des Deutschen Ärztevereinsbundes und des Leipziger Verbandes in den Vereinszeitschriften:

„Kollegen in Stadt und Land! Die Entscheidung ist da! Trotz unseres weitesten Entgegenkommens haben die vereinigten fünf Hauptverbände der Krankenkassen es abgelehnt, mit uns Frieden zu schließen. Sie wollen nichts wissen von der Mitwirkung unserer Organisation bei Verhandlungen und bei dem Abschluß von Verträgen, sie zeigen keinerlei Verständnis für die durch die Reichsversicherungsordnung geschaffene Notwendigkeit, gemeinsam mit uns die freie Arztwahl allmählich weiter auszubauen und die Honorare den jetzigen Verhältnissen anzupassen. *Das ist der* Krieg! ...[56]"

Am 26. Oktober 1913 machte es der außerordentliche Ärztetag „jedem einzelnen Arzte und jeder örtlichen Ärztevertretung zur heiligen Pflicht, von jetzt an mit keiner Krankenkasse einen Vertrag abzuschließen und die kassenärztliche Versorgung aller früheren wie auch der neu hinzutretenden Versicherten unbedingt abzulehnen. Nur die ärztliche Vertragstätigkeit muß aufhören, das gesundheitliche Interesse der Versicherten wird in keiner Weise beeinträchtigt. Die Kranken werden die Hilfe ihres Arztes nach wie vor finden, uneingeschränkt, nur ohne Einmischung einer Kassenverwaltung ...[57]".

Diese Proklamation des vertragslosen Zustandes zielte auf das Inkrafttreten der in § 370 RVO vorgesehenen Regelungen ab.

Vom 13. September 1900 bis zum 23. Dezember 1913 hatte der Leipziger Verband insgesamt 1700 Kämpfe durchgefochten, von denen nur 18 keinen befriedigenden Abschluß für die Mitglieder des Verbandes brachten.

Anfang Dezember 1913 reichte dann Otto Heinemann, Geschäftsführer des „Verbandes zur Wahrung der Interessen der Betriebskrankenkassen" dem Staatssekretär des Reichsamts des Innern, Clemens von Delbrück, den Entwurf einer Vereinbarung mit dem Leipziger Verband ein, der dort sehr wohlwollend aufgenommen wurde. Inzwischen hatten auch die medizinischen Fakultäten beim Reichskanzler vorgesprochen. So kam es zu einer „Konferenz" im Reichsamt des Innern vom 22. bis 23. Dezember, bei der vertreten waren das Reichsamt des Innern, das Ministerium für Landwirtschaft, der Verband zur Wahrung der Interessen der Betriebskrankenkassen, der Gesamtverband deutscher Krankenkassen, der Hauptverband der Ortskrankenkassen, der Deutsche Ärztevereinsbund, der Leipziger Ärzteverband und die medizinischen Fakultäten der deutschen Universitäten. Hier wurde dann das sog. Berliner Abkommen[58] abgeschlossen, das fast vollständig auf den Entwurf von Otto Heinemann zurückging und im wesentlichen folgende Änderungen brachte:

---

56 Ärztliche Mitteilungen 1913, 807; Ärztliches Vereinsblatt 1913, 615 ff.

57 Ärztliches Vereinsblatt 1913, 634 u. Ärztliche Mitteilungen 1913, 847.

58 Abdruck: PrHMBl 1914, 85, Ärztliche Mitteilungen 1914, 4, Arbeiterversorgung 1914, 50, vgl. dazu: *Hartmann, Hermann:* Das Berliner Abkommen vom 23. Dezember 1913, Leipzig 1914; *Heinemann, Otto:* Das Einigungsabkommen zwischen Krankenkassen und Ärzten, Essen 1914; *Zschiegner, Otto:* Das Friedensabkommen zwischen Ärzten und Krankenkassen vom 23. Dezember 1913, Borna 1919. Die entsprechenden Akten des Reichsamts des Innern sind im Zentralen Staatsarchiv in Potsdam überliefert.

1. Die Anstellungsautonomie der Krankenkassen in der ärztlichen Versorgung der Versicherten wurde beseitigt, statt dessen wirkte in einem geregelten Verfahren die Gesamtheit der Kassenärzte mit,

2. Die kassenärztlichen Verträge waren zwar weiterhin zwischen den Kassen und dem einzelnen Arzt zu „schließen", aber ihre Vorbereitung erfolgte auf kollektivem Wege: durch die Institution des Vertragsausschusses wurde der kassenärztliche Kollektivvertrag faktisch anerkannt.

Im Hinblick auf die Verbandstätigkeit muß gesagt werden, daß mit der Installierung des Vertragsausschusses die örtliche Organisation eine ganz andere Bedeutung bekam als bisher, der Schwerpunkt der Arbeit wurde an die Peripherie verlegt: „An vielen Orten werden die ärztlichen Vereinigungen zur Wahl des Vertragsausschusses mit unseren kassenärztlichen Vereinen sofort identisch sein; wo sie es noch nicht sind, dort wird die rührigste Arbeit einzusetzen haben, damit sie es werden[59]."

3. Die freie Auswahl wurde durch das Abkommen nicht direkt gefördert, wohl aber indirekt durch die Beseitigung der Anstellungsautonomie.

4. Die Anwerbung dissentierender, „kassenwilliger" Ärzte wurde beendet; die Drohung mit anderen Ärzten hörte damit auf, ein Faktor der Vertragsverhandlungen zu sein.

Der Ausbruch des 1. Weltkrieges verhinderte dann aber zunächst ein volles Wirksamwerden dieses Abkommens[60].

---

59 Friedensschluß, Ärztliche Mitteilungen 1914, 5.

60 Die 1913 zugespitzten Auseinandersetzungen zwischen Krankenkassen und Ärzten waren Anlaß zur Gründung eines „Sozialdemokratischen Ärztevereins" im Jahre 1913 in Berlin. Vorausgegangen war eine gründliche Situationsanalyse von dem sozialdemokratischen Arzt Karl Kollwitz (1863 – 1940), Ehemann der Grafikerin Käthe Kollwitz in den „Sozialistischen Monatsheften" über „Ärzte und Krankenkassen" (1913, 222). Aufgrund seiner Analyse gründeten dann er, Ernst Simmel (1882 – 1947, vgl. über ihn: *Peck, John:* Ernst Simmel, in: *Grotjahn, Martin* u. a. (eds.): Pioneers of Psychoanalysis, New York 1966) und Ignaz Zadek (vgl. Anm. 18, S. 171) den Verein, der sich auf weitere Großstädte im Deutschen Reich erstreckte. Hier sind an Städten und Ärzten zu nennen: Hamburg-Harburg: Emil Hirschfeld (1864 – 1927), München: Mieczyslaw Epstein (1868 – 1931) und Friedrich Bauer (1869 – 1938) und Chemnitz: Leo Münz (1882 – 1928), weitere Ortsgruppen bestanden in Frankfurt, Dresden, Zwickau, Leipzig u. a. 1924 gründete die Mehrzahl der Mitglieder den „Verein sozialistischer Ärzte" (u. a. Ignaz Zadek u. Ernst Simmel); der „Sozialdemokratische Ärzteverein", der daneben weiterhin bestand, schloß sich 1926 mit dem „Sozialdemokratischen Ärztebund" zu der vom Parteivorstand der SPD anerkannten „Arbeitsgemeinschaft sozialdemokratischer Ärzte" unter Raphael Silberstein (1873 – 1926), Julius Moses (1868 – 1942) und Alfred Grotjahn (1869 – 1931) zusammen. Dabei gab es Doppelmitgliedschaften in beiden nun noch bestehenden Organisationen sozialistischer Ärzte. Eine Arbeit des Verfassers darüber befindet sich in Vorbereitung.

4. Die Verbände der Krankenkassen: Ursprung und Funktion kollektiver Selbstverwaltung überregionaler Ebene

In der Krankenversicherung gingen die ersten Ansätze zur überregionalen, verbandsmäßigen Organisation von den Ortskrankenkassen aus. 1919 schilderte das Gründungsmitglied des „Centralverbandes von Ortskrankenkassen im Deutschen Reiche", Julius Fräßdorf[1], die ersten Anfänge folgendermaßen:

„Schon bald nach Einführung der obligatorischen Krankenversicherung erkannten die Kassenvorstände und vor allem die der Ortskrankenkassen, daß weder Form noch Inhalt der deutschen Krankenversicherung, wie sie durch Gesetz vorgesehen, den bescheidensten Ansprüchen genügten. Besserungen wurden alsbald, nicht nur auf dem Wege der Gesetzgebung und Rechtsprechung, sondern auch auf dem Wege der Belehrung sowie des Zusammenschlusses der Kräfte erstrebt. Mochte immer die deutsche Sozialgesetzgebung, einschließlich der obligatorischen Krankenversicherung, ein gewagtes Unternehmen sein, dem andere Staaten, bis in die Neuzeit, nicht zu folgen vermochten, so war sie doch erfüllt von großem Mißtrauen gegen die großen Volksteile, zu deren Gunsten sie gegeben wurde. Die Arbeiterklasse, deren politisch treibende Kräfte durch ein Ausnahmegesetz von 1878 bis 1890 in Fesseln geschlagen waren, sollte bekanntlich mit der damaligen Staats- und Gesellschaftsordnung mittels Sozialreform ausgesöhnt werden. Die Versicherung der Arbeiterschaft wurde dadurch ein Mittel zu politischem Zweck, der, wie bekannt, nicht erreicht wurde.

Wie es damals mit der Anwendung des gemeinen Rechts stand, soll hier außer Besprechung bleiben. Politischen Zwecken sollte aber auch die große Zersplitterung der Krankenversicherung dienen. Man wollte im Interesse der Staatsraison keine großen, leistungsfähigen Organisationen mit Selbstverwaltung schaffen und opferte den angeblichen Interessen der Beteiligten, zu denen bezeichnenderweise auch die Fabrikherrren gehörten, die Leistungsfähigkeit der Krankenkassen durch Zulassung von Betriebs-, Innungs- und Gemeindekrankenkassen. Dazu kam auch die Zulassung von besonderen Ortskrankenkassen, deren wir in manchen Orten – wie z.B. in Breslau – mehr als 50 zählten. Man wollte keine machtvollen Krankenkassen, keinen ‚Staat im Staate'.

Ein großer Teil der intelligenten Arbeiterschaft, der politisch treibende, war zu jener Zeit, vor und nach Einführung der obligatorischen Krankenversicherung, in freien, meist zentralisierten Hilfskassen versichert; er bekämpfte die Zwangsversicherung,

1 Julius Fräßdorf (1857–1932), Volksschulbesuch in Schlahen und Töpferlehre, 1877–80 Militärdienst, danach Ofensetzer, 1889 wegen Streikvergehen verurteilt, 1893 Vorstandsmitglied und Schriftführer der Dresdener Ortskrankenkasse, 1895 Vorsitzender ebenda. 1895–1901 und dann ab 1909 Mitglied der 2. sächsischen Ständekammer (Landtag), 1895 Mitglied des Ausschusses der LVA Sachsen, 1899 Vorstandsmitglied (ab 1919: Vorsitzender des Vorstandes), 1903–1907 SPD-Reichstagsabgeordneter, 1903–1923 Vorsitzender des Hauptverbandes Deutscher Krankenkassen (ab 1924: Ehrenvorsitzender), 1.–14. November 1918 kgl. Staatsminister (im Zuge der Novemberrevolution abgesetzt), 1920 Präsident des sächsischen Landtags, außerdem: Vorsitzender der Zentralen Kranken- und Sterbekasse der Töpfer, des Aufsichtsrats des Konsumvereins „Vorwärts" Dresden, des Arbeiter-Vertreter-Vereins in der Kreishauptmannschaft Dresden, 1919–1923 Vorsitzender der LVA Sachsen.

boykottierte sie und blieb ihr zunächst fern und fremd. Letzteres war freilich auch eine politische Gegenmaßregel, die wohl verständlich, aber später als nicht Erfolg bringend erkannt und aufgegeben wurde. Unter dem Ausnahmegesetz waren die Hilfskrankenkassen mit ihren Zahlabenden und Versammlungen vielerorts die einzigen Zirkel, in denen sich die um politische Gleichberechtigung und wirtschaftliche Besserstellung ringenden Arbeiter zusammenfinden konnten. Freilich war auch das vielfach nur unter polizeilicher Aufsicht möglich.

Als dann, Anfang der neunziger Jahre, durch allerlei Drangsalierungen und durch Abänderung des Hilfskassengesetzes den Hilfskassen als befreienden Kassen das Leben allzusehr erschwert wurde, ‚kam neuer gärender Most in die engen Schläuche'. Die Vorstände der Ortskrankenkassen und die Generalversammlungen wurden zwar nicht, wie fälschlich behauptet wurde, nun zu politischen Kampfböden, wohl aber zu Stätten, in denen, mit mehr oder minder Umsicht, auf Ausbau wie auf Zentralisation der Kassen gedrungen wurde; nicht minder wurden die Mängel des Gesetzes und der Satzungen unter scharfe Kritik genommen, desgleichen das herrische Verhalten der Aufsichtsbehörden. Daß vereinte Kraft stark macht, wurde auch bald von den Kassenvorständen einschließlich der Arbeitgebervertreter erkannt. Es wurden mehrfach zunächst Kassenverbände für die Bezirke der Landesversicherungsanstalten bzw. Regierungsbezirke gebildet, die Versammlungen zur Besprechung und Beratung gemeinsamer Interessen und Forderungen veranstalteten.

Als erste sind zu nennen: Sachsen, Badenser, Schleswig-Holsteiner, Hessen, Elsaß-Lothringer und die Thüringer. Es wird besseren Zeiten zu überlassen sein, die Tätigkeit dieser Verbände einmal zu besprechen und eingehend zu würdigen[2].

In den Tagungen dieser „Provinzialverbände" machte sich sehr bald das Verlangen auf Gründung einer zentralen Vereinigung für das ganze Reich geltend. Obwohl, wie wir noch sehen werden, letzten Endes die entscheidenden Schritte dazu von Wiesbaden ausgingen, erhoben doch die Leipziger Anspruch auf die Priorität dieses Strebens. Eine Erscheinung, die bei den Leipzigern von jeher und bis in die neuste Zeit hinein zu beobachten gewesen ist.

Doch die erste Tat war: Die freie Vereinigung von Krankenkassen im Regierungsbezirk Wiesbaden[3] berief für den 25. November 1894 eine ‚Constituierende Versammlung zwecks Gründung eines Centralverbandes von Krankenkassenvereinigungen im Deutschen Reiche' nach dem Hörsaale der Senckenbergschen Stiftung zu Frankfurt a. M. ...

Über die Gründung selbst war man sich, wie das Protokoll ergibt, bald einig, nicht aber darüber, ob der Verband nur Ortskrankenkassen oder auch andere umfassen sollte. Nach längerer Aussprache wurde beschlossen, den Verband nur für Ortskrankenkassen zu errichten und es den anderen Kassenarten zu überlassen, sich

2 Leider ist diese Hoffnung von Julius Fräßdorf bis heute nicht eingelöst und wird es wohl auch kaum noch werden. Vermutlich haben die Verbände im Bereich der Sozialverwaltung ein gebrochenes Verhältnis zu ihrer Tradition, die Historiker entdecken erst jüngst die Verbände.

3 vgl. Die Gründung einer Freien Vereinigung von Krankenkassen im Regierungsbezirk Wiesbaden, Die Arbeiterversorgung, 1894, 32.

eigene Verbände nebenher zu gründen. Zum Verbandsvorsitzenden wählte man bis zur nächstjährigen Versammlung Herrn Schnegelberger (Wiesbaden)[4].

Aus der ersten Satzung, die mit ihren 14 Paragraphen bald beraten und angenommen wurde, sei kurz folgendes hervorgehoben:

Der Zentralverband kann alle Vereinigungen umfassen, die sich über Landesteile, eventuell auch über eine Stadt erstrecken. Er fördert die gemeinsamen Angelegenheiten der Krankenkassen auf den ihnen gesetzlich zugewiesenen Gebieten. Der Sitz des Verbandes ist am Wohnort des Vorsitzenden. Mitglied kann jede Ortskrankenkasse werden. Alljährlich hat eine ordentliche Versammlung stattzufinden; außerordentliche nach Bedarf. In dringenden Fällen werden Rundschreiben erlassen. Zur Geschäftsführung ist ein Vorort auf drei Jahre zu wählen.

Der Zentralverband hat 31 Unterverbände (nach den Bezirken der Versicherungsanstalten) zu bilden. In den Versammlungen entsenden die Unterverbände bis 20 000 Mitglieder einen, bis 50 000 zwei und über 50 000 einen Delegierten mehr. Die Kosten der Abordnung tragen die Kassen bzw. Unterverbände. Das Verbandsorgan ist die Zeitschrift „Die Arbeiterversorgung"[5].

Daß der Zentralverband eine solche Entwicklung nehmen würde, wie er erfreulicherweise genommen hat, ließ die Gründungsversammlung mit ihrem teilweise recht naiven Einschlag nicht im entferntesten ahnen. Die Entwicklung zeigt am besten, daß die Gründung dem tatsächlichen Bedürfnis entsprach.

Aus den übrigen Beratungsgegenständen der Gründungsversammlung sei noch erwähnt, daß gefordert wurde: Volle Unfallfürsorge durch die Berufsgenossenschaften vom ersten Tage des Unfalls oder doch vom Beginn der siebenten Woche nach dem Unfall; Herabsetzung der jährlichen Rücklagen bei den Krankenkassen von 10 auf 5 Proz. der Beiträge. Wegen Unterschlagung der den Arbeitern abgezogenen Beiträge sollten Arbeitgeber unbedingt wegen Betrugs oder Unterschlagung bestraft werden. Rückständige Beiträge sollen im Konkursfalle Vorzugsrechte genießen. Ergreifung von Maßnahmen zur Einführung praktischer und billiger Verschreibweise.

---

4 Carl Schnegelberger (1854–1900), Buchdrucker, 1883 gründet er in Wiesbaden mit zwei Teilhabern eine Buchdruckerei (Druck der „Wiesbadener Zeitung") und den Verlag der „Mainzer Nachrichten"), 1884/85 Alleininhaber des Verlags und Redakteur der „Wiesbadener Zeitung", 1888/89 Redakteur und Verleger des „Wiesbadener Intelligenzblatt" sowie der „Hotel- und Fremdenzeitung", 1893–1900 Vorsitzender der „Gemeinsamen Ortskrankenkasse zu Wiesbaden", seit 1897 als Verlagsbuchhändler Herausgeber verschiedener hessischer Adressbücher und weiterer Hotel- und Fremdenzeitungen.

5 Sie war es bis 1913, außerdem (1903–1913) die „Volkstümliche Zeitschrift für praktische Arbeiterversicherung" und (von 1908–1912) die „Deutsche-Krankenkassen-Zeitung". Letztere war wohl – unter dem Einfluß der Berliner Zentralkommission (?), vgl. S. 103 – das kämpferischste Organ. Für die Verbandszeitschriften trifft folgendes zu: „Es gibt Bücher, die lehrreicher werden, wenn sie älter geworden sind, nicht weil sie sich durchs Liegen besserten, wie die Winterbirnen, sondern weil ihr Inhalt, welcher ursprünglich bekannte Tatsachen des damals gegenwärtigen Lebens aussprach, einer späteren Generation Fremdartiges, ja Neues bietet, als Urkunde für den Geist einer vergangenen Zeit ... zum Vergleichen und Nachdenken reizt" *(Riehl, Wilhelm Heinrich:* Die bürgerliche Gesellschaft, 6. Aufl. Stuttgart 1866, V). Die üblicherweise benutzten Lehrbücher und Kommentare sind aufgrund der üblichen juristischen Reduktionsmechanismen demgegenüber vergleichsweise „steril".

... Zum Schlusse der Versammlung bestimmte man Leipzig als nächsten Versammlungsort und wünschte dem begonnenen Werke Wachsen und Gedeihen. Ein Wunsch, der wie selten einer in Erfüllung gegangen ist!

Zunächst freilich wurden dem Verbande keine rosigen Tage beschieden. Nicht alle der wenigen Unterverbände traten dem Zentralverband bei – so auch der sächsische; dazu wälzten die Aufsichtsbehörden und nicht zuletzt das preußische Handelsministerium dem Verbande große Steine in den Weg. Waren doch Ausgaben zu Verbandsversammlungen nötig, aber im Gesetz nicht vorgesehen! Welch schöne Gelegenheit war damit gegeben, den sich regenden Selbstverwaltungskräften die Macht der Bureaukratie handgreiflich vor Augen zu führen! Durch die Verbandsversammlungen lief jahrzehntelang wie ein roter Faden die Klage über behördliche Erschwernisse bei Beschickungen der Jahresversammlungen. Das Petitionieren bei Staats- und Reichsbehörden wie beim Reichstag hatte meist keinen Erfolg; wurde doch die Bürokratie von rückständigen Politikern geschützt und belobt, die jede selbständige Regung – auch der Krankenkassenverwaltungen – dauernd unter ihren Füßen halten wollten. Das fand seinen Ausdruck auch wiederholt im Reichstag, wo die Westarp[6] und Genossen sich überboten. Mit der Zeit fanden die Kassenvorstände aber doch Wege, um ihr Ziel zu erreichen und ihren Verband auszubauen; sie taten es vielfach auf eigene Kosten! Die Reichs- und Landesbehörden, die immer Zeit fanden, bei allerlei obskuren Veranstaltungen Vertreter zu entsenden, erwiderten jahrelang auf die Einladungen des Zentralverbandes fast regelmäßig, „daß es die Geschäftslage leider nicht gestatte, einen Vertreter zu entsenden[7]".

Bei den Gemeindebehörden fand der Zentralverband, das sei gern betont, weit mehr Verständnis für seine Ziele und Tätigkeiten, als bei den Staats- und Reichsbehörden. Die Willkommen, die dem Verband an Tagungsorten geboten wurden, waren meist ehrlich und herzlich.

Die zweite Jahresversammlung wurde im September 1895 in Leipzig abgehalten; der Leipziger Kassenvorsitzende, Herr Stadtrat Dr. Schwabe[8], ein liberaler, mit warmen Empfinden für die Nöte der Zeit und des Volkes ausgestatteter Herr, wurde Vorsitzender des Verbandes und damit Leipzig auf längere Jahre Vorort. Im Jahre 1903 ging der Vorsitz dann auf den Verfasser dieses Berichtes über, und Dresden kam an die Spitze des Verbandes[8a]. Die Jahresversammlungen fanden bis zum Kriege alljährlich in verschiedenen Orten statt. Es wurden dabei manch schöne Einrichtungen von Städten und Kassen gesehen und vieles gelernt zum Nutzen der Gesamtheit.

---

6 Kuno Friedrich Viktor Graf von Westarp (1864–1945), Jurist, Studium in Tübingen, Breslau, Leipzig u. Berlin, 1886 Gerichtsreferendar, 1891 Reg. Ass. in Bomst (Grenzmark Posen-Westpreußen), 1893 Landrat in Bomst, 1900 Landrat für den Kreis Randow (Stettin), 1903 Polizeidirektor in Schöneberg, 1904 Polizeipräsident dort, 1908–1920 preuß. Oberverwaltungsgerichtsrat, Reichstagsabgeordneter: 1908–1918 Konservative Partei, 1920–1929 DNVP, nach Bruch mit Hugenberg: 1930–32 Konservative Volkspartei, 1926–1928 Parteivorsitzender der DNVP.

7 Die Frage wurde schließlich durch die Gerichte zugunsten der Verbände entschieden, vgl. Urteil des KV Berlin vom 12. Dezember 1907, Deutsche Krankenkassen-Zeitung 1908, 25 und Sächsisches Oberverwaltungsgericht, Urteil vom 4. Januar 1908, Deutsche Krankenkassen-Zeitung 1908, 57.

8 Vgl. Anm. 29 S. 74

8a Geschäftsführer wurde von 1903 – 1914 Gustav Hesse, ihm folgte Helmut Lehmann (vgl. Anm. 16 S. 90).

Theodor Lohmann

Carl Schnegelberger

Willmar Schwabe

Julius Fräßdorf

... Aus den vielen Beratungsgegenständen der Jahresversammlungen, die zum Teil wiederholt behandelt wurden, seien nur folgende hervorgehoben:

Abänderung des Krankenversicherungsgesetzes nach den verschiedensten Richtungen;

Abänderung der Unfall- und Invalidenversicherung zugunsten der Versicherten;

Schaffung einer einheitlichen Krankenstatistik;

Krankenkassen und Seuchenbekämpfung;

Krankenkassen und Fürsorge für Mutter und Kind;

Krankenkasse und Wohnungsbeschaffung und Pflege;

Krankenkassen und Arbeitsnachweis;

Krankheit, Volksernährung und Zollpolitik;

Errichtung von Beratungsstellen, Genesungsheimen, Walderholungsstätten, Zahnkliniken, Badeanstalten usw. durch Kassen oder Kassenverbände;

Krankenaufsicht, Krankenfürsorge für verzogene Mitglieder;

Einführung von Mehrleistungen, insbesondere der Familienhilfe.

Man sieht schon hieraus, daß der Verband eine Sozialpolitik im fortgeschrittenen Sinne betrieb und daß der kassenfiskalische Standpunkt dabei keinen Boden fand[9].

Daß die Arztfrage seit seiner Gründungsversammlung den Verband beschäftigte, ist nur zu begreiflich. Hierbei wurde immer der Grundsatz vertreten, daß es Sache jeder einzelnen Kasse sein müsse, das Arztsystem – wie es geboten ist – zu bestimmen, daß weder der Kassenverband, noch die Ärzteschaft, noch die Behörden den Kassen ein bestimmtes System aufzwingen dürfen. Für eine gute, angemessene Honorierung der Ärzte wurde immer eingetreten; daß dies nicht allenthalben den Ärztevereinigungen genügte, ist begreiflich. Wo Ärzte von Kassen voll beschäftigt werden, ist und kann die Honorierung immer gut sein, wo die ärztliche Tätigkeit künstlich zersplittert wird, muß sie freilich oft im einzelnen ungenügend entlohnt erscheinen. Die Apothekerfrage spielte wie die Angestelltenfrage auf den Tagungen eine wichtige Rolle; doch darüber wird von anderer Seite berichtet.

Aus den Reihen bekannter Wissenschaftler, Ärzte und Sozialpolitiker stellten sich viele in dankenswerter Weise als Berichterstatter zur Verfügung. Aber auch aus den eigenen Reihen traten Männer mit reicher Erfahrung als Ratgeber zu praktischer Arbeit auf. Diesen allen – ohne Anführung ihrer Namen – sei an dieser Stelle bestens gedankt.

Mit der Entwicklung des Verbandes und mit seiner segensreichen Tätigkeit verschaffte er sich auch die gebührende Achtung und Einfluß in Kreisen, die ihn nie liebten. Von den Reichs- und Staatsbehörden wurde der Verbandsvorstand in steigendem Maße bei wichtigen Dingen mündlich wie schriftlich zu Rate gezogen. Die

9 vgl. die Protokolle der Jahresversammlungen (bzw. Ortskrankenkassentage) und die ausführlichen Mitteilungen in der „Arbeiterversorgung" (1899 und 1900 Protokolle als Beilage), außerdem: *Gräf, Eduard:* Vor 17 Jahren, Deutsche Krankenkassen Zeitung 1913, 265; Die Verbände der Ortskrankenkassen, Entwicklung, Organisation, Arbeit. Die Ortskrankenkasse 1960, 236 und: Die geschichtliche Entwicklung und Bedeutung der Krankenkassentage, Selbstverwaltung der Ortskrankenkassen 1955, 113.

Gesetzgebung und die Rechtsprechung in dieser Weise im Interesse der Allgemeinheit zu beeinflussen, hielt der Vorstand immer für eine wichtige Aufgabe. Bei Fragen, die alle Kassen gleich interessierten, fanden zwischen den Verbänden aller Kassenarten Beratungen statt. Die Arztfrage ist dabei die wichtigste.

... Um zwischen den Verbandskassen eine dauernde Verständigung herbeizuführen und auch Bekanntmachungen erlassen zu können, mußte der Verband Blätter bestimmen, die diesen Zwecken dienstbar sein wollten. Das erste Verbandsorgan war, wie schon erwähnt, „Die Arbeiterversorgung", ihm folgte „Die volkstümliche Zeitschrift" und die „Deutsche Krankenkassenzeitung". Besonders die letztere hat dem Verbande große Dienste geleistet, bis er stark genug war, sich ein eigenes Organ – „Die Ortskrankenkasse" – zu schaffen[10].

Das Verhältnis zwischen Arbeitgeber- und Arbeitnehmervertretern war im Verbande immer ein sehr gutes. Man hielt politische Fragen von den Beratungen fern, und eine bekannte Erscheinung ist, daß die Scharfmacher von links wie von rechts keinen Geschmack an sozialpolitischen Dingen und Arbeiten finden und mit ihren großen Geistesgaben lieber ‚aufs Ganze' gehen. Das war ein Gewinn für den Verband und die ganze Krankenversicherung. Als vor Erlaß der Reichsversicherungsordnung der Staatssekretär von Bethmann-Hollweg in Berlin die Kassenvertreter hörte, bekam er von der Einhelligkeit der Gedankengänge bei Arbeitgeber- und Arbeitnehmervertreter den Nachweis, daß die Westarp und Mugdan[11] über die Zustände in den Krankenkassen und ihren Verbänden mehr als geflunkert hatten. Das fand seinen Ausdruck in den Worten: „Das Ergebnis ist ein ganz anderes, als ich erwartete." Wenn trotzdem in der Reichsversicherungsordnung die doppelten Mehrheiten bei der Wahl des Kassenvorsitzenden und der Angestellten vorgesehen wurden, so hat auch diese politische Finesse nicht vermocht, die Arbeitgeber und Arbeitnehmer in den Verbandskassen gegeneinander zu bringen. Das gute Ziel ließ immer wieder gemeinsame Wege finden!

So erfreulich die zahlenmäßige Entwicklung auch war, so wurde diese doch weit übertroffen von der inneren Entwicklung. Eine gute Organisation darf nie Selbstzweck sein; sie muß Mittel zum Zweck sein. Bei seiner Gründung wurde dem Verbande die Aufgabe zu teil: Die gemeinsamen Interessen der Krankenkassen auf ihrem gesetzlich zugewiesenen Gebiete zu fördern. Diese Aufgabe hat unseres Erachtens der Verband nach Kräften gelöst. Er darf sich aber ohne Überhebung rühmen, weit mehr als seine Pflicht getan zu haben. Seine Anregungen und Belehrungen in Wort und Schrift sind bei den Kassenvorständen auf guten Boden gefallen. Die Vorstände der Verbandskassen taten, den Anregungen folgend, gleichfalls mehr als ihre Pflicht, und die Kassen leisteten in der verschiedensten Form mehr als die Mindest- bzw. Regelleistung. Dafür danken wir an dieser Stelle allen unseren

10 vgl. *Taprogge, Karl:* Zur Geschichte der „Ortskrankenkasse", Die Ortskrankenkasse 1968, 374.

11 Otto Mugdan (1862–1925), Arzt, Studium in Erlangen, 1885 Approbation in Berlin, ab 1892 Mitglied der Ärztekammer für die Provinz Brandenburg und den Stadtkreis Berlin, um 1914 Übertritt vom Judentum zum Protestantismus, 1903–1912 Reichstagsabgeordneter der Deutschen Freisinnigen Volkspartei, 1905 Sanitätsrat, 1912–1918 Mitglied des preußischen Abgeordnetenhauses, 1905–1925 Mitglied des Geschäftsausschusses des Deutschen Ärztevereinsbundes, Mitglied des Aufsichtsrates des Hartmannbundes. Verfasser verschiedener Schriften zu ärztlichen Standesfragen, galt als „Mann ohne Formen" und übte etwa seit 1906 keine Praxis mehr aus.

braven Mitarbeitern in Stadt und Land. Wenn all deren uneigennützige Arbeit bewertet werden könnte, würde die Öffentlichkeit staunen, was auf dem Wege der Selbstverwaltung zu erreichen ist, wenn sie vom rechten Geiste getragen. ...[12]"

Zu dem Bericht ist noch nachzutragen, daß Julius Fräßdorf, „als er im Jahre 1903 zur Leitung des Hauptverbandes berufen wurde, kein unbeschriebenes Blatt mehr (war). Er hatte bewiesen, daß er überall ohne Rücksicht auf seine Person mit unbeugsamem Mute als energischer Sachwalter der ihm anvertrauten Interessen seinen Mann stand[13]". So ein Kämpe war nötig in den Auseinandersetzungen mit dem Leipziger Verband, der sich bald auf ihn und später den „Verband zur Wahrung der Interessen der deutschen Betriebskrankenkassen", vor allem Otto Heinemann[14] und Konrad Wandel[15], „einschoß" („Information über den Gegner", Otto Heinemann wurde als „Sklavenhalter der Ärzte mit der Nilpferdpeitsche" bezeichnet). Diese Auseinandersetzungen bedingten auch, daß Julius Fräßdorf bis 1923 an der Spitze des Verbandes blieb. Allerdings war schon 1914 eine bedeutsame Änderung eingetreten: Helmut Lehmann[16] wurde zum ersten hauptamtlichen Verbandssekre-

---

12 25 Jahre Hauptverband deutscher Ortskrankenkassen. Aus dem Organisationsleben der deutschen Ortskrankenkassen, Dresden 1919, 3 ff.

13 Nachruf, Die Ortskrankenkasse 1932, 341.

14 Otto Heinemann (1864–1944), Volksschulbesuch, 1878–1881 Steuerkassengehilfe, 1881–1885 Güterexpediteur, 1885–1887 Militärdienst, 1887–1892 Sparkassenrendant in Eschwege, 1892–1900 Spar- und Stadtkassenkontrolleur in Schwelm, 1900 Eintritt in die Fa. Krupp, Essen, Assistent des Büros für Arbeiterangelegenheiten, 1910 Bürovorsteher, zuständig für Unterstützungswesen, Lebensversicherung, Statistik, Spareinrichtungen, Kanzlei, Betriebskrankenkasse und Arbeiterpensionskasse, 1913–1931 Leiter des Büros für Arbeiterangelegenheiten (ab 1923 Prokurist), 1905–1918 Stadtverordneter in Essen („Nationaler Verein für den Wahlkreis Essen"), 1904 Geschäftsführer des Verbandes rheinisch-westfälischer Betriebskrankenkassen, 1907 (mit Hermann Halbach) Geschäftsführer des Verbandes zur Wahrung der Interessen der deutschen Betriebskrankenkassen, 1917–1935 geschäftsführendes Vorstandsmitglied.

15 Konrad Wandel (1860–1930), 1879–1882 Studium der Rechts- und Staatswissenschaften in Berlin und Tübingen, 1882–1887 Staatsdienst, 1888–1926 bei Firma Krupp, Essen: 1898 Prokura, 1906 Justizrat, 1909 stellv. Mitglied des Direktoriums, 1888 Vorstandsmitglied der Sektion I der Hütten- und Walzwerk BG, 1894 Mitglied des Genossenschaftsvorstandes, 1910 Vorsitzender beider Organe, 1915–1926 stellvertretender Vorsitzender des Verbandes der deutschen Berufsgenossenschaften.

16 Helmut Lehmann (1882–1959), Volks- und Mittelschulbesuch in Strasburg/Uckermark und Berlin, 1897–1899 Zimmermannslehre (nach Unfall abgebrochen) in Schöneiche, 1900–1903 Rechtsanwaltsgehilfe, Krankenkassen- und Gewerkschaftsangestellter, 1900 Beitritt zum freigewerkschaftlichen „Zentralverband der Büroangestellten", 1903 SPD-Mitglied, 1903–1907 Abteilungsleiter einer Berliner OKK, 1904 Mitbegründer und Vorsitzender des Vereins der Lehrlinge und jugendlichen Arbeiter Berlins, 1905 Redakteur und Verleger des Vereinsorgans „Die Arbeitende Jugend" (vgl. darüber seine Ausführungen: Wie die Arbeiterjugendbewegung entstand, in: Deutschlands junge Garde, Bd. 1, Berlin 1959) 1905–1913 Redakteur des „Bureauangestellten" und der „Volkstümlichen Zeitschrift für praktische Arbeiterversicherung", 1907–1914 als Sekretär des „Verbandes der Büroangestellten" hauptamtlicher Gewerkschaftsfunktionär, 1914–1924 hauptamtlicher Sekretär des „Hauptverbandes" in Dresden, 1918–1925 Gemeindevertreter in Cossebaude, Kreisrat von Dresden-Land sowie Vorsitzender des Verbandes der Bezirksräte von Sachsen, 1921–1933 Mitglied des Beirates des Zentralverbandes der Angestellten, 1924–1933 geschäftsführender Vorsitzender des „Hauptverbandes", 1933 amtsenthoben und von März bis Mai inhaftiert, soll danach eine Widerstandsgruppe von Sozialdemokra-

tär des damals rund 5 Millionen Versicherte umfassenden Verbandes gewählt, zuvor war die Geschäftsführung von der AOK Dresden nebenamtlich besorgt worden.

Über die Anfänge des fast ebenso bedeutsamen Betriebskrankenkassenverbandes und seine sozialpolitische Wirksamkeit liegt folgende Schilderung[17] von Otto Heinemann vor:

„Um die Jahrhundertwende bestand nur ein Verband von Krankenkassen der reichsgesetzlichen Krankenversicherung, nämlich der Hauptverband der Ortskrankenkassen, in dem die unter sozialdemokratischem Einflusse stehenden Ortskrankenkassen zusammengeschlossen waren. Diese Kassen, wie ihr Verband, waren eine starke Stütze der sozialistischen Partei. Sie bekämpften die Berufskrankenkassen, Betriebs-, Innungs- und Landkrankenkassen und erstrebten bezirkliche Einheitskassen. Insbesondere wurden die unter Leitung der Unternehmer stehenden Betriebskrankenkassen bekämpft. Mangels einer Organisation der übrigen Kassenarten kamen bei den Versicherungsbehörden vornehmlich nur die Auffassungen und Wünsche des genannten Ortskrankenkassenverbandes über die Krankenversicherung und ihre Einrichtungen zu Gehör. Ich machte die zuständige Kruppsche Direktorialabteilung hierauf aufmerksam und regte an, einen Verband der Betriebskrankenkassen ins Leben zu rufen, der in der Öffentlichkeit und bei den Behörden die Belange der Betriebskrankenkassen zur Geltung zu bringen habe. Auf dem Umwege über die Hütten- und Walzwerksberufsgenossenschaft geschah dies schließlich. Die Essener Handelskammer erließ zu dem Zwecke die Einladungen an die Vorsitzenden der Betriebskrankenkassen im Bereiche der genannten Berufsgenossenschaft zu einer Sitzung, in der die Gründung eines Verbandes rheinisch-westfälischer Betriebskrankenkassen beschlossen und ein Vorstand gewählt wurde. Die Geschäftsführung desselben wurde mir übertragen, beim B.f.A.[18] eine Geschäfts-

---

ten und Gewerkschaftern geleitet haben. 1935 verhaftet und im „Krankenkassenprozeß" freigesprochen, nach dem 20. Juli 1944 bot er Carl Goerdeler Zuflucht (im Rahmen der Pläne der Widerstandsgruppe soll er als Reichsarbeitsminister vorgesehen gewesen sein) und wurde dafür im August vom „Volksgerichtshof" wegen „versuchten Hochverrats" zu 1 Jahr Gefängnis verurteilt und in Tegel inhaftiert, Mai 1945 Leiter des Bezirkswirtschaftsamtes in Berlin-Wedding. Juli 1945 stellvertretender Leiter der Versicherungsanstalt Berlin, danach bis September Aufbau der Zentralverwaltung für Arbeit und Sozialfürsorge, August 1945–1950 deren Vizepräsident, danach Vorsitzender des Zentralvorstandes der Sozialversicherung. 1945 bereitete Lehmann die Vereinigung von SPD und KPD maßgeblich mit vor, arbeitete mit am Entwurf der Grundsätze und Ziele und des Parteistatuts der SED, 1946–1958 Mitglied des Parteivorstandes bzw. ZK der SED, Delegierter aller Parteitage und -konferenzen, Präsident der Volkssolidarität, 1946–1949 Mitglied des thüringischen Landtags, 1946–1950 Mitglied des Zentralsekretariats der SED, 1949/1950 Mitglied des Politbüros, 1949–1958 Volkskammerabgeordneter, seit 1954 stellvertretender Vorsitzender des Ausschusses für Sozialpolitik; Verfasser zahlreicher Bücher und Aufsätze zur Krankenversicherung (u.a. ist er – mit Fritz Okraß? – der eigentliche Verfasser des Werkes: Geisthardt, Bruno und Otto Pfeiffer: Recht der Krankenversicherung, Heft 1–5, Berlin 1936/39).

17 *Heinemann, Otto:* Aus meinem Leben meiner Zeit, Manuskript, S. 87 ff. (seinerzeit im Besitz von Bundespräsident Dr. Dr. Gustav Heinemann, Essen, der es mir für diese Untersuchung freundlicherweise zur Verfügung stellte), eine gekürzte Fassung wurde unter dem Titel „Kronenorden vierter Klasse. Das Leben des Prokuristen Heinemann (1864–1944)" veröffentlicht (Düsseldorf und Wien 1969). Hier und im folgenden wird nur nach dem Originalmanuskript zitiert.

18 Büro für Arbeiterangelegenheiten

stelle eingerichtet, ein Geschäftsführer angestellt und die Werbung im Bezirk energisch und mit dem Erfolg aufgenommen, daß am Schluß des Gründungsjahres 1904 dem Verbande 111 Kassen angehörten, Ende 1907 419 Kassen, darunter 19 Knappschaftskassen und 7 örtliche Vereinigungen von Betriebskrankenkassen mit zusammen 620 000 Versicherten. Mit den örtlichen Apothekervereinen wurden Handverkaufslisten vereinbart, mit Krankenhäusern und Ärzten Verträge abgeschlossen, Anträge für die jedes Jahr neu herauskommende Reichsarzneitaxe an das Reichsgesundheitsamt gestellt und bei den Verhandlungen darüber mit den Apothekern und der pharmazeutischen Großindustrie vertreten.

Im Jahre 1900 hatten die Ärzte den sogenannten Leipziger Verband mit dem Sitze in Leipzig gegründet, der von den Kassen überall die Einführung der freien Arztwahl, die Bezahlung nach Einzelleistungen und den Abschluß kollektiver Verträge mit den örtlichen Vereinigungen seines Verbandes forderte. Dieser Verband verbreitete bei Behörden und im Lande unrichtige Nachrichten über die Höhe der Bezahlung der Ärzte durch die Kassen. Von einzelnen größeren Ortskrankenkassen sind gewiß die Kassenärzte nicht gut oder angemessen behandelt worden, im ganzen gesehen, arbeitete aber der Leipziger Verband mit groben Übertreibungen und Verallgemeinerungen. Der Betriebskrankenkassenverband richtete daher 1906 eine größere Denkschrift an den Reichstag, meine erste größere Arbeit für den Verband, mit der Bitte um Schutz gegen das gewalttätige Vorgehen des Ärzteverbandes unter Einfügung einer Statistik über das Einkommen der Ärzte bei den Betriebskrankenkassen in den größeren Städten des Industriegebietes. Diese Eingabe hat sehr aufklärend gewirkt.

Im Jahre 1907 trat anstelle des ausgeschiedenen Geschäftsführers Herr Dr. Halbach[19] beim Verbande ein; die Geschäftsstelle wurde in das Verwaltungsgebäude der Hütten- und Walzwerksberufsgenossenschaft verlegt. Es erfolgte eine Teilung in der Leitung der Geschäfte in der Weise, daß Dr. Halbach den Innendienst, ich den Außendienst übernahm, wodurch ich alsbald viel im Lande herumkam, insbesondere häufiger in Berlin zu tun hatte. Meine Tätigkeit war und blieb auch nach Ausdehnung des Verbandes und Gründung des Reichsverbandes der Betriebskrankenkassen immer eine nebenamtliche. Ein Hauptbindemittel und die Anziehungskraft des rheinisch-westfälischen Verbandes waren die halbjährlichen Versammlungen der Geschäftsführer der ihm angeschlossenen Kassen im Frühjahr und Herbst in Düsseldorf und Hagen, an denen etwa 500 Geschäftsführer teilnahmen. Nach voraufgegangenen Vorträgen der Verbandsgeschäftsleitung erfolgte eine lebhafte Aussprache und Auskunfterteilung auf Grund mündlicher Anfragen.

Anfangs des Jahres 1907 wurde amtlich mitgeteilt, daß eine umfassende Reform der Arbeiterversicherung in naher Aussicht stehe. Bald darauf erklärte die Reichsregierung im Reichstage, daß eine Verschmelzung der einzelnen Versicherungszweige vorläufig nicht beabsichtigt sei, daß jedoch die Krankenversicherung neu organisiert, auch die Arzt- und Apothekerfrage geregelt werden sollten[20]. Dies gab

19 Hermann Halbach (1882–1949), Studium der Nationalökonomie und Rechtswissenschaft in Münster, Promotion zum Dr. rer. pol., 1906–1946 Geschäftsführer der erwähnten Betriebskrankenkassenverbände und Redakteur der „Betriebskrankenkasse", 1919–1945 Hauptgeschäftsführer der Hütten- und Walzwerkgenossenschaft.

20 vgl. die Rede von Bethmann-Hollwegs, Sten. Ber. Bd. 229, S. 1956 ff.

die letzte Veranlassung, die Betriebskrankenkassen im ganzen Reiche zusammenzuschließen. In einer vorbereitenden Versammlung in Eisenach am 29. Juni desselben Jahres wurde die Gründung eines Verbandes der deutschen Betriebskrankenkassen beschlossen und am 29. Oktober in Berlin unter dem Namen ‚Verband zur Wahrung der Interessen der deutschen Betriebskrankenkassen', Sitz Essen, durchgeführt[21]. Die Geschäftsführung wurde mit der des rheinisch-westfälischen Verbandes vereinigt. Die Geschäftsführung übernahmen Dr. Halbach und ich mit denselben Funktionen wie im Mutterverbande. Vorsitzender des Verbandes wurde Finanzrat Klüpfel[22], Essen (Krupp), der dies Amt auch im rheinisch-westfälischen Unterverband inne hatte. Im Reiche wurden nach Provinzen, Ländern oder Wirtschaftsgebieten überall Unterverbände mit eigenen Geschäftsstellen errichtet. Die Verbände waren zunächst Arbeitgeberverbände. Später wurden die Versicherten zur Mitwirkung herangezogen, schließlich mit gleichem Stimmrecht. Der Hauptverband stand den Unterverbänden und auch den einzelnen Kassen bei dem Abschluß von Verträgen mit Ärzten, Apothekern, Krankenhäusern mitwirkend zur Seite, erteilte Auskunft und Rat in allen Fragen der Kassengeschäftsführung und der Krankenversicherung überhaupt, brachte die Auffassungen und Wünsche der Betriebskrankenkassen den Versicherungsbehörden, dem Gesetzgeber und einzelnen Reichstagsabgeordneten in geeigneter Weise zur Kenntnis, förderte insbesondere den Ausbau der Krankenversicherung, wie der gesundheitlichen Fürsorge der Versicherten und ihrer Angehörigen. Daneben wurde eine Rezeptprüfungsstelle beim Verbande errichtet.

Zur wirksameren Vertretung der Interessen der Betriebskrankenkassen und zur Festigung der Beziehungen des Verbandes zu den Mitgliedern wurde nach einer Gastrolle im ‚Kompaß', dem Organ der Knappschaftsberufsgenossenschaften[23], zum 1. Januar 1908 eine eigene Zeitschrift ‚Die Betriebskrankenkasse' gegründet. Schriftleiter wurde Dr. Halbach. Sie erscheint am 10. und 25. eines jeden Monats. Die Zeitschrift hat die Interessen der Betriebskrankenkassen sehr wirksam vertreten und die Öffentlichkeit über Wesen und Bedeutung dieser Kassenart in jeder Weise aufgeklärt und die gesetzliche Krankenversicherung gefördert. Die Zentralisationsbestrebungen und die bezirklichen Einheitskassen wurden nachdrücklichst bekämpft. Die Zeitschrift hat die praktische Tätigkeit der Betriebskrankenkassen erleichtert und ist ein Bindeglied und Mittler zwischen dem Verband und seinen Mitgliedern.

Seit Gründung des sogenannten Leipziger Ärzteverbandes um die Jahrhundert-

---

21 vgl. Die Gründung des Verbandes Deutscher Betriebskrankenkassen, Der Kompaß 1907, 255, Die Errichtung des deutschen Verbandes der Betriebskrankenkassen, Der Kompaß 1907, 421.

22 Ludwig Klüpfel (1843–1915), Jurist, Justitiar in der Württembergischen Eisenbahnverwaltung, 1876 Eintritt in die Fa. Friedrich Krupp als Assistent der Abt. „Allgemeine Verwaltung und Justiziariat", 1881 Prokura, 1888 Mitglied des Direktoriums (Dezernent für Arbeiterangelegenheiten), Vorsitzender der gesetzlichen und freiwilligen Wohlfahrtseinrichtungen der Fa. Krupp, Vorsitzender des Ausschusses der LVA Rheinprovinz, der Rheinisch-Westfälischen Hütten- und Walzwerk BG, 1910–1915 Mitglied des Aufsichtsrates der Fa. Friedrich Krupp, seine Tochter Johanna heiratete 1904 Hugo Schäffer (1875–1945), der von 1924–1943 Präsident des Reichsversicherungsamtes und des Reichsversorgungsgerichts war).

23 vgl. Die Notwendigkeit des Zusammenlebens von Betriebskrankenkassen, Der Kompaß 1907, 7 (8).

wende war die Ärztefrage eine Sorge der Krankenkassen. Dieser Verband versuchte mit allen Mitteln, den Kassen den allgemeinen Arztzwang, d. h. die Zulassung aller Ärzte zur Kassenpraxis aufzuerlegen. Der Kampf der Ärzte ging unter dem Schlagwort: Befreiung der Ärzte von dem Joch sozialdemokratischer Kassenvorstände!

Die Krankenkassen bevorzugen das System der beschränkt freien Arztwahl, eine Art Familienarztsystem, wobei den Versicherten die Wahl unter den in jeder Beziehung in ausreichender Wahl zugelassenen Ärzten zusteht. Die freie Arztwahl bedeutete für die auf Kassenpraxis angewiesenen Ärzte den Koalitionszwang, indem nur Verbandsärzte zur Kassenpraxis zugelassen werden sollten. Für seine Kassentätigkeit soll der Kassenarzt nur seiner Organisation verantwortlich sein, obgleich er in weitem Maße über die Kassenmittel verfügt. Der Kassenarzt muß in einem Vertrauensverhältnis zur Kasse stehen, denn die Kassenärzte verfügen über 95 v. H. der Kassenausgaben. Sie können daher nicht von ihrer Verantwortlichkeit für ihre Tätigkeit gegenüber den Kassen losgelöst werden. Es kann nicht verlangt werden, daß die Kasse jeden Arzt, der darauf Anspruch erhebt, zur Kassenpraxis zuläßt. Freie Arztwahl im Sinne des Ärzteverbandes bedeutet die völlige Freiheit der Kassenpatienten, den Arzt fortgesetzt zu wechseln und die Ärzte zu bevorzugen, die ihnen am willfährigsten sind. Die Kassen sind keine Versorgungsanstalten für Ärzte. Es bestehen jedoch keine Bedenken, bei der Auswahl der Ärzte behufs Zulassung zur Kassenpraxis Ärztevertreter und Unparteiische mitwirken und die Kasse nicht allein darüber bestimmen zu lassen.

Im Interesse der Krankenversicherung war es geboten darzutun, wie es in Wirklichkeit um die Verhältnisse zwischen Kassen und Ärzten stand. Es mußte gezeigt werden, was bei dem Verlangen des Ärzteverbandes für die Kassen und die Krankenversicherung auf dem Spiele stand. Der Ärzteverband arbeitete ganz nach gewerkschaftlichem Muster mit Streik und Boykott sowie persönlicher Verunglimpfung. Die Abwehr der Bestrebungen des Ärzteverbandes konnten die Betriebskrankenkassen auf keinen Fall dem Ortskrankenkassenverbande allein überlassen. Dies führte in der Arztfrage zu einer Zusammenarbeit mit dem letzteren, dessen damaliger Vorsitzender, der Reichstagsabgeordnete Fräßdorf, Dresden, ein sehr verständiger und gemäßigter Mann, war. Es machte sich wie von selbst, daß der Betriebskrankenkassenverband, dessen Exponent in der Arztfrage ich war, auf der Kassenseite der Rufer im Streit wurde. Der Betriebskrankenkassenverband ist dem Ärzteverband in der Öffentlichkeit in Wort und Schrift energisch entgegengetreten.

1910 wurde von der Reichsregierung ein vorläufiger Entwurf der Reichsversicherungsordnung dem Reichstage und der Öffentlichkeit mit eingehender Begründung unterbreitet. Als Ausfluß des früheren, auf die Zentralisation hinwirkenden Geistes der Reformbestrebungen war eine starke Beschränkung der Betriebskrankenkassen vorgesehen. U. a. sollte die Mindestmitgliederzahl bei diesen Kassen 250 betragen. Gegen diese Beschränkung wandte sich der Verband mit Nachdruck und legte zahlreiche Abänderungsvorschläge der Reichsregierung und dem Reichstage vor. Bei der großen Bedeutung, die die Neuordnung der Reichsversicherung für die Allgemeinheit und die Wirtschaft im besonderen hatte, bildete der Zentralverband deutscher Industrieller [24] einen besonderen Ausschuß zur

24 vgl. über diesen: *Kaelble, Hartmut:* Industrielle Interessenpolitik in der Wilhelminischen Gesellschaft, Centralverband Deutscher Industrieller 1895–1914, Berlin 1967, *Stegmann, Dirk:* Die Erben Bismarcks, Köln 1970.

Vertretung seiner Auffassungen und Interessen, dem führende Männer in Industrie, Bergbau und Handel angehörten, u. a. Carl Friedrich von Siemens[25], Berlin, Direktor Mosler[26] von der Deutschen und der Diskontobank, Berlin, ferner Justizrat Milde[27] von der Oberschlesischen Knappschaft, Regierungsrat Dr. Schweighoffer[28] vom Zentralverband deutscher Industrieller. Ich war gewissermaßen als Vertreter von Krupp und des Betriebskrankenkassenverbandes Mitglied dieses Ausschusses. Justizrat Milde und ich wurden dazu bestimmt, mit dem Reichstagsausschuß zur Beratung der Reichsversicherungsordnung während seiner Tagung in dauernder Fühlung zu bleiben und die Wünsche und Anliegen, auch die Anträge der Wirtschaft bei den in Betracht kommenden Ausschußmitgliedern zu vertreten.

Ich stand mit dem der Wirtschaftlichen Vereinigung angehörigen Abgeordneten Behrens[29], der Mitglied des genannten Reichstagsausschusses war, in näheren Beziehungen. Von ihm erhielt ich nach jeder Sitzung des Ausschusses sofort einen Bericht und seine Beschlüsse. Milde und ich waren während der Beratung des Ausschusses in seinem Vorzimmer und erhielten von den Reichstagsdienern alle gedruckten Anträge für den Ausschuß. So konnten wir nach ihrer Kenntnisnahme,

---

25 Carl Friedrich von Siemens (1872–1941), Studium in Straßburg, München, Berlin, Aufenthalt in Amerika, London, Paris, 1899 Firma Siemens & Halske, 1900 Siemens Brothers London, 1909 Rückkehr nach Berlin, 1912 Vorsitz der Siemens-Schuckertwerke, 1919 Vorsitzender der Aufsichtsräte Siemens & Halske und Siemens-Schuckertwerke, 1924 Präsident des Verwaltungsrats der Deutschen Reichsbahngesellschaft, 1923 Präsident des Vorläufigen Reichswirtschaftsrats.

26 Eduard Mosler (1873–1939), Studium der Rechtswissenschaft, 1895 Ger.-Referendar am Kammergericht, 1897 Promotion zum Dr. jur. in Berlin, 1899 Ger.-Assessor, 1902 Geschäftsinhaber der Berliner Handels-Gesellschaft, 1911 der Disconto Gesellschaft, nach Verschmelzung dieser mit der Deutschen Bank zur „Deutschen Bank und Disconto-Gesellschaft" 1929–1939 Vorstandsmitglied bei dieser, ab 1933 Sprecher in den Generalversammlungen, Vorsitzender des Reichsverbandes der Bankleitungen u. a.

27 Franz Milde (1864–1926), Jurist, Schulbesuch in Patschkau, nach dem Studium Militärdienst, Hauptmann der preuß. Landwehr, 1896–1899 als Gerichtsassessor a. D. Justitiar der Zentralverwaltung in Zabrze/Oberschlesien, 1899–1926 Direktor des Oberschlesischen Knappschaftsvereins zu Tarnowitz (bis 1921, dann Gleiwitz), 1907 Gründungsmitglied des Verbandes zur Wahrung der Interessen der deutschen Betriebskrankenkassen, 1908–1926 Gründer und Vorsitzender des Verbandes der Betriebskrankenkassen des Oberschlesischen Industriebezirks, maßgeblicher Anteil an der Gründung des Reichsknappschaftsvereins.

28 Ferdinand Schweighoffer (1868–1940), Jurist, Dr. jur, 1894 Ger.-Ref., 1895 Reg.-Ref. in Schleswig, 1898 Reg.-Ass., danach an verschiedenen preuß. Regierungen und Landratsämtern, zuletzt (bis 1910) als Reg.-Rat in Breslau, 1911–1919 Geschäftsführer des Zentralverbandes Deutscher Industrieller, danach Tätigkeit am Institut für Auslandsrecht des Reichsverbandes der Deutschen Industrie.

29 Franz Behrens (1872–1943), Volksschulbesuch, 1886–1889 Gärtnerlehre, danach Gärtnergehilfe in Berlin, Dresden und Halle, 1892–1894 Militärdienst, 1895–1903 Sekretär der Geschäftsführung des allgem. dt. Gärtnervereins, 1898–1902 Sekretär des Evangelischen Arbeiter-Vereins, Berlin, 1903–1905 Arbeitersekretär der Sozialen Geschäftsstelle für das evang. Deutschland, 1905–1912 Gen.-Sekretär d. Gewerkvereins christl. Bergarbeiter Deutschlands, 1899–1905 Redakteur mehrerer Zeitungen, 1912–1933 Vorsitzender des Gesamtverbandes der Krankenkassen Deutschlands und stellv. Vorsitzender des Gesamtverbandes christl. Gewerkschaften. Reichstagsabgeordneter: 1907–1918 Christlich-sozialer Wirtschaftsverein, 1919–1930 DNVP (Parteiaustritt Dez. 1929), 1932–1933 Christl.-sozialer Volksdienst.

wenn es geboten erschien, sofort das eine oder andere Mitglied aus der Sitzung heraus zu uns bitten, um die Anträge mit ihm zu besprechen. Mit den konservativen Mitgliedern des Ausschusses, dem Grafen Westarp[30], dem damaligen Führer der konservativen Partei des Reichstags, und mit dem Oberregierungsrat Schickert[31] stand ich in ständiger Fühlung. Es kam vor, daß mich Graf Westarp von Essen zu sich bat, wenn er die Auffassungen des Verbandes in einer bestimmten Frage hören wollte. Ich habe wiederholt in seinem Arbeitszimmer im Reichstag Besprechungen mit ihm gehabt. Nach jeder Sitzung ging ein längerer Bericht von Behrens mit einem Begleitbericht von mir nach Essen zum Verbande, der auch dem Dezernenten des Krupp-Direktoriums für Angelegenheiten der Reichsversicherung vorgelegt wurde. In dem Industrieausschuß erstatteten Milde und ich von Zeit zu Zeit über die Beschlüsse des Reichstagsausschusses Bericht. Ich war im Frühjahr 1911 während der Ausschußsitzungen wiederholt wochenlang im Reichstage tätig. Mildes und meine Tätigkeit waren recht erfolgreich. Die Neuregelung der Reichsversicherung brachte einen Ausbau derselben und die Herstellung einer einwandfreien inneren Verfassung und Verwaltung der Ortskrankenkassen. Die Vorherrschaft der Versicherten in denselben, die zu einer unbeschränkten Herrschaft der Sozialdemokratie in den großstädtischen Ortskrankenkassen geführt hatte, wurde gebrochen. Die drei großen Versicherungszweige: Kranken-, Invaliden- und Unfallversicherung wurden in einem Gesetz zusammengefaßt und der Behördenaufbau mit seinen Aufgaben neu geordnet. Für bereits bestehende Betriebskrankenkassen wurde die Mindestmitgliederzahl auf 100, für neu zu errichtende auf 150 festgesetzt.

Die Reichsversicherungsordnung wurde am 30. Mai 1911 gegen die Stimmen der Sozialdemokraten im Reichstag angenommen.

Am 14. Juni 1911 fand die Jahresversammlung des Reichsverbandes der Betriebskrankenkassen in den Räumen der Hygieneausstellung in Dresden statt. Ich hielt hier einen eingehenden Vortrag über die RVO unter Hervorhebung der Änderungen und Neuordnungen, die sie gegenüber dem bisherigen Inhalte der Sozialversicherungsgesetze brachte. Bei dieser Gelegenheit lernte ich Dr. Stresemann, den späteren Reichskanzler und Reichsaußenminister, flüchtig kennen, der damals Syndikus eines sächsischen Industriellen-Verbandes war und auch zu dem Thema sprach.

Im Jahre 1911 übernahm Justizrat Wandel[15] von der Firma Krupp den Vorsitz des Betriebskrankenkassenverbandes.

Im September und Oktober 1913 fanden Einigungsverhandlungen zwischen Krankenkassen und Ärzten in Berlin statt, die auf der Kassenseite vom Betriebskrankenkassenverbande geführt wurden. Sie scheiterten an der Unnachgiebigkeit des Ärzteverbandes, der alle seine Forderungen als ein unteilbares Ganzes betrachtete.

---

30 vgl. Anm. 6, S. 86, in seiner eigenen Darstellung des Entstehens der Reichsversicherungsordnung (Konservative Politik im letzten Jahrzehnt des Kaiserreichs, Bd. 1, 1908–1914, Berlin 1935, 131), erwähnt er diese Kontakte nicht.

31 Georg Schickert, (1860–1926), 1871–1879 Gymnasialbesuch, 1879–1883 Studium der Rechtswissenschaft in Straßburg, Königsberg, Leipzig und Berlin, 1887 Reg.-Assessor in Aachen, 1890–1900 Landrat des Kreises Niederung/Ostpr. und Deichhauptmann, 1900 Reg.-Rat in Wiesbaden, 1901–1907 als Ob.-Reg.-Rat stellvertretender Regierungspräsident in Gumbinnen, 1907–1922 Generaldirektor der Ostpreuß. Feuersozietät, 1903–1912 Mitglied des Reichstags, Konservative Partei.

Die Ärzteorganisation veröffentlichte darauf einen ‚Kriegsruf' an die Kollegen in Stadt und Land unter dem Motto: ‚Das ist der Krieg!' Der Ärzteverband versuchte nun, seine Forderungen an die Krankenkassen im ganzen Reiche mit einem Schlage durchzusetzen. Er hatte einen allgemeinen Ärztestreik bei den Krankenkassen für den Tag des Inkrafttretens des Buches „Krankenversicherung" der RVO für den 1. 1. 1914 vorbereitet. Das bedeutete, daß die Krankenkassen die ärztliche Behandlung durch eine Barleistung bis zu 2/3 des Krankengeldes abzugelten hatten, wenn sie keinen Arztvertrag zu angemessenen Bedingungen mit einer ausreichenden Anzahl von Ärzten schließen konnten oder die Ärzte den Vertrag nicht einhielten (§ 380 RVO). Die Stimmung in der Ärzteschaft gegenüber dem Vorgehen des Ärzteverbandes war nicht einheitlich, der Streik als Waffe widerstrebte manchem Arzte. Um die wegen ihres Einkommens aus den Krankenkassen besorgten Ärzte zu gewinnen, übernahm der Ärzteverband die Verpflichtung, alle Kassenärzte schadlos zu halten, die durch den Streik geschädigt würden. Mit dem Vorsitzenden des Ortskrankenkassenverbandes entstand ein stilles Übereinkommen, dem Ärztestreik aktiv entgegenzutreten und den Ärzteverband dort zu treffen, wo freie Arztwahl bereits den Kassen aufgezwungen worden war. Von den Kassen in Düsseldorf, Barmen, Stettin, Braunschweig, Breslau u. a. wurden Kassenärzte mit einem Jahresgehalt von 10 000 bis 15 000 Mk. für 10 Jahre fest angestellt. Hierdurch wurden im Streikfalle Ärzte mit einem Kasseneinkommen von zusammen mindestens 3 Millionen Mk. für das Jahr oder 30 Millionen für 10 Jahre ausgeschaltet. Eine solche finanzielle Last würde der Ärzteverband kaum tragen können. Um aber noch in letzter Minute den guten Willen der Kassen zu einem harmonischen Zusammenarbeiten mit den Ärzten zu beweisen, stellte ich den Entwurf einer Vereinbarung mit dem Leipziger Verbande auf, den ich nach Zustimmung unseres Verbandsvorsitzenden im Reichsamt des Inneren, dem damaligen Ministerium für Angelegenheiten der Sozialversicherung, übergab. Darin waren vorgesehen: Arztregister für jedes Versicherungsamt für die zur Kassenpraxis bereiten Ärzte. Auswahl- und Vertragsausschuß, Schiedsamt beim Oberversicherungsamt für Auswahl- und Vertragsstreitigkeiten. Auf je 1000 Versicherte sollte jede Kasse bei Gewährung von Familienbehandlung einen Arzt anstellen, sonst auf 1350 Versicherte einen Arzt. Der Minister Delbrück ließ mich zur Besprechung dieses Entwurfes Mitte Dezember 1913 zu sich kommen. In einem nach dem Tiergarten zu gelegenen stillen Gartenzimmer seines Ministeriums trug ich dem Minister die Begründung des Entwurfes vor und erläuterte die einzelnen Bestimmungen. Nach einer zweistündigen Besprechung erklärte er mir, er würde die Vertreter der Kassenverbände und des Arztverbandes noch vor Weihnachten zu Einigungsverhandlungen in sein Ministerium laden. Als Grundlage solle hierbei der besprochene Entwurf dienen. Am 23. Dezember fanden dann diese Verhandlungen statt. Außer den Vertragspartnern nahmen teil: Der Preußische Handelsminister Sydow, zahlreiche Kommissare des Preußischen Handelsministeriums, des Reichsamts des Inneren, sowie prominente medizinische Professoren der Berliner Universität. Den Vorsitz führte Minister Delbrück. Die Grundsätze des Entwurfes und seine Einzelbestimmungen wurden fast wörtlich angenommen. Ich war aufs angenehmste überrascht über die Neigung der Ärztevertreter zu einer Verständigung auf der vorgesehenen Grundlage. Das dicke Ende und die Erklärung dieser Bereitwilligkeit kamen gegen Ende der Verhandlungen in dem Verlangen der Ärztevertreter zum Ausdruck, daß die von den Kassen während der Teilstreiks auf langfristige Verträge angestellten Ärzte aus ihren Verträgen gegen eine entsprechende Abfindung unter Anrechnung ihres etwaigen späteren Kasseneinkommens entlassen werden sollten. Die Hälfte der Abfindungskosten sollte

durch die Gesamtheit der Kassen in Form einer Zahlung von 5 Pfennigen pro Jahr und Kopf der Versicherten aufgebracht werden. Ferner sollten Vertreter der Kassenverbände bei der Entlassung der Nothelfer aus ihren langfristigen Verträgen mithelfen. Nach Zureden der Minister Delbrück und Sydow und Zusicherung ihrer Unterstützung bei der Regelung der Abfindung stimmten die Kassenvertreter zu. Das Abkommen ist in die Geschichte der deutschen Sozialversicherung eingegangen unter dem Namen ‚Berliner Abkommen vom 23. Dezember 1913'. Es trägt die Unterschrift aller Verhandlungsteilnehmer. Die Entlassung der Nothelfer aus ihren Arztverträgen hat den Kassenverbandsvertretern mancherlei Mühen und Ärger gebracht. Der Vorsitzende des Leipziger Verbandes hat kurze Zeit nach dem Abschluß des Berliner Abkommens dieses in vielen Hauptpunkten wahrheitswidrig kommentiert, was zu neuen Streitigkeiten und Auseinandersetzungen zwischen Kassen und Ärzten führte. Eine halbamtliche Erläuterung des Abkommens gab den Kassenvertretern in allen Streitpunkten recht."

Am 29. September 1912 wurde ein „Konkurrenzverband" zum „Zentralverband von Ortskrankenkassen im Deutschen Reich", der unter Julius Fräßdorf sehr stark die sozialdemokratisch-freigewerkschaftlichen Interessen vertrat, gegründet. „Politisch" standen hinter ihm die Hirsch-Dunckerschen Gewerkvereine, die christlichen Gewerkschaften sowie der deutsch-nationale Arbeiterkongreß und der deutsch-nationale Handlungsgehilfen-Verband. Die Ursachen dieser Verbandsgründung schilderte Franz Behrens[29] folgendermaßen:

„Die erste Anregung zur Gründung eines auf nationalem Boden stehenden Verbandes deutscher Krankenkassen wurde im parlamentarischen Kreise gegeben. Die Mitglieder der bürgerlichen Parteien, die der Kommission zur Beratung der Reichsversicherungsordnung angehörten, empfanden während ihrer Arbeit über die Reform der Reichsversicherung sehr lebhaft den Mangel eines großen Verbandes der deutschen Krankenkassen, der unbeeinflußt von parteipolitischen Nebenabsichten die Interessen der Krankenkassen gegenüber den gesetzgebenden Körperschaften, den Behörden und den vielen Interessenten wahrnehmen könne. Die Bestrebungen der damaligen verbündeten Regierungen und der bürgerlichen Parteien auf Neutralisierung der Krankenkassen stießen ganz besonders in der Sozialdemokratie und auch in dem von dieser beherrschten Hauptverband deutscher Ortskrankenkassen auf schroffste Ablehnung. Aus den Gründungsakten des Gesamtverbandes ist festzustellen, daß die Forderungen, die diese Kreise der Sozialdemokratie auf Ausgestaltung der Reichsversicherungsordnung vor allen Dingen bezüglich der inneren und äußeren Organisation der Krankenkassen stellten, in diametralem Gegensatz zu den diesbezüglichen Vorschlägen der Reichsleitung und dem Willen der bürgerlichen Parteien standen. Eine damals angebahnte Verständigung war nicht zu erzielen. Diese bei der Beratung der Reichsversicherungsordnung gesammelten Erfahrungen brachten in verstärktem Maße den bürgerlichen Parteien den Mangel eines parteipolitisch unbeeinflußten nationalen Krankenkassenverbandes immer wieder zum Bewußtsein und führten zu der Anregung, diesem Mangel bald durch Gründung eines nationalen großen Krankenkassenverbandes abzuhelfen. Ich hielt es damals für gegeben, den Gedanken der Neugründung auf den Ausschuß des nationalen deutschen Arbeiterkongresses, dessen Vorsitzender ich war, zu übertragen. Dieser übernahm dann auch die weiteren Vorarbeiten, die zur Gründung des Gesamtverbandes deutscher Krankenkassen führten. Später änderte der Gesamtverband seinen Namen in ‚Gesamtverband der Krankenkassen Deutschlands, e.V.'.

Bereits in seiner ersten Satzung hieß es, daß der Gesamtverband ‚eine nationale Vereinigung der Krankenkassen Deutschlands im Sinne des § 414 der RVO' ist. An diesem Charakter des Gesamtverbandes ist bis auf den heutigen Tag nichts geändert worden, auch nicht durch die Revolution des Jahres 1918. In dem ersten Aufruf des Gesamtverbandes, der auf Grund der ersten Konferenz nationaler Krankenkassenvertreter Deutschlands am 29. September 1912 in Köln erging, ist bereits zum Ausdruck gebracht, daß von der Verbandstätigkeit Fragen parteipolitischer oder gewerkschaftlicher Natur ausgeschlossen bleiben; nur den Krankenkassen und den Interessen der Versicherten will der Verband dienen. Diese Parole hat der Gesamtverband bis auf den heutigen Tag gehalten. Aus den Berichten über seine sämtlichen Tagungen kann festgestellt werden, daß nur die Interessen der Versicherten und der Krankenkassen Leitstern für die Organe und die Geschäftsleitung des Gesamtverbandes gewesen sind. Getreu der Überlieferung, daß der Gesamtverband im ausgesprochenen Gegensatz zur Sozialdemokratie gegründet wurde, gehörten dem Vorstand und der Leitung des Gesamtverbandes Sozialdemokraten bisher niemals an[32]."

In einem Artikel „Warum die Neugründung?" wurde – nachdem darauf hingewiesen worden war, daß der „Fräßdorfsche Verband"[33], die „Deutsche Krankenkassen-Zeitung" und die „Zentrale für das deutsche Krankenkassenwesen[34]" in Berlin nur die sozialdemokratisch orientierten Krankenversicherten vertreten würden – außerdem noch ausgeführt:

„Daß diese Tendenz den bundesstaatlichen Regierungen, der Reichsleitung und den parlamentarischen Körperschaften bekannt ist, ist zweifellos. Das hat sich bei der Beratung der Reichsversicherungsordnung aber auch gezeigt. Sie offenbarte nämlich die große Einflußlosigkeit der Zentrale für das deutsche Krankenkassenwesen und des Fräßdorfschen Dresdner Verbandes. Bei der Schaffung von Gesetzen, wie der Reichsversicherungsordnung, spielen dann doch zu viele Faktoren mit – die volkswirtschaftliche Leistungsfähigkeit, Neutralisierung der Kassenorgane, der feste Wille der Bundesregierungen, ihre eigenen Anschauungen nicht vollständig ignorieren zu lassen usw. – welche erfordern, daß man sich ihnen auch etwas anpaßt; starres Festhalten an dem einmal Erwogenen, auch wenn es sich nach seiner Ablehnung parteipolitisch noch so hübsch verwerten läßt, bewirkt kein Entgegenkommen. Es führt vielmehr zu der erwähnten Einflußlosigkeit – wahrhaftig nicht zum Nutzen der Krankenkassen und ihrer Mitglieder.

Ganz anders standen die im Betriebskrankenkassenverband organisierten Betriebskrankenkassen da. Bei ihren Vertretern herrschte bei der Rücksprache mit den gesetzgebenden Faktoren Beweglichkeit. Sie wandten sich nicht nur in ihren schriftlichen Eingaben an alle Parteien, sondern sie verhandelten auch persönlich mit deren Mitgliedern. Dementsprechend war denn auch ihr Einfluß. Gewiß wurde er noch verstärkt durch den Einfluß der Großindustrie, der hinter dem Betriebskassenverband steht. Bei allgemein kassenrechtlichen und -praktischen Fragen konnte dieser Einfluß aber auch den nicht im Betriebskassenverband organisierten Kas-

32 *Behrens, Franz:* Der Gesamtverband der Krankenkassen Deutschlands, eine nationale Vereinigung der Krankenkassen, Die Krankenversicherung 1933, 133 ff.

33 Julius Fräßdorf begrüßte seinerseits den Verband als „neuen Schädling in unserer Krankenversicherung" (Deutsche Krankenkassen-Zeitung 1912, 273)

34 vgl. über diese die Ausführungen auf S. 102 ff.

sen nur nützen. Bei den Abgesandten der Zentrale für das deutsche Krankenkassenwesen und des Fräßdorfschen Verbandes, die ja in allem konform gingen, gewann man den sehr begründeten Eindruck, daß sie nur in den sozialdemokratischen Kommissionsmitgliedern ihre parlamentarische Vertretung suchten. So wurde denn bei der Beratung der Versicherungsordnung jedem Nichtsozialdemokraten geradezu die Überzeugung eingehämmert, daß es wie bisher nicht mehr weitergehen könne.

Es erhebt sich ja nun von selbst die Frage, ob sich denn der Fräßdorfsche Verband und die Berliner Zentrale für das deutsche Krankenkassenwesen, die ja nur ein größerer Rahmen des Fräßdorfschen Verbandes ist, nicht hätten reformieren und neutralisieren lassen. Auch das ist versucht worden. Führer der Hirsch-Dunckerschen und christlichen Gewerkschaften, wie Hartmann[35] und Erkelenz[36] von den ersteren, Giesberts[37] und Becker[38] von den letzteren, haben an mehreren Sitzungen mit den Führern des Fräßdorfschen Verbandes und der Berliner Zentrale für das deutsche Krankenkassenwesen teilgenommen, zwecks Beratung der Reichsversicherungsordnungsvorlage; sie nahmen auch an den diesen Sitzungen folgenden Berliner Krankenkassenkongressen teil. Und mit welchem Erfolge? Besonders Herr Erkelenz wurde einfach ausgelacht, als er den radikalen und sehr tempera-

35 Gustav Hartmann (1861–ca. 1941), Mittelschulbesuch in Görlitz, Schlosserlehre, 1879–1882 Wanderschaft, 1882–1899 als Maschinenbauer in Düsseldorf, 1899 Angestellter d. deutschen Gewerkvereins, 1916–1933 Vorsitzender des Gesamtverbandes der deutschen Gewerkvereine (Hirsch-Duncker), 1918–1933 Referent für Sozialpolitik im Preußischen Ministerium für Handel und Gewerbe.

36 Anton Erkelenz (1878–1945), Volksschule, 1891–1895 Schlosserlehre, 1898–1890 Militärdienst, 1902 Arbeitersekretär der deutschen Gewerkvereine in Düsseldorf, Leiter der deutschen Gewerkvereine in Rheinland-Westfalen, 1908 Angestellter des Hauptverbandes der deutschen Gewerkvereine, 1912 Gründung des Reichsvereins der liberalen Arbeiter und Angestellten, 1918 Begründung des Gewerkschaftsringes, 1919 Mitglied der Deutschen Demokratischen Partei (DDP), 1921–1929 Vorsitzender des Vorstandes, 1929–1930 stellv. Parteivorsitzender der DDP, 1921 Vorsitzender des „Gewerkschaftsringes deutscher Arbeiter-, Angestellten- und Beamtenverbände" (Spitzenorganisation der „freiheitlich-nationalen" Gewerkschaften), 1930 Austritt aus der DDP und 1932 Übertritt zur SPD, 1919–1930 Mitglied der Reichstags-DDP, 1945 von plündernden Fremdarbeitern im Hausgarten in Berlin erschossen.

37 Johann Giesberts (1865–1938), Volksschule, Bäckerlehre 1880–1883, 1883–1893 verschiedene Tätigkeitsfelder, zuletzt Maschinist, 1893 Eintritt in die katholische Arbeitervereins-Bewegung und Arbeitersekretär, 1899 Redakteur der „Westdeutschen Arbeiterzeitung" (Verbandsorgan der kathol. Arbeitervereine) und Vorbereitung des 1. Kongresses der christl. Gewerkschaften, 1900–1918 Stadtverordneter in Mönchen-Gladbach, 1902–1919 Vorstandsmitglied der LVA Rheinprovinz, 1906–1918 Mitglied der preußischen Landtage, 1918 Unterstaatssekretär im Reichswirtschaftsministerium, 1919–1922 Reichspostminister, Vorsitzender des christl.-sozialen Metallarbeiterverbandes, 1905–1933 Mitglied des Reichstags: Zentrum, 1933 in „Schutzhaft".

38 Johannes Becker (1875–1955), Volksschulbesuch, 1889–1902 Fabrikarbeiter in Lüdenscheid, 1902–1906 Arbeitersekretär, 1906–1908 Redakteur bei der „Westdeutschen Arbeiterzeitung", 1908–1913 freier Schriftsteller, 1913 Geschäftsführer des „Gesamtverbandes der Krankenkassen Deutschlands", Redakteur der Zeitschrift „Die Krankenversicherung", 1919–1925 parlamentar. Staatssekretär im Reichsarbeitsministerium, 1926–1933 geschäftsführender Vorsitzender des „Gesamtverbandes", 1907–1930 Mitglied des Reichstags: Zentrum.

mentvollen Herrn Gräf[39] von der Ortskrankenkasse Frankfurt a. M. in den Bereich der Möglichkeiten zurückzuziehen sich bemühte; Herrn Giesberts erging es nicht besser. Die weitgehendsten Forderungen, deren Verwirklichung für die Versicherten sicherlich sehr wünschenswert wäre, wurden aufgestellt und von den Kongressen beschlossen, ohne Rücksicht darauf, daß das Bessere auch der Feind des Guten sein kann. Und der Erfolg?

Er zeigte sich später in der mangelnden Verständigung mit den gesetzgebenden Körperschaften. Es ist nun einmal so: Mit den Sozialdemokraten gemeinsam für den sozialen Fortschritt wirken, ist deshalb meist immer ergebnislos, weil sie nur das Wünschenswerte und agitatorisch Wirksame ins Auge fassen, Imponderabilien aber ganz außer acht lassen.

Aus dem Dargelegten ergibt sich für den unbefangen Urteilenden ganz von selbst die Gründung des Gesamtverbandes deutscher Krankenkassen. Daß er parteipolitisch und gewerkschaftlich absolut neutral sein wird, dafür bürgt schon die Zusammensetzung des Vorstandes. Seine Mitglieder setzen sich zusammen aus Vertretern aller bürgerlichen Parteien, aus Arbeitgebern, Arbeitnehmern und Kassenangestellten. Es wurde denn auch die Gründung des Verbandes am 29. September 1912 von hervorragenden Persönlichkeiten und von Führern aller bürgerlichen Parteien und der verschiedensten nichtsozial-demokratischen Arbeiter- und Angestelltenverbände schriftlich und mündlich lebhaft begrüßt[40]."

Schließlich muß als bedeutender der damals gegründeten Krankenkassenverbände[41] noch der am 20. Mai 1912 in Eisenach gegründete „Verband kaufmännischer Eingeschriebener Hilfskassen (Ersatzkassen)" erwähnt werden[42].

---

39 vgl. Anm. 24 S. 48.

40 Warum die Neugründung? Die Krankenversicherung 1913, 2.

41 Außerdem sind zu erwähnen: der am 21. Februar 1910 gegründete „Verband deutscher Innungskrankenkassen" (vgl. über ihn: Zehnjahresstatistik 1949–1958, Hrsg.: Bundesverband der Innungskrankenkassen, Köln 1958, S. I f.) und der am 28. März 1914 gegründete „Allgemeine Verband Deutscher Landkrankenkassen" (vgl. über ihn *Pascholdt, Eduard:* Die Landkrankenkassen und ihre Verbände in 4 Jahrzehnten – 1914–1954 – Die Krankenversicherung 1954, 23). Der 1. Vorsitzende des Landkrankenkassenverbandes war Joachim Heinrich Karl Gottfried von Oppen (1879–1948), Rittergutsbesitzer, Studium der Rechtswissenschaft in Göttingen und Berlin, 1900 Referendar, 1905 Reg.-Assessor Polizeipräsidium Danzig, 1906 Landratsamt Niederbarnim, 1907 Hilfsarbeiter im Preuß. Kultusministerium, 1908 Austritt aus dem Staatsdienst und bis 1945 Bewirtschaftung des Rittergutes Dannenwalde/Ostpriegnitz, ab 1914 Vorsitzender der Landkrankenkasse Ostpriegnitz, 1914–1920 Vorsitzender des Landeskrankenkassenverbandes, ab 1921 Präsident der Landwirtschaftskammer für die Provinz Brandenburg und Berlin, stellv. Vorsitzender der Preuß. Hauptlandwirtschaftskammer, lebte nach 1945 in Hamburg, einflußreiche Funktionen im „Reichs-Landbund" und der „Gesellschaft zum Studium des Faschismus" (1931–1933). Zeitgeschichtliche Berühmtheit erlangte er als Mitunterzeichner der Eingabe an Hindenburg vom 19. November 1932, in der „die Übertragung der verantwortlichen Leitung eines mit den besten sachlichen und persönlichen Kräften ausgestatteten Präsidialkabinetts an den Führer der größten nationalen Gruppe" gefordert wurde. (vgl. *Schreiner, Albert:* Die Eingabe deutscher Finanzmagnaten, Monopolisten und Junker an Hindenburg für die Berufung Hitlers zum Reichskanzler (November 1932), Zeitschrift für Geschichtswissenschaft 1956, 367).

42 Über diesen Verband existiert bereits eine recht informative (im wesentlichen von Erich Stolt verfaßte) Darstellung, so daß hier nicht näher auf seine Entwicklung eingegangen

Vorausgegangen war am 23. Oktober 1905 die Gründung eines „Verbandes Kaufmännischer Hilfskassen" in Magdeburg auf Anregung des Vorsitzenden der „Krankenkasse für Handelsangestellte in Barmen". Vorsitzender des 1912 gegründeten Verbandes wurde Hermann Hedrich[43]. Die Wirksamkeit des Verbandes begann mit dem Inkrafttreten der Reichsversicherungsordnung am 1. Januar 1914, die, wie bereits ausgeführt, mit Rücksicht auf die Angestellten die Zulassung der Hilfskassen als Ersatzkassen vorsah. Der am 27. Oktober 1913 in „Verband kaufmännischer Ersatzkassen" umbenannte Verband zeichnete sich dadurch aus, daß er „unpolitischer" als die anderen Verbände war und ein „freundliches" Verhältnis zu dem Leipziger Verband der Ärzte hatte. Hermann Hedrich war mit Hermann Hartmann befreundet, die von ihm geleitete „Kranken- und Begräbniskasse des Verbandes deutscher Handlungsgehilfen", Leipzig, hatte schon am 27. Januar 1908 einen Tarifvertrag abgeschlossen. Dieser wurde erneuert, und alle übrigen kaufmännischen Hilfskassen schlossen sich ihm an. „Das Merkbuch des Ärzteverbandes verzeichnete den Tarifvertrag als den ersten großzügigen Versuch einer Vereinbarung von Organisation zu Organisation, als ein Vorbild für die einheitliche vertragliche Regelung der Beziehungen zwischen Ärzten und Krankenkassen auf der Grundlage der Gleichberechtigung beider Teile." Der zweite Anlaß der Tätigkeit des Verbandes war das Wirken der gesetzlichen Krankenkassen, die meist die Arbeiter umfaßten, vor allem der Ortskrankenkassen, die inzwischen gegen die freien Hilfskassen für die Einheitsversicherung auftraten. „Es war eine Zeit, die dazu drängte, die Kräfte zusammenzufassen, um die gemeinsamen Interessen gemeinsam wirksam zu vertreten und die Gegner geschlossen abzuwehren[44]."

Abschließend muß noch auf die bereits mehrfach erwähnte „Zentrale für das deutsche Krankenkassenwesen" hingewiesen werden. 1891 hatten Berliner Vertreter bei den Selbstverwaltungskörperschaften der Sozialversicherung einen Verein zum Erfahrungsaustausch gegründet, der zum Ausgangspunkt wurde.

1896 wies der Arzt Raphael Friedeberg[45] im Berliner Arbeitervertreterverein auf die Kassenzersplitterung und die damit verbundene verschiedenartige Handhabung

---

werden muß: 50 Jahre Verband der Angestelltenkrankenkassen (1912–1962), Hamburg o. J. (1962), vgl. außerdem den informativen Überblick über die Entwicklung seiner Zeitschrift: *Stolt, Erich:* Vor Beginn des 50. Jahrgangs der „Ersatzkasse", Die Ersatzkasse 1970, 15, im Hinblick auf das Verhältnis zur Ärzteschaft: *Hedrich, Hermann:* Ersatzkassen und Ärzte, Ärztliche Mitteilungen 1925, Heft 35, S. 31 ff.

43 Hermann Hedrich (1853–1927), Kaufmann, 1889–1905 Geschäftsführer der Kranken- und Begräbniskasse des Verbandes Deutscher Handlungsgehilfen, 1905–1912 Gründer und Vorsitzender des Verbandes kaufmännischer Krankenkassen, 1912–1927 Vorsitzender des „Verbandes der kaufmännischen eingeschriebenen Hilfskassen."

44 50 Jahre Verband der Angestelltenkrankenkassen, 27.

45 Raphael Friedeberg (1863–1940), Schulbesuch in Tilsit, Studium der Nationalökonomie und Medizin in Königsberg und Berlin, bereits als Student sozialdemokratisch engagiert und Mitarbeiter des „Sozialistischen Akademiker", 1895 – 1911 Arzt in Berlin, 1896 Abkehr vom Parlamentarismus in Reaktion auf die Einführung des Dreiklassenwahlrechts in Sachsen, 1897 erster Beisitzer der „Sozialistischen Monatshefte", 1899, 1900 und 1901 Referent auf den Jahresversammlungen des Zentralverbandes von Ortskrankenkassen im Deutschen Reich, 1900–1904 SPD-Stadtverordneter in Berlin (Mandatsniederlegung), seit 1903 aufgrund des gemeinsamen Antiparlamentarismus Kontakte mit der (syndikalistischen) „Freien Vereinigung deutscher Gewerkschaften", 1904 und 1905 offene Agitation für den Massen- und Generalstreik (vgl. darüber: *Bock, Hans Manfred:* Syndikalismus und

der Geschäfte hin und forderte einen Zusammenschluß in der losen Form einer Vereinigung. Dieser Vorschlag wurde von Eugen Simanowski[46] organisatorisch umgesetzt: Noch im gleichen Jahr veranlaßte er die Gründung der „Zentralkommission der Krankenkassen Berlins", deren Vorsitzender er wurde[47]. „Vertrauensarzt" und Ratgeber der Zentralkommission war bis etwa 1905 Raphael Friedeberg. Das erste allgemeine Ziel war ein einheitliches Vorgehen der Kassen bei der Bekämpfung der Tuberkulose. Im Rahmen der zur Verfügung stehenden Mittel wurden hygienische Vorträge für die Versicherten gehalten, eine Flugschrift „Zur Schwindsuchtbekämpfung" herausgegeben und bakteriologische Untersuchungen des Sputums durchgeführt. Im Anschluß an den internationalen Kongreß zur Bekämpfung der Tuberkulose in Berlin rief die Zentralkommission den 1. Kongreß der Krankenkassen Deutschlands für den 28. Mai 1899 ein. Hier waren 374 Kassen mit 336 Delegierten vertreten, darunter auch Betriebs-, Innungs- und freie Hilfskassen. Raphael Friedeberg schlug hier eine neue Krankenkassenorganisation vor: „Die Krankenkassen Deutschlands vereinigen sich zu einem losen, wesentlich agitatorischen Zwecken dienenden, namentlich für die Beeinflussung der Gesetzgebung stets bereit zu haltenden Verbande. Die Aufgaben, die jede Kasse respektive jeder Kassenverband seiner besonderen Struktur nach hat, sollen dadurch in keiner Weise beeinträchtigt werden[48]." Mit diesem „Programm" wurde dann am

---

Linkskommunismus von 1918–1923, Meisenheim am Glan 1969, 28), 1907 Ausschluß aus der SPD, Bekanntschaft mit Gustav Landauer, Bruch mit der „Freien Vereinigung" wegen seiner anarchistischen Wendung, danach Rückzug von der aktiven Politik und ab 1911 Kurarzt: im Sommer in Bad Kudowa/Niederschlesien, Eröffnung eines Elektrotherapeutischen Ambulatoriums (deshalb (?!) Kurheim der Berliner Allgemeinen Ortskrankenkasse seit 1918 ebenda), im Winter in Ascona/Schweiz, ab 1931 vollständige Übersiedlung nach Ascona, wo er bis zu seinem Tode ansässig war, vgl. auch: *Tennstedt, Florian:* Ärzte, Arbeiterbewegung und die Selbstverwaltung in der gesetzlichen Krankenversicherung, Jahrbuch für kritische Medizin 2, Berlin 1977. Die neue Krankenkassen-Gesetzes-Novelle und welche Forderungen stellen die Krankenkassen hierzu. Vortrag des Herrn Dr. med. Friedeberg, gehalten auf dem Verbandstage des Centralverbandes von Ortskrankenkassen im Deutschen Reiche am 24. September 1900, Beilage zur „Arbeiterversorgung" 1900 und den Vortrag: Die derzeitige Vorsorge für die Krankenkassenmitglieder und die Mängel derselben, Jahresversammlung des Centralverbandes von Ortskrankenkassen im Deutschen Reiche (Protokoll) S. 15, Beilage zu „Die Arbeiterversorgung" 1899.

46 Eugen Simanowski (1858–1922), Schulbesuch in Klein-Tarpen bei Graudenz, Maurer, nach Wanderjahren 1885 nach Berlin, gewerkschaftliche und sozialdemokratische Betätigung, Mitglied des Parteivorstandes der Berliner SPD, Vorstandsmitglied der Berliner Ortskrankenkasse für das Maurergewerbe, 1887–1900 Schiedsgerichtsbeisitzer für Arbeiterversicherung, 1897–1903 Mitglied des RV Amts, 1895–1897 stellvertretender Vorsitzender des Ausschusses der LVA Berlin, 1895–1903 Ausschußmitglied des Maurerverbandes, 1893 bis 1900 Vorsitzender des Berliner Arbeitervertretervereins, Gründer der freien Vereinigung der Krankenkassen der Provinz Brandenburg, Geschäftsführer des Verbands der Krankenkassen Berlins, der aus der Zentralkommission hervorging.

47 vgl. über diese: Geschäftsbericht des Hauptverbandes der Ortskrankenkassen 1914 (Jahrbuch der Krankenversicherung), Dresden 1915, 177, Eugen Simanowski war seit 1903 Geschäftsführer des Zentralkomitees der Krankenkassen Berlins und der Vororte (hauptamtlich).

48 Protokoll des Kongresses der Krankenkassen Deutschlands, hrsg. von der Zentralkommission der Krankenkassen Berlins, Berlin 1899, 11.

29. Mai 1899 die „Zentrale für das deutsche Krankenkassenwesen" gegründet, ständiger Vorsitzender und Geschäftsführer wurde Eugen Simanowski.

Der erste Kongreß, den die „Zentrale" einrief, war der 2. allgemeine Kongreß der Krankenkassen Deutschlands. Er fand am 25. März 1902 statt und nahm Stellung zu der dem Reichstag vorgelegten Novelle zum Krankenversicherungsgesetz. Der 3. allgemeine Kongreß am 25. Januar 1904 widmete sich der Kassenarztfrage[49], der 4. allgemeine Kongreß am 11. und 12. Mai 1908 galt der Gefährdung der Selbstverwaltung durch die Reichsversicherungsordnung[50]. Die letzten beiden Kongresse fanden vom 17. bis 19. Mai 1909 und am 30. April 1911 statt und galten der Reichsversicherungsordnung[51]. Damit endeten die allgemeinen Kongresse der Krankenkassen; nach Verabschiedung der Reichsversicherungsordnung fehlte der „äußere Anlaß".

Zwischen den Kongressen war die Zentrale nur „latent" vorhanden, sie veranstaltete einzelne Umfragen, und Eugen Simanowski benutzte die „Deutsche Krankenkassen-Zeitung" als Publikationsorgan. Im Hinblick auf die Kongresse ist es bemerkenswert, daß zunächst alle Krankenkassentypen und „politischen Richtungen" daran teilnahmen. Erst 1908 wurde nach außen deutlich, daß die „Zentrale" sich vorwiegend als Instrument der in der Selbstverwaltung vertretenen Arbeitnehmer verstand: Der neugegründete „Verband zur Wahrung der Interessen der deutschen Betriebskrankenkassen" wurde als Unternehmerverband von Eugen Simanowski zum 4., 5. und 6. allgemeinen Kongreß nicht eingeladen. Sie scheint – ebenso wie die „Zentralkommission" – ihre „radikal-sozialdemokratische" Grundeinstellung aus den neunziger Jahren durchgehalten zu haben und dürfte in den „Lokalisten" ihre Basis gehabt haben. Damit wurde sie nicht nur von dem „Betriebskrankenkassenverband" und dem nationalen „Gesamtverband deutscher Krankenkassen" bekämpft, sondern dürfte sich auch von dem „Hauptverband der Ortskrankenkassen" entfremdet haben[52]. In diesem Zusammenhang ist die folgende Aufzeichnung von Otto Heinemann interessant: „Recht bezeichnend für die Zustände in Deutschland in der sogenannten Revolutionszeit war mir ein Zusammentreffen Mitte Dezember 1919 in Berlin mit dem schon genannten Vorsitzenden des Ortskrankenkassenverbandes, Julius Fräßdorf, der auch Reichstagsabgeordneter war. Er erzählte mir von seinen Erlebnissen in Dresden. Er war kurz vorher 6 Tage sächsischer Minister gewesen, dann von radikalen Elementen abgesetzt worden. Seinen Kollegen, den Finanzminister, habe man in die Elbe geworfen. Dann sagte er mir wörtlich: „Wenn der alldeutsche Verband nicht schon bestände, dann müßte er morgen gegründet werden!" Er wollte damit seine Abneigung gegen das undeutsche Gebaren der linksradikalen Sozialisten zum Ausdruck bringen[53]."

---

49 Die Arbeiterversorgung 1904, 91.

50 Die Arbeiterversorgung 1908, 349.

51 Die Arbeiterversorgung 1909, 379, 403, 432; 1911, 354.

52 vgl. *Brock, Richard:* Zentrale für das deutsche Krankenkassenwesen, Soziale Rundschau, 1913, 1.

53 *Heinemann, Otto:* Aus meinem Leben . . . , 110, über den Alldeutschen Verband vgl.: *Kruck, Alfred:* Geschichte des Alldeutschen Verbandes 1890–1939, Wiesbaden 1954.

Otto Heinemann

Eduard Gräf

Friedrich Landmann

Raphael Friedeberg

C. Die Selbstverwaltung der Krankenversicherung in der Weimarer Republik (1919 – 1932)

1. Die staatsrechtlichen Grundlagen

In einer auf Wilhelm Liebknecht[1] zurückgehenden Forderung des Erfurter Programms der SPD von 1890 hieß es: „Übernahme der gesamten Arbeiterversicherung durch das Reich mit maßgebender Mitwirkung der Arbeiter an der Verwaltung[2]." Dieser Programmpunkt wurde, jedenfalls in seinem die Selbstverwaltung betreffenden Satz infolge eines Antrags des sozialdemokratischen Mitglieds der Weimarer Nationalversammlung, Simon Katzenstein[3], weitgehender Be-

---

1 Vgl. *Kautsky, Karl:* Texte zu den Programmen der deutschen Sozialdemokratie 1891 – 1925, Köln 1968, 67; *Mayer, Gustav:* Friedrich Engels. Eine Biographie, Bd. 2, 2. Aufl., Köln 1971, 483; *Schröder, Wolfgang* und *Gustav Sieber:* Zur Vorbereitung des Erfurter Programms, Zeitschrift für Geschichtswissenschaft, 1966, 1119; *Tschubinski, Wadim:* Wilhelm Liebknecht, Berlin 1973, 264. In der ursprünglichen, erst jüngst wiederentdeckten Fassung hieß es: „Übernahme der gesamten Arbeiterversicherung durch das Reich mit maßgebender Mitwirkung der Beteiligten in der Verwaltung." *(Bartel, Horst:* Der interne Juni-Entwurf zum Erfurter Programm, International Review of Social History, 1967, 292 [302]). Die weiteren Programmentwürfe wurden am 6. Oktober 1891 im „Vorwärts" veröffentlicht.

2 In dem Gegenentwurf der Redaktion der „Neuen Zeit" (Karl Kautsky und Eduard Bernstein), der dann vom Erfurter Parteitag weitgehend angenommen wurde – allerdings nicht im Hinblick auf den Passus über die Arbeiterversicherung! –, hieß es: „Übernahme der gesamten Arbeiterversicherung durch das Reich mit voller Selbstverwaltung der Arbeiter" *(Kautsky, Karl:* Texte . . . , 115). Dieser Passus stammte von Eduard Bernstein.

3 Simon Katzenstein (1868–1945), ein Bruder der Schriftstellerin Henriette Fürth (1861–1936), Gymnasium, Studium der Philosophie, der Geschichts- und Rechtswissenschaften in Leipzig, Zürich und Gießen, 1890 Referendar in Hessen, 1892 wegen sozialdemokratischer Gesinnung aus dem Staatsdienst entlassen, 1894–1896 Redakteur, Redner und Arbeiterbildner in Leipzig, 1896 wegen Preßvergehen in Sachsen zu 8 Monaten Gefängnis verurteilt, 1897–1898 in Mainz, 1899–1902 Arbeitersekretär in Mannheim, 1903–1906 in Berlin Redakteur des „Genossenschafts-Pioniers", Lehrer der Arbeiterbildungs-, Gewerkschafts- und (ab 1905) sozialdemokratischen Parteischule, 1894–1895 Mitglied der Agrarkommission der SPD, 1902–1903 Mitglied der Gründungskommission des Zentralverbandes deutscher Konsumvereine, 1902 Mitglied des badischen Landesvorstands der SPD, 1909–1913 Vorsteher des Arbeiter-Abstinentenbundes, 1917–1919 volkswirtschaftlicher Mitarbeiter der Zentraleinkaufsgesellschaft deutscher Genossenschaften, 1915–1918 Stadtverordneter, 1925–1933 Bezirksverordneter Charlottenburg, 1919–1920 MdN, Schriftführer und Berichterstatter des Verfassungsausschusses u. a., verschiedene Schriften, 1933 Emigration in das Saarland, 1935 nach Schweden, dort zunehmende Vereinsamung und physische Erkrankung seiner Frau, 1945 durch Unglücksfall oder Freitod gestorben, ein Sohn von ihm wurde in Jerusalem von Arabern erschossen. – Verhandlungen der Verfassungsgebenden Deutschen Nationalversammlung, Bd. 336, 390 f., vgl. *Fischer, Karl H.:* Art. 161, in *Nipperdey, Hans Carl* (Hrsg.): Die Grundrechte und Grundpflichten der Reichsverfassung, Bd. 3, Berlin 1930, 452.

standteil des Art. 161 WRV: „Zur Erhaltung der Gesundheit und Arbeitsfähigkeit, zum Schutz der Mutterschaft und zur Vorsorge gegen die wirtschaftlichen Folgen von Alter, Schwäche und Wechselfällen des Lebens schafft das Reich ein umfassendes Versicherungswesen unter maßgebender Mitwirkung der Versicherten[4]."

Das Gebot des Art. 161 WRV blieb – bei verschiedener Interpretation des Wortes „maßgebend"[5] – weitgehend folgenlos im Bereich der Sozialversicherung; im Bereich der Krankenversicherung galt es von vornherein infolge der Zwei-Drittel-Mehrheit der Arbeitnehmer als verwirklicht. Die restriktiven itio-in-partes-Klauseln der Reichsversicherungsordnung wurden nur partiell aufgehoben, und zwar schon vor Inkrafttreten der Weimarer Verfassung durch die „Verordnung über die Wahl des Vorstandsvorsitzenden bei den Ortskrankenkassen und über die Kassenangestellten" vom 5. Februar 1919[6]. Hiernach wurden die itio-in-partes-Klauseln bei Wahlhandlungen beseitigt; auch die Mitwirkung der Aufsichtsbehörde bei der Anstellung von Hilfspersonen wurde aufgehoben. Im Hinblick auf den Aufgabenbereich erfuhr die Selbstverwaltung keine bedeutsamen Erweiterungen; hier machte sich bemerkbar, was 1931 Lutz Richter folgendermaßen beschrieb: „Gesetze und Verordnungen des Gebiets zeigen auffällige Neigung zu extrem kasuistischer Reglementierung. Darunter leidet die Güte der Rechtsanwendung, und die Gesetze schwellen zu unübersehbarem Umfang an. Die mehrfach beliebte Verweisung von Teilgegenständen in besondere Verordnungen (Verfahrensordnungen der Versicherungsbehörden und Schiedsinstanzen, Beitragsordnung der Angestelltenversicherung) entlastet das Gesetz nur äußerlich; der kleinliche Geist, der jeden nur denkbaren Sonderfall vorausschauend regeln will, tobt sich in den Rechtsquellen minderen Ranges, zumal wenn sie von untergeordneter Stelle erlassen werden, erst recht aus[7]." Den erheblichsten Eingriff in die Selbstverwaltung brachte die 4. Verordnung des Reichspräsidenten vom 8. Dezember 1931: vom 1. Januar 1932 an wurden die Leistungen der Krankenversicherung auf die Regelleistungen beschränkt. Von dieser Vorschrift wurden allerdings die laufenden Leistungen nicht berührt[8].

---

4 Verfassung des Deutschen Reiches vom 11. August 1919 RGBl 1919, 1383.

5 Vgl. die vollständige Darlegung der Stellungnahmen bei *Strassert, Heinrich:* Die Selbstverwaltung in der Sozialversicherung, Diss. rer. oec., Handels-Hochschule Berlin 1933, 94 ff. Diese Monographie liefert eine sorgfältige Bestandsaufnahme der Entwicklung der rechtlichen Gegebenheiten und der Diskussion über sie. Hier braucht auf diese nicht näher eingegangen zu werden, weil 1. diese Verweisung möglich ist und 2. sie für das hier primär interessierende Verhältnis Versicherte und Selbstverwaltung unbedeutend blieb gegenüber der entscheidenden Zäsur durch die Reichsversicherungsordnung. Im Hinblick auf die Aktualität des Art. 161 WRV vgl. *Christian von Ferber:* Gibt es ein sozialstaatliches Recht auf Gesundheit?, in: Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit, 1971, 104.

6 RGBl 1919, 181, dazu: *Lehmann, Helmut:* Der Sturm gegen die Neuordnung in der Krankenversicherung, Volkstümliche Zeitschrift für praktische Arbeiterversicherung, 1919, 73. Im übrigen unterblieb eine Änderung der §§ 338, 362 RVO, vgl. dazu: *Hoch, Gustav:* Für die Selbstverwaltung der Versicherten in den Betriebskrankenkassen, Der Versichertenvertreter, 1929, 273.

7 *Richter, Lutz:* Sozialversicherungsrecht Berlin 1931, 17.

8 RGBl 1931, 699 (5. Teil, Abschnitt 2 § 1).

2. Die organisatorische Entwicklung der Gewerkschaften – den Trägern der Selbstverwaltung von 1914 bis 1933

Das Organisationswesen der Arbeitnehmerverbände in Deutschland war von Anfang an in sehr viele, teils nebeneinander bestehende, teils sich bekämpfende Richtungen geschieden. Die größten Organisationen auf Arbeiterseite waren die Freien Gewerkschaften (Mitglieder 1912: 2 553 162), die christlichen Gewerkschaften (Mitglieder 1912: 344 687) und die Deutschen Gewerkvereine (Hirsch-Duncker, Mitglieder 1912: 109 225). Hinzu kamen 1912 noch 33 unabhängige Vereine wie die Polnische Berufsvereinigung (1912: 76 651 Mitglieder), der Industriearbeiterverband Solingen (5500 Mitglieder), der Freie Maschinisten- und Heizer-Bund (4600 Mitglieder) u. a.. Schließlich sind noch die wirtschaftsfriedlichen Arbeitervereine, die „Gelben Gewerkschaften" zu nennen, die 1912 231 048 Mitglieder hatten, und die konfessionellen Arbeitervereine (630 205 Mitglieder) – diese können nach heutigem Verständnis nur bedingt zu den Gewerkschaften gerechnet werden. Innerhalb der großen Gesamtverbände der Arbeiter bestanden wieder zahlreiche Richtungen, Strömungen und Unterorganisationen[9].

Auf seiten der Angestellten zeigte sich 1912 ein ähnlich buntes Bild: Hier gab es 23 kaufmännische Verbände (insges. 623 840 Mitglieder), 21 Techniker-Verbände (insges. 132 049 Mitglieder), 9 Verbände der Bürobeamten (insges. 26 546 Mitglieder), 5 Verbände landwirtschaftlicher Beamten (insges. 23 451 Mitglieder) und noch 12 weitere nach dem Berufsprinzip gegliederte Verbände; alle Angestelltenorganisationen zusammen hatten 907 385 Mitglieder[10].

Die wichtigsten Aufgaben dieser Verbände lagen einmal in der kollektiven Durchsetzung besserer Arbeitsbedingungen für ihre Mitglieder – bei den Arbeiterorganisationen bedeutete das in der Regel die Organisation von kollektiven Arbeitsniederlegungen, von Streiks und Durchführung von Unterstützungsleistungen bei Arbeitslosigkeit, Streik und Rechtshilfe[11].

Mit der staatlichen Sozialpolitik wurde den Gewerkschaften zunächst ein wichtiges Arbeitsfeld – die Hilfskassenorganisation – langfristig entzogen, die Auseinander-

9 Vgl. *Kulemann, Wilhelm:* Die Gewerkschaftsbewegung, Jena 1909, ders.: Die Berufsvereine, Bd. 1 und 2, Jena 1908, *Erdmann, August:* Die christliche Gewerkschaftsbewegung in Deutschland, Stuttgart 1908, *Hartmann, Gustav:* Fünfzig Jahre Deutsche Gewerkvereine, Hirsch-Duncker 1868–1918, Jena 1918, *Heyde, Ludwig* (Hrsg.): Internationales Handwörterbuch des Gewerkschaftswesens, 2 Bde., Berlin 1931/32; *Hüllbüsch, Ursula:* Gewerkschaften und Staat. Ein Beitrag zur Geschichte der Gewerkschaften zu Anfang und zu Ende der Weimarer Republik, Teil 1.2., Heidelberg, Diss. phil. 1961; *Fricke, Dieter* (Hrsg.): Die bürgerlichen Parteien und andere bürgerliche Interessenorganisationen vom Vormärz bis zum Jahre 1945, 2 Bde., Leipzig 1968/70. Statistische Angaben enthalten die Sonderhefte 6, 8, 9, 11, 13, 16, 19 (= Die Verbände der Arbeitgeber, Angestellten und Arbeiter im Jahre 1911 ff. – 1917), 22 (= Die Verbände der Unternehmer, Angestellten, Arbeiter und Beamten im Jahre 1918), 25, 30, 36, 52 (= Jahrbuch der Berufsverbände im Deutschen Reiche 1922, 1925, 1927 und 1930) des Reichsarbeitsblatts, außerdem alle Jahrgänge des „Korrespondenzblattes".

10 Diese und die folgenden Zahlenangaben sind den entsprechenden Sonderheften des Reichsarbeitsblattes entnommen.

11 Vgl. *Fricke, Dieter:* Zur Organisation und Tätigkeit der deutschen Arbeiterbewegung (1890–1914), Leipzig 1962.

setzungen zwischen gesetzlichen Krankenkassen und Hilfskassen wurden bereits dargestellt. Andererseits wurden sie infolge der Selbstverwaltung am Funktionieren staatlicher Einrichtungen beteiligt und versuchten, auf dem Sektor Sozialpolitik auch Einfluß auf staatliche Entscheidungsprozesse zu gewinnen[12].

Der Ausbruch des 1. Weltkrieges schuf für die Gewerkschaften eine neue Situation. Im Rahmen der Politik des „Burgfriedens", die von der Mehrheits-Sozialdemokratie, den Freien Gewerkschaften, der christlich-nationalen und der Hirsch-Duncker'schen Arbeiterbewegung verfolgt wurde, unterstützte der größte Teil der deutschen Arbeiter die Kriegswirtschaft des Deutschen Reiches[13]. Von den verschiedenen Ansätzen zur „staatsbürgerlichen Gleichberechtigung", die von der Arbeiterbewegung gefordert und von Kreisen um Bethmann-Hollweg auch versprochen wurde, wurde nur das Hilfsdienstgesetz vom 12. Mai 1916 realisiert, mit dem die bisher mehr oder weniger koalitionsfeindliche Gesetzgebung beendet wurde[14]. Hier wurde zum ersten Male die besondere gesetzliche Anerkennung der Berufsvereine ausgesprochen, indem man ihnen ein Vorschlagsrecht für die Beisitzer der Schlichtungsausschüsse zuerkannte. Das Hilfsdienstgesetz hob auch die Unterstellung der Gewerkschaften unter das Recht der politischen Vereine (§§ 5 und 17 RVG) durch Einfügung des § 17a RVG auf, und am 22. Mai 1918 wurde der koalitionsfeindliche § 153 GewO aufgehoben. Die Durchführung des Gesetzes wurde allerdings durch den Widerstand der Schwerindustrie behindert.

Ludwig Preller schildert seine Auswirkungen folgendermaßen: „Die Freien Gewerkschaften hatten durch die Einberufungen bereits vom Juni 1914 (mit 2,5 Mill. Mitgliedern) bis Dezember 1916 (mit 0,95 Mill. Mitgliedern) über 1,5 Mill. Mitglieder in einem ständigen Rückgang eingebüßt. Da kam ihnen das Hilfsdienstgesetz zu Hilfe, das sich in seinen Schlichtungsinstanzen aufs stärkste auch der Gewerkschaften bediente. Die Mitgliederzahl stieg nun unaufhörlich. Am 30. September 1918 waren den Freien Gewerkschaften 0,5 Mill. Mitglieder neu zugewachsen. Zugleich gingen auch die Einnahmen im gleichen Schritt wieder in die Höhe. Deutlicher noch ergab sich die Tendenz dieses Zuwachses aus den Unterschieden, die zwischen Gewerkschaften in Rüstungs- und Kriegswirtschaftsbetrieben und solchen in Friedensindustrien bestanden. Während die Bergarbeiter z. B. von 1913 zu 1918 um 33 v. H. zunahmen, die Metallarbeiter nur um 20 v. H. abnahmen, gingen Gewerkschaften wie die der Textilarbeiter um knapp 50 v. H., Bäcker, Bauarbeiter, Maler gar um 75 bis 90 v. H. zurück. Der Rüstungsarbeiter war nach dem Hilfsdienstgesetz eben auf Mitgliedschaft in einer Gewerkschaft mehr angewiesen als

12 Die bisher noch umfassendste Darstellung ist *Preller, Ludwig:* Sozialpolitik in der Weimarer Republik, Stuttgart 1949.

13 Vgl. grundlegend: *Kocka, Jürgen:* Klassengesellschaft im Krieg. Deutsche Sozialgeschichte 1914–1918, Göttingen 1973 und *Wehler, Hans-Ulrich:* Das deutsche Kaiserreich 1871–1918, Göttingen 1973; speziell: *Hirsch-Weber, Wolfgang:* Gewerkschaften in der Politik, Köln und Opladen 1959, 15 ff., vgl. auch die bibliographische Notiz 13. Sonderheft RABI, 31 *f.

14 Vgl. *Schiffer, Eugen,* und *Johannes Junck:* Der Vaterländische Hilfsdienst, Berlin 1917; *Hermann, Max:* Gesetz über den Vaterländischen Hilfsdienst vom 5. Dezember 1916, Berlin 1917, *Kocka, Jürgen:* Klassengesellschaft . . . , 105 ff., *Heymann, Ernst:* Die Rechtsformen der militärischen Kriegswirtschaft, Marburg 1921, 176 ff.

der Arbeiter einer Friedensindustrie[15]." Der hier angesprochene Aufschwung der Arbeiterbewegung im Krieg muß jedoch multikausaler betrachtet werden.

In den amtlichen Arbeiterstatistiken wird über Krieg und Mitgliederbewegung der Gewerkschaften folgendes ausgeführt: Man weist darauf hin, daß die Zahl der zum Militär Eingezogenen den Rückgang des Mitgliederbestandes in den ersten Kriegsjahren nicht deckt: „Andere Ursachen haben zweifellos auf den Mitgliederrückgang ebenfalls eingewirkt. Die erste Zeit nach dem Kriegsausbruch brachte eine ziemlich umfangreiche Arbeitslosigkeit mit sich; das Vertrauen zu den Gewerkschaften war anfangs etwas erschüttert, die Aufhebung der satzungsmäßigen Unterstützungen erregte ebenfalls vielfach Mißfallen, die Einstellung des Wirtschaftslebens auf den Kriegsfuß (d. i.: Stillegung ganzer Industrien nach Kriegsbeginn, nur allmählich setzte die Umstellung auf Kriegswirtschaft ein) brachte nicht selten den Übertritt von einem Beruf in den anderen nebst Austritt aus den Berufsvereinen mit sich, und schließlich ruhte in der ersten Zeit die Werbetätigkeit völlig. Auffallend und bemerkenswert ist, daß der Rückgang der Mitglieder sich nicht nur auf die männlichen Mitglieder bezieht, sondern ebenso die weiblichen Mitglieder betrifft." Hier wirkte, daß Frauen, die die Arbeitsplätze einberufener Arbeiter einnahmen, betriebsfremd waren, keine gewerkschaftlichen Vertrauensleute vorfanden und die Krankenunterstützung aufgehoben worden war[16]."

Für die Ende 1916 einsetzende Aufwärtsbewegung der Gewerkschaften werden hier vier Faktoren genannt: „die wachsende Ausdehnung der Kriegswirtschaft, die gesteigerte Einflußnahme der Gewerkschaften auf alle kriegswirtschaftlichen Betriebe und die immer schwieriger werdenden Lebensverhältnisse" sowie „das Hilfsdienstgesetz, das die Stellung der Gewerkschaften bedeutend festigte". „Den größten Zuwachs hatten bei allen Verbandsgruppen die für die kriegswirtschaftlichen Betriebe zuständigen Gewerkschaften, vor allem die Metallarbeiter, Fabrikarbeiter- und Bergarbeiterverbände. Den bedeutendsten Anteil an diesem Wachstum hatten die weiblichen Mitglieder". Sie nahmen bis Ende 1917 um 49,8 v. H. zu, während die Gesamtmitgliederzahl um 46,2 v. H. fiel. Hierfür wurde als Grund genannt die „ständig wachsende Erwerbstätigkeit der Frauen, die nun auch in bisher männliche Berufe eindrangen und die zunehmende Aufklärungsarbeit der Gewerkschaften"[17].

Dieser Aufschwung hielt auch nach Kriegsende an; allein in den letzten drei Monaten des Jahres 1918 verdoppelte sich die Mitgliederzahl der freien Gewerkschaften. Dazu bemerkt Siegfried Nestriepke: „Nicht nur die aus dem Felde zurückkehrenden alten Anhänger der Gewerkschaftsidee füllten die Reihen, die neugewonnene Freiheit und Gefahrlosigkeit der Organisationszugehörigkeit und der von der Arbeiterbewegung im November errungene Erfolg ließen auch Massen früher Unorganisierter das Bedürfnis nach Organisation empfinden und ebenso zahlreiche frühere Angehörige der gelben Gewerkschaften den ‚freien' Verbänden zuströmen[18]."

Für die Rolle der Gewerkschaften in der Weimarer Republik ist kennzeichnend das Abkommen vom 15. November 1918 zwischen Gewerkschaften und Arbeitgeber-

15 *Preller, Ludwig:* Sozialpolitik . . . . 28.
16 13. Sonderheft RABl, 32*.
17 19. Sonderheft RABl, 21*.
18 *Nestriepke, Siegfried:* Die Gewerkschaftsbewegung, Bd. 2, Stuttgart 1921, 119 f.

verbänden, durch das die Zentralarbeitsgemeinschaft der industriellen und gewerblichen Arbeitgeber und Arbeitnehmer geschaffen wurde[19]. Die Arbeitgeber erkannten die Gewerkschaften „als berufene Vertreter der Arbeitnehmerschaft" an, mit ihr beginnt die Epoche des kollektiven Arbeitsrechts. Der Text der Vereinbarung wurde vom Rat der Volksbeauftragten im Reichsanzeiger veröffentlicht. Er trug die Unterschriften von Friedrich Ebert und Hugo Haase, „das unterstreicht den quasi-öffentlichen Charakter, der der Vereinbarung zuerkannt wurde[20]."

Der Mitgliederzuwachs zeigt sich in folgenden Zahlen: Ende 1918 betrug die Mitgliederzahl sämtlicher Verbände 3895 364, Ende 1919 = 9072 841, Ende 1920 = 10 073 559, das Jahr 1922 erreichte mit 13 308 721 Mitgliedern die höchste Mitgliederzahl überhaupt. Hierbei ist zu berücksichtigen, daß sich das Organisationsgebiet der Gewerkschaften infolge der Gebietsabtretung erheblich verkleinert hat. Bezieht man die Angestellten mit ein, dann waren 1922 „ungefähr zwei Drittel der in Deutschland vorhandenen Arbeiter und Angestellten organisiert. Zur Würdigung dieses Ergebnisses muß man aber berücksichtigen, daß der Organisationsgedanke seine Grenzen nicht erst an der Zahl der vorhandenen Arbeiter und Angestellten findet. Seine Werbekraft muß dort versagen, wo der wirtschaftliche Grundgedanke der Gewerkschaftsbewegung: gemeinsame Wahrung der Arbeitnehmerinteressen gegenüber dem Arbeitgeber in den bestehenden Verhältnissen nicht wirksam werden kann oder keine Berechtigung findet. Auch die in der Nachkriegszeit stärker hervorgetretene politische Einstellung der einzelnen Gewerkschaftsrichtungen, der die Bewegung starke Antriebe verdankt, wird als Werbekraft dort versagen, wo der Arbeitnehmer vorwiegend unpolitisch eingestellt ist oder mit der vertretenen politischen Richtung nicht übereinstimmt. So gibt es insbesondere auf dem Lande und im kleinstädtischen Gewerbe breite Schichten der Arbeitnehmer, die sich der gewerkschaftlichen Organisation gegenüber als zähe Masse erweisen. Sei es, daß dort die moderne Auffassung des Arbeitsverhältnisses, auf der die Gewerkschaftsbewegung erwachsen ist, noch keinen Eingang gefunden hat und noch teilweise mehr patriarchalische, im Kleinbetriebe wohl auch vielfach verwandtschaftliche Bindungen zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer bestehen; sei es, daß infolge der räumlichen Zerstreutheit der einzelnen Arbeitsverhältnisse der gewerkschaftliche Zusammenhalt wie die gewerkschaftliche Hilfe nicht genügend wirksam werden kann; oder sei es, daß andere Gründe bestimmend sind. Besonders deutlich zeigen sich diese Hemmnisse in den Kreisen der Landarbeiter[21]."

Der Anstieg der Zahl der von Streiks betroffenen Arbeitnehmer im gleichen Zeitraum (1912 = 406,3, 1915 = 11,6, 1918 = 1304,2, 1919 = 3214,4, 1920 = 2092,1, 1921 = 1909,2, 1922 = 2426,3, 1923 = 1979,4, jeweils in Tausend) zeigt, daß allein die zunehmende Integration der Gewerkschaften in den Staat die Mitgliederzunahme nicht erklärt[22].

Die Jahre 1923 bis 1925 brachten dann einen starken Rückgang in der Gewerkschaftsbewegung, der als „Krise der Gewerkschaftsbewegung" bezeichnet wurde.

---

19 *Hirsch-Weber, Wolfgang:* Gewerkschaften . . . , 23 f.

20 *Huber, Ernst Rudolf:* Wirtschaftsverwaltungsrecht, 2. Aufl., Bd. 2, Tübingen 1954, 360.

21 30. Sonderheft RABl 1925, 10.

22 Entwicklung der Streikbewegungen in einigen europäischen Ländern und den Vereinigten Staaten ab 1899, Recht der Arbeit 1969, 65.

Hier wirkten vermutlich interne Gründe – Abirren der Gewerkschaften von ihren alten Grundsätzen, durchgehende Politisierung und teilweise verfehlte Lohnpolitik[23] – ebenso wie externe Gründe: die wirtschaftliche Lage. Im Hochsommer 1922 fällt die Beschäftigungskurve, der Inflationsanreiz versagt, und ab September 1922 datiert auch der Rückgang der Gewerkschaftsbewegung. Infolge der Inflation wurde das Gewerkschaftsvermögen fast aufgezehrt; dadurch mußten die Gewerkschaften ihr Personal und ihre Unterstützungstätigkeit fast ganz einstellen. Hinzu kamen Arbeitslosigkeit bei 28 v. H. der Mitglieder (1923, 1907 bis 1913 nur bei 3,1 v.H. durchschnittlich) und Kurzarbeit bei 40 bis 50 v. H. und ein allgemeiner Lohnrückgang um rd. 27 v. H. gegenüber 1913/14. Bei diesen allgemeinen Verarmungsprozessen in der wirtschaftlichen Krise mußten die Gewerkschaften in ihrer Aufgabe versagen, den Arbeiter im Lohnkampf zu schützen. Der Arbeitnehmer sparte dann bei vermindertem Einkommen und verminderter Gewerkschaftsleistung die Beiträge und trat aus der Gewerkschaft aus.[24]

Für die „äußere" Betrachtung der Gewerkschaftsentwicklung muß hier auch noch die Konzentrationsbewegung und Zentralisierungsbewegung, der Zusammenschluß mit fachverwandten Verbänden erwähnt werden: „Die Anfänge dieser Bewegung reichen weit in die Friedenszeit zurück. Ihre Ursachen liegen vor allem in organisatorischen Veränderungen der gewerblichen Produktion, insbesondere der zunehmenden Arbeitsteilung in der Großindustrie, welche die Grenzen zwischen gelernten und ungelernten Arbeitern verwischt, in der Zusammenfassung verschiedenartiger Betriebe in einer Unternehmung und dem Zusammenschluß der Unternehmer zu Syndikaten, Interessengemeinschaften, wirtschaftlichen Unternehmerverbänden und Arbeitgebervereinigungen. Neuerdings wirken für den Zusammenschluß zu großen Industrieverbänden auch die finanziellen Schwierigkeiten, die den Gewerkschaften naturgemäß die fortschreitende Geldentwertung bereitet. Auch die Eingliederung der Betriebsräte in die Gewerkschaften und ihre industrieweise Zusammenfassung sowie Sozialisierungsbestrebungen ... begünstigen die Entwicklung zum Industrieverband[25]." Die Verbände der freien Gewerkschaften verminderten sich durch den Übergang vom Berufsprinzip zum Industrieprinzip von 53 im Jahre 1891 auf 38 im Jahre 1927. So waren 1927 im Verband der Bauarbeiter auch die Bauhilfsarbeiter, Isolierer und Steinholzleger, Maurer und Stukkateure erfaßt, im Holzarbeiterverband neben Drechslern, Stellmachern und Tischlern auch Vergolder und Schirmmacher etc.

In diesen Fragenkreis gehört auch die Ausgestaltung der Gewerkschaftszentralen. Die Generalkommission als Spitzenvertretung der freigewerkschaftlichen Zentralverbände machte der festeren Form des „Allgemeinen Deutschen Gewerkschaftsbundes" (ADGB) Platz, der auf dem 10. Deutschen Gewerkschaftskongreß im Jahre 1919 endgültig begründet wurde und Ende 1919 52 Verbände mit 7 337 477 Mitgliedern, Ende 1920 = 49 Verbände mit 8 025 682 Mitgliedern zählte.

---

23 *Brauer, Theodor:* Krisis der Gewerkschaften, Jena 1924.

24 30. Sonderheft RABl 1925, 11.

25 25. Sonderheft RABl 1922, 10*.

26 52. Sonderheft RABl 1930, vgl. auch *Brill, Justin:* Das Organisationsproblem der deutschen Arbeiterschaft . . . Magdeburg 1928; *Dissinger, Arthur:* Das freigewerkschaftliche Organisationsproblem, Jena 1929.

Die christlichen Gewerkschaften bauten nach der Revolution ihre Spitzenorganisation, den seit 1. Januar 1901 bestehenden Gesamtverband der christlichen Gewerkschaften Deutschlands aus; die Hirsch-Duncker'schen Gewerkvereine waren im Verband der Deutschen Gewerkvereine zusammengeschlossen.

Entsprechend ihrem erweiterten Aufgabenkreis haben die Spitzenverbände als Wortführer der handarbeitenden Stände und vermöge ihrer starken gesellschaftlichen Macht sich bei den verschiedenen Gelegenheiten in vielbeachteten Kundgebungen an Regierung und Öffentlichkeit gewandt und die politischen Verhältnisse maßgebend beeinflußt. Sie konnten das umso eher, als sich ihnen auch die gleichgerichteten Verbände der Angestellten und öffentlichen Beamten zur Seite stellten, die sich nach der Revolution zum allergrößten Teil auf gewerkschaftlichen Boden gestellt und damit die Vorbedingungen für ein Zusammenwirken mit den Arbeitergewerkschaften geschlossen hatten. Dieses Zusammenwirken erhielt bei den drei Richtungen eine verschiedene organisatorische Ausgestaltung[27]".

Diese Angaben über die Gewerkschaften machen ihren dominierenden Einfluß in der Krankenversicherung nach 1918 verständlich, 1922 waren etwa zwei Drittel aller Krankenversicherungsangehörigen gewerkschaftlich organisiert – dem folgte dann wieder eine stärkere gesetzliche Berücksichtigung der Gewerkschaften und ihrer Forderungen bei sozialpolitischen Gesetzen in dem zwischen der Inflation und Weltwirtschaftskrise liegenden Jahr des wirtschaftlichen Aufschwungs – hier hatte allerdings die Gewerkschaftsbewegung schon ihren Höhepunkt überschritten. Parallel mit gewerkschaftlichen Tendenzen erfolgte auch die Zentralisierung in der Krankenversicherung über Verbände und die weitgehende Aufgabe „besonderer" (berufsmäßiger) Ortskrankenkassen zugunsten allgemeiner Ortskrankenkassen. Die folgenden Übersichten verdeutlichen die Situation[28].

---

27 25. Sonderheft RABI 1922, 17*.

28 Infolge der ökonomischen Entwicklung und der sozialen Strukturen der Weimarer Republik (vgl. *Bruck, Werner Frederick:* Social and economic History of Germany from William II. to Hitler 1888–1938, New York: Russel-Russel 1962, *Stolper, Gustav:* Deutsche Wirtschaft seit 1870, Tübingen 1966; *Stucken, Rudolf:* Deutsche Geld- und Kreditpolitik 1914 bis 1963, Tübingen 1964, *Fischer, Wolfram:* Deutsche Wirtschaftspolitik 1918–1945, Opladen 1968, *Winkler, Heinrich August:* Mittelstand, Demokratie und Nationalsozialismus, Köln 1972) wurden die Vorstellungen der Gewerkschaften zur materiellen und organisatorischen Reform der Sozialversicherung nicht verwirklicht. Auf ihre Wiedergabe wird daher verzichtet, vgl. dazu ausführlich: *Ritter, Erich:* Die Stellungnahme der Gewerkschaften zu den Problemen der Sozialversicherung in Deutschland, Diss. Wiso. Frankfurt 1933. Für die faktische Entwicklung entscheidender war der Mitgliederzuwachs der Gewerkschaften und ihre von dorther verstärkten Ansprüche auf Mitwirkung bei der Selbstverwaltung und Stellenbesetzungen.
Im Hinblick auf letzteres sind zumindest bei den Ortskrankenkassen zwei Ebenen zu unterscheiden:
a) Man nahm häufig Gewerkschaftsaktivisten auf, die bei den Arbeitgebern „schwarz geschrieben" waren und deshalb keine Arbeitsstelle fanden. Diese wurden in der Regel als Krankenbesucher oder „Meldereiter" (Anmeldungen, Abmeldungen) angestellt, „Aufstieg" war durch Bewährung möglich. Die Arbeiter waren aber mehr für Reden geeignet als für Büroarbeit, so daß sie meist nur Hilfsarbeiten verrichteten.

Fortsetzung der Fußnote nächste Seite

b) Für in der Gewerkschaft aufgestiegene Funktionäre gab es eine fast „genormte Laufbahn" vom Zentralverband der Angestellten bzw. Afa-Bund über Vorstandsarbeit, wo spezielle Fachkenntnisse erworben wurden, in die oberen Regionen der Geschäftsführung. Die Krankenkassenlaufbahn war als (einzige?) Einheitslaufbahn sehr beliebt. Quantitative Aussagen sind schwer möglich, einen ungefähren Eindruck vermitteln die Ergebnisse einer Untersuchung des Hartmannbundes. Hier wurden in 224 von 260 Städten mit 20 000 und mehr Einwohnern, die Deutschland insgesamt hatte (15925), Vorbildung bzw. Beruf der dortigen Ortskrankenkassendirektoren bzw. Geschäftsführer untersucht. Das Ergebnis war folgendes *(Hadrich, Julius,* Selbstverwaltung?, Ärztliche Mitteilungen, 1926, 706; vgl. dazu: Betrachtungen zur Angestelltenfrage bei den Krankenkassen, Deutsche Krankenkasse 1928, 289):

Vorbildung bzw. früherer Beruf von 224 Ortskrankenkassen-Geschäftsführern

	Anzahl	in Prozent
1. Krankenkassenbeamte	48	21,4
2. Sonstige Verwaltungsbeamte (darunter 11 Notariatsbeamte)	73	32,6
3. Gewerkschaftssekretäre	7	3,1
4. Militäranwärter	11	5,0
5. Kaufleute	30	13,5
6. Arbeiter, Handwerker, Schriftsetzer usw.	55	24,5
	224	100,0

Die Gruppe 6 setzt sich zusammen aus:

Schriftsetzer	14
Metallarbeiter	7
Schreiner und Tischler	9
Textilarbeiter	5
Maurer	2
Schuhmacher	2
Zigarrenarbeiter	2
Barbier, Steinsetzer, Musiker, Hauslehrer, Handwerker, Maler, Holzbildhauer, Metzger, Schneider, Buchbinder, Goldschmied, Musterzeichner	14
	55

Ein unmittelbarer Erfolg der (christlichen) Gewerkschaften war das Dritte Gesetz zur Änderung des 2. Buches der RVO vom 15. Juli 1927 (RGBl I, 218), das bis zum 31. Dezember 1927 „auf Antrag eines wirtschaftlichen Verbandes von Arbeitnehmern, dem mindestens 10 000 Mitglieder" angehörten, die Neuzulassung von Ersatzkassen gestattete. Dies führte zur Gründung von 8 Angestellten-Gewerkschaften-Berufskrankenkassen (vgl. *Bogs, Walter:* Die Abgrenzung des Mitarbeiterkreises der Ersatzkassen, Die Ersatzkasse 1971, 109, 112).

Tabelle 9: Mitgliederbewegung der deutschen Arbeitergewerkschaften und der gesetzlichen Krankenversicherung 1891–1929

Jahr	Mitglieder der Gewerkschaften a)	Mitglieder der Krankenkassen b)
1891	ca. 395.000	6.879.921
1892	ca. 315.000	6.955.049
1893	ca. 295.000	7.106.804
1894	ca. 337.000	7.282.609
1895	ca. 352.000	7.525.524
1896	ca. 429.000	7.944.820
1897	ca. 533.000	8.337.119
1898	ca. 630.000	8.770.057
1899	ca. 655.000	9.155.582
1900	ca. 876.000	9.520.763
1901	ca. 888.000	9.641.742
1902	ca. 948.000	9.858.066
1903	ca. 1.135.000	10.224.297
1904	ca. 1.345.000	10.710.720
1905	ca. 1.730.000	11.184.476
1906	ca. 2.167.000	11.689.388
1907	ca. 2.456.000	12.138.966
1908	2.453.100	12.324.094
1909	2.529.740	12.519.785
1910	2.751.763	13.069.375
1911	3.101.846	13.619.048
1912	3.501.279	13.217.705
1913	3.733.759	13.566.473
1914	3.716.158	16.525.667
1915	2.302.162	14.583.783
1916	1.652.634	14.277.674
1917	1.593.200	15.224.744
1918	2.018.827	15.572.794
1919	3.895.364	17.240.624
1920	9.151.341	18.779.610
1921	10.068.768	19.028.736
1922	9.716.562	20.184.470
1923	9.122.089	19.999.404
1924	6.852.101	19.121.795
1925	4.808.688	20.175.356
1926	5.112.997	20.187.000
1927	4.881.295	21.207.000
1928	5.432.749	21.995.000
1929	5.949.565	22.418.000

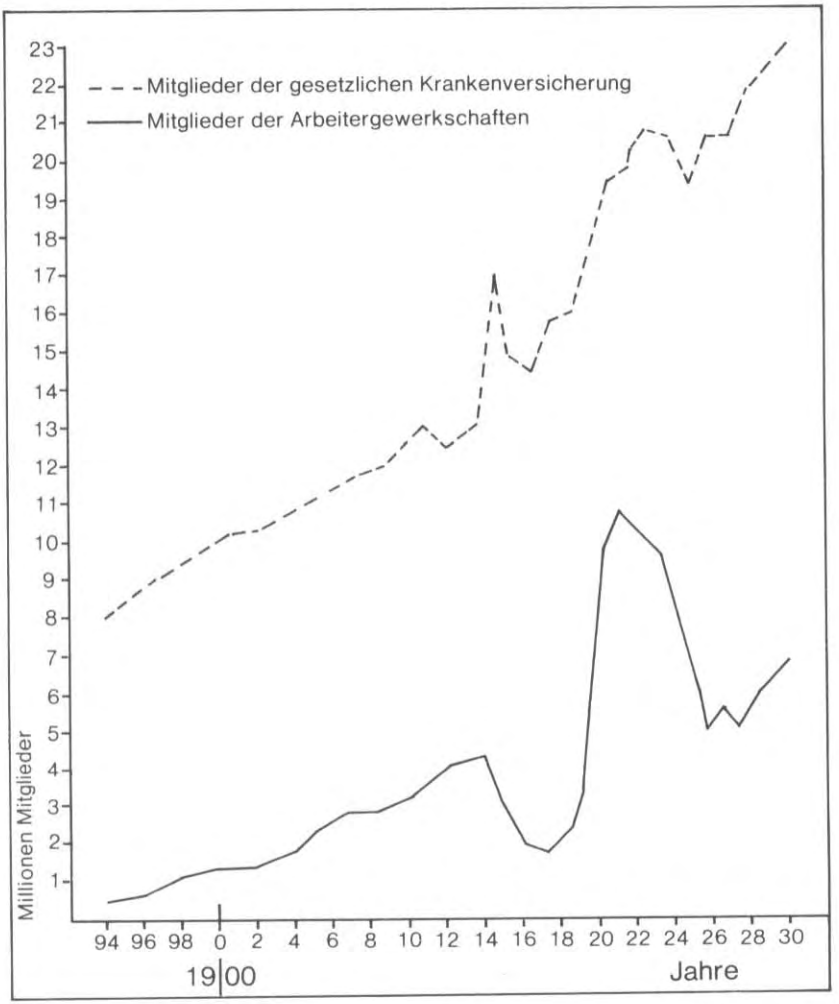
a) Grundsätzlich sind alle Richtungen organisierter Berufsverbände aufgenommen, das Zahlenmaterial ist aber von unterschiedlicher Zuverlässigkeit: Freie Gewerkschaften (einschl. „Lokalisten"), Deutsche Gewerkvereine (Hirsch-Duncker), syndikalistische und kommunistische Verbände, wirtschaftsfriedliche Verbände („Gelbe") sowie konfessionelle Arbeitnehmerverbände mit gewerkschaftlichen Aufgaben.

b) Einschließlich Ersatzkassen, deren Mitgliederzahl von 447.000 im Jahre 1914 auf 1.462.000 im Jahre 1929 stieg.

Quelle: 1891–1907: zusammengestellt und errechnet nach: Kulemann, Wilhelm: Die Gewerkschaftsbewegung, Jena 1900, ders.: Die Berufsvereine, Bd. 1 u. 2, Jena 1908, Fricke, Dieter (Hrsg.): Die bürgerlichen Parteien in Deutschland, 2 Bde., Leipzig 1968/70. 1908–1929: Sonderheft 52 des Reichsarbeitsblatts, Jahrbuch der Berufsverbände im Deutschen Reich 1930, 16.

Tabelle 10 (Schaubild)

Organisationsgrad der Arbeiter 1894–1930



3. Wahlen und Wahlrecht bei den gesetzlichen Krankenkassen

Die ersten Wahlen nach der Reichsversicherungsordnung hatten im Herbst 1913 stattgefunden. Da gemäß § 16 RVO die Amtsdauer der Mitglieder der Kassenorgane vier Jahre betrug, hätten die nächsten Wahlen eigentlich 1917 stattfinden müssen. Nach der Bekanntmachung des Bundeskanzlers vom 11. Januar 1917[29] wurde die Amtsdauer der Versicherten und Unternehmervertreter bei den Versicherungsbehörden und Versicherungsträgern längstens bis zum Schluß des Kalenderjahres ausgedehnt, das dem Jahr folgt, in dem der Krieg beendet ist. Gemäß der Bekanntmachung betreffend die Auslegung der Begriffe Friedensschluß und Kriegsende auf dem Gebiete der Arbeiter- und Angestelltenversicherung vom 25. Mai 1920[30] galt als „Zeitpunkt der Kriegsbeendigung oder des Friedensschlusses der 10. Januar 1920", so daß also im Jahre 1921 die Neuwahlen stattzufinden hatten. Vorher waren nur Ergänzungswahlen vorgenommen worden, um die gesetzlich notwendige Vollzähligkeit der Kassenorgane zu gewährleisten[31].

Am 2. April 1921 erteilte das Reichsarbeitsministerium den Bescheid, daß nicht beabsichtigt sei, einen einheitlichen Zeitpunkt für die Vornahme der Neuwahlen zu den Organen der Krankenkassen zu bestimmen. Empfohlen wurde aber, die Wahlen möglichst bald abzuhalten[32].

Anfänglich sah es so aus, als würden die Wahlen in Durchführung und Ergebnis denen von 1913 ähnlich sein. Die christlich-nationalen Arbeiter- und Angestelltenorganisationen und die Hirsch-Dunckerschen Gewerkschaften gingen in Württemberg zusammen, „um den sozialistischen Einfluß auf ein bestimmtes Maß zurückzudrängen." In einem Aufruf hieß es: „Alles Trennende muß jetzt auf die Seite gestellt werden. Das gemeinsame Ziel, an dem sich die Arbeitgeber, die nicht sozialistisch denkenden Arbeitnehmer und Angestellten beteiligen müssen, sei: ‚Gegen die rote Flut'[33]!"

Im „Korrespondenzblatt des Allgemeinen Deutschen Gewerkschaftsbundes" hieß es: „Der Einfluß der dem Allgemeinen Deutschen Gewerkschaftsbund angeschlossenen Gewerkschaften bei all diesen Wahlen wird um so größer, je mehr es gelingt, die übrigen Gewerkschaftsrichtungen bei den Ausschußwahlen zu den Krankenkassen zurückzudrängen. Die Ortsausschüsse müssen deshalb an allen Orten, wo bisher keine Neuwahlen zur Krankenkasse stattgefunden haben, eine rege Propa-

29 RGBl 1917, 39, auch: Erlaß des preußischen Handelsministers betr. Wahlen von Vertretern der Arbeitgeber und Versicherten aufgrund der Reichsversicherungsordnung vom 19. Januar 1917 (HMBl 1917, 45), vgl. *Kleeis, Friedrich:* Die Geschichte der fälligen Vertreterwahlen, Ortskrankenkasse 1916, 627.

30 RGBl 1920, 1081.

31 *Kleeis, Friedrich:* Die Neuwahlen zu den Organen der Krankenkassen, Korrespondenzblatt des ADGB 1921, 407.

32 RABl 1921, 562.

33 Süddeutsche Zeitung, 5. Mai 1921. In Waldshut veröffentlichten die freien Gewerkschaften einen Aufruf, in dem es hieß: „Wählt nicht die christlich-nationale Liste. Ihr gehören Organisationen an, deren Führer Abgeordnete der deutsch-nationalen Volkspartei sind, der Partei, welche den Erzberger Mord auf dem Gewissen hat" (Zentralblatt der christlichen Gewerkschaften 1921, 312).

ganda zur Wahl betreiben, um alle uns angeschlossenen wahlberechtigten Mitglieder der Krankenkasse zur Wahlurne zu bringen[34]."

Die Wahlen selbst zeigten dann aber eine Verständigung der verschiedenen Gewerkschaftsrichtungen und eine recht geringe Versichertenbeteiligung, es fehlte ihnen der emanzipativpolitische Charakter wie im Deutschen Reich vor 1918.

Gemäß § 10 der „Musterwahlordnung für die Organe der Ortskrankenkassen[35]" gab es eine Wahl ohne Stimmabgabe: „Sind auf gültigen Wahlvorschlägen im ganzen nur so viele wählbare Bewerber benannt, wie Vertreter zu wählen sind, so gelten sie als gewählt." Gemäß § 7 der Musterwahlordnung mußten die Wahlvorschläge der Wahlberechtigten der betreffenden Gruppe von mindestens 10 Wahlberechtigten unterzeichnet sein, wobei ein Ausschuß von 90 Vertretern unterstellt wurde. In einer grundsätzlichen Entscheidung vom 23. Januar 1915 stellte das Reichsversicherungsamt fest: „Gehören zu dem Ausschuß einer Krankenkasse sechs Vertreter der Versicherten, so verstößt eine Satzungsbestimmung, daß die Vorschlagslisten für die Vorstandswahl von drei Wahlberechtigten zu unterzeichnen sind, gegen die Grundsätze des Verhältniswahlverfahrens und ist daher unwirksam[36]."

Der Minderheitenschutz war also sehr ausgeprägt, trotzdem wurden die Wahlen faktisch nur von den größeren Berufsverbänden getragen.

Dies geht aus einer Mitteilung über die Wahlen zu den Krankenkassen in Württemberg hervor, andere derartige Angaben fehlen leider. Hier ergab eine Umfrage bei 76 von 82 Ortskrankenkassen insgesamt folgendes Resultat:

„Bei 16 Kassen fand eine direkte Wahl statt und wurde der Wahlkampf gegen die vereinigten gegnerischen Gewerkschaften geführt. Bei 35 Kassen wurden Kompromisse abgeschlossen, und zwar in der Hauptsache mit den christlichen und Hirsch-Dunckerschen Gewerkschaften. In 25 Fällen wurde nur ein Wahlvorschlag eingereicht, und zwar ohne eine Vereinbarung mit gegnerischen Organisationen, in einzelnen Fällen dagegen aufgrund einer Vereinbarung mit dem alten Kassenvorstand." Das bedeutet, daß in 60 Ortskrankenkassen eine Wahl vorgenommen wurde, also in fast zwei Dritteln aller Ortskrankenkassen[37].

Die geringe Zahl der „echten" Wahlen gegenüber 1913 aufgrund von Vereinbarungen der Gewerkschaften scheint verbreitet gewesen zu sein, so fanden auch in Leipzig und München, zwei Städte, die 1913 eine hohe Wahlbeteiligung verzeichnen konnten, keine Wahlen statt, sondern es wurde per Listenvorschlag ein großer Teil der bisherigen langjährigen Ausschußmitglieder wiedergewählt.

Dieser starken Verbandsbestimmung der Vorschlagslisten ging eine geringe Wahlbeteiligung der Versicherten parallel. Diese dürfte auf die allgemeine wirtschaftliche Situation, die fast vollständige Repräsentation aller Kassenmitglieder durch die Gewerkschaften zurückzuführen sein und darauf, daß die Wahlen keinen allge-

34 Krankenkassenwahlen, Korrespondenzblatt des ADGB 1921, 536.

35 Zentralblatt für das Deutsche Reich, 1913, 259 ff., zum Wahlvorgang selbst vgl: *Schulz Hermann:* Die Wahl, insbesondere die Verhältniswahl in der sozialen Versicherung, Berlin 1913.

36 Entscheidungen und Mitteilungen des Reichsversicherungsamts, Bd. 5, S. 13.

37 Die Wahlen zu den Krankenkassen in Württemberg, Korrespondenzblatt des ADGB, 1922, 307.

meinpolitisch-emanzipatorischen Akzent für die Arbeiter mehr hatten. Sofern sie ein Interesse fanden, geschah das hauptsächlich, um gewerkschaftspolitische Streitfragen auszutragen. Übereinstimmend sind Berichte über mäßige Beteiligung, die geringer gewesen sei als vor dem Kriege[38].

Dieses Bild bestätigen auch die wenigen exakten Wahlbeteiligungsergebnisse, die sich ermitteln ließen.

Tabelle 11: Ergebnisse der Vertreterwahlen für Ortskrankenkassen 1921/22

Ort		Mitglieder	Wahl-berechtigte	Wähler	Beteiligung
Berlin		517.977	?	47.437	?
Hamburg		306.250	?	46.708	?
Frankfurt		184.505	?	28.253	?
Dresden		180.506	?	48.096	?
Chemnitz		93.838	?	16.607	?
Düsseldorf		80.271	45.000	7.923	?
Aachen	ca.	60.000	?	15.045	40,0 v. H.
Halle/S.		46.133	?	8.287	?
Essen		44.000	23.000	5.584	?
Braunschweig		39.759	28.687	8.049	28,06 v. H.
Krefeld		35.480	27.811	4.700	16,9 v. H.
Duisburg	ca.	35.000	?	3.671	?
Bochum	ca.	35.000	12.000	3.168	26,5 v. H.
Freiburg/B.	ca.	20.000	?	5.377	?
Solingen	ca.	20.000	?	7.638	20,0 v. H.
Bonn	ca.	20.000	?	3.606	?
Neumünster		12.600	?	1.496	?
Baden-Baden	ca.	10.000	?	2.175	?
Fulda	ca.	10.000	4.620	2.557	55,8 v. H.

Quelle: Zusammengestellt und errechnet nach:

a) Mitglieder: Die Ortskrankenkasse 1922, 101; Harth, Philipp u. a.: Nachschlagebuch sämtlicher gesetzlicher Träger der Reichsversicherung, ihrer Verbände usw., Worms 1928

b) Wahlergebnisse: Deutsche Krankenkassen-Zeitung 1921, 58, 76, 88, 118, 129, 135, 142; Die Ortskrankenkasse 1921, 508, 547 u. 1922, 25; Zentralblatt der christlichen Gewerkschaften, 1921, 101, 181, 239, 312, 341, 355, 372.

38 Z. B.: Die Bedeutung der Krankenkassenwahlen, Zentralblatt der christlichen Gewerkschaften Deutschlands, 1921, 248. Die Krankenkassenwahlen im Rheinland und in Westfalen, Korrespondenzblatt des ADGB, 1922, 395. – Mitteilungen über Wahlverläufe fehlen fast völlig. Die 1913 noch vorgekommenen behördlichen Behinderungen unterblieben. Über die Wahl zum Ausschuß der Ortskrankenkasse Krefeld wird berichtet: „Es fehlte bei dieser Wahl das früher bekundete Interesse einer Reihe christlicher Organisationen. Die kath. Standesvereine, insbesondere die Arbeiterinnen ließen es an der notwendigen Aufklärungsarbeit fehlen. Der evangel. Arbeiterverein versagte gänzlich, da sein Präses, Pfarrer Starck, bei früherer Gelegenheit dem Kartell der christlichen Gewerkschaften brieflich erklärte, es sei ihm gleichgültig, ob seine Mitglieder den christlichen oder den sozialdemokratischen Gewerkschaften angehörten. Zu all dem kam noch, daß am Wahlsonntag ein orkanartiger Sturm einsetzte, der es nur den Opferwilligen möglich machte, zu dem etwas

Bei diesen Wahlen fanden auch mehr Betriebskrankenkassenwahlen als bisher statt. Hier fehlen aber Mitgliederzahlangaben, so daß eine Aussage über Wahlbeteiligung nicht möglich ist. Zur Wahl der Betriebskrankenkasse der Firma Krupp wurden 34 820 Stimmen abgegeben. Davon entfielen auf die freien Gewerkschaften 20 076 Stimmen, auf die christlich-nationalen 11 416, auf die Hirsch-Dunckerschen Gewerkvereine 1230 und auf die „Gelben" 2098 Stimmen. Die Betriebskrankenkasse der städtischen Betriebe in Köln erreichte eine Wahlbeteiligung von rd. 65 v. H.[38a].

Die Wahlen in der Sozialversicherung in den Jahren 1927/28, die eine Ernennung der Vertreter in dem gesamten Gebiet der Sozialversicherung brachten, hatten ihre Rechtsgrundlage in dem „Gesetz über Wahlen nach der Reichsversicherungsordnung, dem Angestelltenversicherungsgesetz und dem Reichsknappschaftsgesetz vom 8. April 1927[39]".

In diesem Gesetz wurde aufgrund eines Beschlusses des zuständigen Reichstagsausschusses die Priorität der Verbände bei der Wahl betont. Aus § 15 RVO – „Die Vertreter der Unternehmer oder anderen Arbeitgeber und der Versicherten werden nach den Grundsätzen der Verhältniswahl gewählt" – wurde: „Die Vertreter ... werden aufgrund von Vorschlagslisten wirtschaftlicher Vereinigungen von Arbeitgebern oder von Arbeitnehmern oder von Verbänden solcher Vereinigungen ... gewählt". Im übrigen wurde hinzugefügt, daß bei der Wahl zum Ausschuß und Vorstand der Krankenkassen diesen Vorschlagslisten gleich standen, „welche die in der Satzung festgelegte Zahl von Unterschriften tragen[40]". Im Hinblick auf die Zahl stellte das Reichsversicherungsamt am 17. Dezember 1927 fest: „Die Zahl der Unterschriften unter einem Wahlvorschlag darf grundsätzlich nicht größer sein, als die Zahl der Wähler, auf die bei Beteiligung aller Wahlberechtigten ein Gewählter entfallen würde[41]." Hierdurch wurde eine Satzungsbestimmung für ungültig erklärt, bei der – bei 1070 Wahlberechtigten – 200 Unterschriften gefordert wurden.

Im Hinblick auf die neue Bestimmung ist interessant, daß die kommunistischen Abgeordneten einen Änderungsantrag stellten, den Martha Arendsee folgendermaßen begründete:

„Die Sozialdemokratie hat gefordert, daß bei der Aufstellung der Vorschlagslisten nur Vorschläge der Gewerkschaften zur Wahl gestellt werden sollen. Wir haben diesem Antrag grundsätzlich zugestimmt, haben aber in einem Abänderungsantrag verlangt, daß diese Listen in den Versammlungen der Versicherten aufgestellt werden müßten und nicht in einem engen Kreis von der Gewerkschaftsbureaukratie oder gar in Verhandlungen mit den anderen Richtungen. Wenn sich zum Beispiel die Freien Gewerkschaften mit den Christlichen oder Hirsch-Dunckerschen Gewerkschaften zusammensetzen, um eine Liste zustande zu bringen und dann überhaupt keine Wahlen stattfinden lassen, so heißt es, die Rechte der Versicherten da-

außerhalb der Stadt gelegenen Wahllokale hinzukommen. Da das Gros der christlichen Wähler und Wählerinnen sonntags kommen mußte, war das für die christliche Liste ein nicht wieder gut zu machender Schlag. Am Wahlmontag rückten die sozialdemokratischen Textilbetriebe mit den Betriebsräten an der Spitze geschlossen an" (Zentralblatt der christlichen Gewerkschaften Deutschlands, 1921, 372).

38a Zentralblatt der christl. Gewerkschaften, 1922, 342.

39 RGBl I 1927, 95.

40 Drucksachen d. Reichstags 1924/27 Nr. 3018, S. 2.

41 Entscheidungen und Mitteilungen, Bd. 22, 129.

mit preisgeben. Diese Praxis ist bei den Gewerkschaften sehr beliebt, und der Grund, weshalb sie unseren Antrag abgelehnt haben, ist wohl darin zu suchen, daß sie nicht wollen, daß die Versicherten selbst zu den Vorschlagslisten Stellung nehmen können. Dabei lassen sie ganz außer acht, daß den Gewerkschaften bei der Aufstellung solcher Listen die verschiedensten Möglichkeiten zur Propaganda für die gewerkschaftlichen Ideen gegeben wären[42]."

Die Wahlen im Jahre 1927/28 sind die einzigen Wahlen im Deutschen Reich, zu denen – aufgrund einer Erhebung des Allgemeinen Deutschen Gewerkschaftsbundes – eine annähernd vollständige Erhebung durchgeführt wurde[43].

Den Umfang der Erhebung veranschaulicht folgende Tabelle:

Tabelle 12: Umfang der Erhebung des ADGB zu den Sozialwahlen 1927/28

Kassenart	Kassen insg.	Zahl der Mitglieder	Von der Erhebung wurden erfaßt			
			Kassen absolut	in v. H.	Mitglieder absolut	in v. H.
Ortskrankenkassen	2 161	12 750 789	1 293	59,8	10 157 339	79,7
Landkrankenkassen	432	2 044 784	213	49,3	1 082 807	53,0
Betriebskrankenkassen	4 142	3 142 748	2 015	48,6	2 205 206	70,2
Innungskrankenkassen .	782	463 826	388	49,6	341 342	73,6
Zusammen	7 517	18 402 147	3 909	52,0	13 786 694	69,1

Quelle: Die Vertretung der Versicherten in den reichsgesetzlichen Krankenkassen, Berlin 1929

Die Tabelle zeigt, daß meist kleinere Kassen außerhalb der Erhebung blieben und die Ortskrankenkassen am vollständigsten erfaßt wurden.

Durch die Erhebung wurde deutlich, daß bei der übergroßen Mehrheit der Kassen die Ausschußwahlen ohne Stimmabgabe stattgefunden haben, also nur eine Vorschlagsliste eingereicht war.

42 Sten.Ber. d. DT. RT, Bd. 393, S. 10 436; Martha Arendsee (1885–1953), Buchhalterin, nach Operation 1903 schwer körperbehindert, 1906 SPD-Mitglied, 1907–1916 verantwortlich für SPD-Frauenarbeit in Berlin, Heimarbeiterin, 1917 Übertritt zur USPD, 1919–1921 Mitglied der Preußischen Landesversammlung, 1920 KPD-Mitglied als Abgeordnete dieser Partei, 1921–1924 im preuß. Landtag und 1924–1930 im Reichstag, Redakteurin der „Proletarischen Sozialpolitik", 1933 verhaftet, nach der Freilassung emigrierte sie mit ihrem Mann, Paul Schwenck (1880–1960), in die Sowjetunion, Tätigkeit beim Moskauer Sender, 1945 Rückkehr nach Berlin, Mitglied des 1. Parteivorstandes der SED, Vorsitzende der Sozialversicherungsanstalt Berlin.

43 Die Vertretung der Versicherten in den reichsgesetzlichen Krankenkassen, Berlin 1929.

Tabelle 13: Wahlen ohne Stimmabgabe bei den Sozialwahlen 1927/28

	Angaben über die Art der Wahlen liegen vor für		Die Ausschußwahlen erfolgten ohne Stimmenabgabe			
			in Kassen		mit Mitgliedern	
	Kassen	Mitglieder	Zahl	in v. H.	Zahl	in v. H.
Ortskrankenkassen	1 153	9 423 096	839	72,8	6 130 899	65,1
Landkrankenkassen	181	912 841	122	67,4	526 930	57,7
Betriebskrankenkassen	1 653	2 025 425	1 366	82,6	1 268 536	62,6
Innungskrankenkassen	310	299 427	261	84,2	229 576	76,7
Zusammen	3 297	12 660 789	2 588	76,8	8 155 941	65,5

Quelle: Die Vertretung der Versicherten ..., Berlin 1929

Tabelle 14: Verteilung der Möglichkeiten bei Wahlen ohne Stimmabgabe

	Es wurden eingereicht					
	nur eine Liste der freien Gewerkschaften		eine gemeins. Liste d. freien Gewerksch. mit anderen Organisationen		sonstige Listen (1)	
	Kassen	Mitglieder	Kassen	Mitglieder	Kassen	Mitglieder
Ortskrankenkassen	399	1 914 980	328	3 816 311	112	399 608
Landkrankenkassen	31	118 286	34	178 040	57	230 604
Betriebskrankenkassen	601	546 629	433	467 103	352	254 804
Innungskrankenkassen	91	111 643	31	47 154	139	70 779
Zusammen	1 122	2 691 538	826	4 508 608	660	955 795

(1) Listen von christlichen Gewerkschaften und sonstigen Vereinigungen, sowie Listen von Werkvereinen bzw. Belegschaften

Quelle: Die Vertretung der Versicherten ..., Berlin 1929

Die Verhältniszahlen lassen erkennen, daß bei ungefähr drei Viertel aller Kassen, die rund zwei Drittel der Versicherten umfassen, die Ernennung der Ausschußvertreter ohne Wahlkampf erfolgte. Für das Einreichen nur einer Vorschlagsliste kamen bei ihrer Aufstellung zwei Möglichkeiten in Frage: Entweder beherrschte eine Organisationsrichtung die Situation so stark, daß andere Gruppen sich von einer Beteiligung an der Wahl keinen Erfolg versprachen oder die an der Wahl beteiligten Organisationsrichtungen hatten sich auf eine gemeinsame Liste geeinigt, also zur Vermeidung von echten Wahlen durch die Versicherten einen Kompromiß geschlossen.

In nur 17,6 v. H. der erfaßten Kassen kam es zu einem Wahlkampf. Hier zeigt sich, daß die Wahlbeteiligung auffallend niedrig war: von den 4 504 488 Wahlberechtigten gaben nur 1 440 672 ihre Stimme ab. Der Prozentsatz der Wahlbeteiligung betrug also im Durchschnitt 32,0 v. H., und zwar

bei den Ortskrankenkassen	24,3 v. H.
bei den Landkrankenkassen	22,9 v. H.
bei den Betriebskrankenkassen	68,2 v. H.
bei den Innungskrankenkassen	24,3 v. H.

Nur bei den Betriebskrankenkassen, wo die Wahl regelmäßig im Betrieb selbst stattfand, näherte sich der Prozentsatz der Wahlbeteiligung dem Niveau bei politischen Wahlen in Deutschland. Bei den anderen machte noch nicht ein Viertel der Wahlberechtigen von ihrem Wahlrecht Gebrauch. Im ganzen Deutschen Reich gab es keinen Bezirk, in dem die Hälfte der Versicherten ihre Stimme abgegeben hätte. Die relativ stärkste Wahlbeteiligung war in den Bezirken Nürnberg (45,8 v. H.) und Frankfurt a. M. (42,4 v. H.); die schwächste in den Bezirken Stettin (25,5 v. H.) und Königsberg (22,6 v. H.) zu verzeichnen.

Die Bedeutung der Selbstverwaltung für die Arbeiterbewegung lag nach Eduard Heimanns treffender Analyse vor allem darin, daß sie „die Aufstiegsmöglichkeit für Zehntausende von Menschen aus der Arbeiterschaft in die Selbstverwaltungsbürokratie der Sozialversicherung (schuf); denn darauf läuft die Selbstverwaltung der Versicherten in den Krankenkassen hinaus. Dies Moment darf keineswegs unterschätzt werden, weil es eine breite Gelegenheit zur Ausbildung administrativer Talente und zur geschäftlichen Schulung bietet, insofern also die Kraft der sozialen Bewegung unzweifelhaft stärkt. Andererseits scheinen aus den Krankenkassen bedeutendere Vertreter der sozialen Bewegung nicht hervorgegangen zu sein, und über jenen Vorteil dürfen doch auch die Gefahren nicht verkannt werden, die in dieser wie in jeder Bürokratisierung der Arbeiterbewegung lauern, so unvermeidlich sie im ganzen sein mögen. Das gilt gerade bei den Krankenkassen und um so mehr, als ihre Verwalter aus der eigentlichen Front der sozialen Bewegung ausscheiden und an eine nach dem Aufgabenkreis entlegenere Stelle gerückt werden, so daß der Vorteil für die soziale Bewegung als Ganzes auch in dieser Beziehung fraglich wird[44]".

44 *Heimann, Eduard:* Soziale Theorie des Kapitalismus, Tübingen 1929, 179 f. In seinem Urteil über die fehlenden „bedeutenderen Vertreter der sozialen Bewegung" vergißt Eduard Heimann allerdings, daß der preußische Ministerpräsident Otto Braun (1872–1955) von 1899–1911 Direktor der Königsberger AOK war.

4. Kassenarztrecht und Selbstverwaltung

Über die Einzelheiten der insgesamt recht diffizilen Entwicklung des Kassenarztrechtes in der Weimarer Republik kann hier nicht berichtet werden, es soll nur insoweit behandelt werden, als die Selbstverwaltung der einzelnen Kassen davon berührt wurde.

Die Rolle, die die Arztfrage in bezug auf die Selbstverwaltung der einzelnen Kassen von Anfang an hatte, wird in den folgenden Ausführungen von Helmut Lehmann[45] prägnant deutlich:

„Das erste Krankenversicherungsgesetz wurde in der Absicht geschaffen, den Industriearbeitern, die durch Krankheit in Not gerieten, wirtschaftliche Hilfe zu leisten. Daher stand die Leistung von Krankengeld im Vordergrunde. Der Gewährung ärztlicher Behandlung und Arznei wurde damals bei weitem nicht die Bedeutung zugemessen, die die Krankenpflege mit der Ausgestaltung der Krankenversicherung gewinnen sollte. Die versicherte Arbeiterschaft stand dem Gesetz, das den Versicherungszwang brachte, zunächst ablehnend gegenüber. War doch als Absicht des Gesetzes verkündet worden, daß es nicht nur den destruktiven Tendenzen der Sozialdemokratie entgegenwirken, sondern auch die Gemeinden von ihren steigenden Armenpflegekosten entlasten sollte.

Die gesetzliche Krankenversicherung wurde teils nach dem Vorbild der Hilfs- und Betriebskassen, teils nach dem Muster der damaligen Armenpflege eingerichtet. Für die Behandlung der Kassenkranken wurden einzelne Ärzte angestellt, soweit sich solche überhaupt bereitfinden ließen, diese wenig einträglich erscheinende Praxis zu übernehmen; meist als Bezirksärzte, ähnlich wie die Armenärzte. Diese Bezirksärzte erhielten eine vorher bestimmte Vergütung. Sowohl die Anordnungen des Kassenvorstandes wie ihr eigenes Interesse veranlaßten sie daher, sich die Kranken möglichst schnell vom Halse zu schaffen.

Nur wenig sozial denkende Ärzte betonten schon damals, daß diese Art der Krankenversorgung geradezu eine Versündigung an den sozialen Gedanken sei, die doch dem Krankenversicherungsgesetz zugrunde lagen. Schließlich erwies sich auch hier der Gedanke der Selbstverwaltung als mächtiger Antrieb des Fortschritts. Es ist charakteristisch für die damalige Zeit, daß die freigewerkschaftlich organisierte Arbeiterschaft bei den Wahlkämpfen um die Besetzung der Organe der Ortskrankenkassen den Sieg vielfach durch die Parole ‚Für freie Arztwahl' davontrug. In vielen Kassen wurde dann auch alsbald nach dem Siege der freigewerkschaftlichen Richtung das Bezirksarztsystem durch die freie Arztwahl ersetzt. Allerdings verstanden die Vertreter der Arbeiterschaft hierunter etwas ganz anderes, als später die Führer der ärztlichen Organisation daraus gemacht haben. Sie woll-

45 *Lehmann, Helmut:* Ärzte und Krankenkassen, 6. Aufl., Berlin 1932, 7 f. Dieses Werk bietet – neben *Heinemann, Gustav:* Kassenarztrecht, 2. Aufl., Berlin 1932, und der Artikelserie Ärzte und Krankenkassen, Soziale Zukunft 1931, 25, 35, 42, 51, 59, 65 – einen so ausführlichen Überblick und Abdruck der einschlägigen Vorschriften, daß auf eine ausführliche Wiedergabe der Entwicklung verzichtet werden kann; vgl. auch: *Heinemann, Otto:* Kronenorden vierter Klasse . . . , 223 ff. vgl. außerdem: *Parlow, Siegfried* und *Irina Winter:* Der Kampf der ärztlichen Standesorganisationen gegen die Krankenkassen in der Weimarer Republik, Das Argument, SH 4, Berlin 1974, 46.

ten, daß jeder Patient sich seinen Arzt selbst aussuchen könne, um nicht mehr den Schikanen des Bezirksarztes ausgesetzt zu sein. Als aber die bisherigen Verträge mit den Bezirksärzten gekündigt wurden und versucht wurde, mit allen im Kassenbezirk vorhandenen Ärzten Verträge zu schließen, mußten die Kassenvorstände sehr bald die Erfahrung machen, daß sich nur die weniger beschäftigten Ärzte den Kassen zur Verfügung stellen. Die Ärzte mit den großen Namen mochten ihre kostbare Zeit nicht für die Proletarier opfern.

Die Ärzte, die bereit waren, Kassenärzte zu werden, taten dies in der Erwartung, recht bald eine große Praxis zu erlangen. In dieser Erwartung sahen sie sich auch nicht getäuscht. Nunmehr änderte sich das Bild. Der Andrang zur Kassenpraxis wurde stärker, namentlich seitdem die Krankenversicherung einen erheblichen Teil der arbeitenden Bevölkerung erfaßte. Es zeigte sich, daß die freie Arztwahl eine äusserst kostspielige Einrichtung wurde, so daß die meisten Kassenvorstände von ihrer Begeisterung für dieses System recht bald befreit wurden[46]."

In der Weimarer Republik setzt demgegenüber die unpolitische, bürokratische Phase des Verhältnisses zwischen Ärzten und Krankenkassen ein, die die einzelnen Kassen zugunsten der überregionalen Verbände aus dem Honorar- und Anstellungskonflikt entläßt und ihnen damit eine sehr wesentliche Selbstverwaltungsaufgabe nimmt[47].

Das Berliner Abkommen, die erste „Spitzenvereinbarung" wurde z. B. in Berlin, Bayern, Baden und Württemberg nicht anerkannt, sondern durch ähnliche Abkommen erstetzt. Der Widerstand einzelner Kassen gegen das Abkommen resultierte wesentlich daraus, daß sie nur noch Einfluß auf die Zahl der Ärzte, nicht aber auf die Auswahl der Personen hatten. Insgesamt wurde das Berliner Abkommen aber mit mehr oder weniger großen Widerständen und Schwierigkeiten durchgeführt.

Die wirtschaftlichen Folgen des Krieges verschlechterten dann aber wieder das Verhältnis zwischen Krankenkassen und Ärzten, und die Auseinandersetzungen zwischen den ärztlichen Organisationen und den Spitzenverbänden der Krankenkassen nahmen zu. Im Hinblick auf die Honorarfrage leitete 1919 der Hauptverband deutscher Krankenkassen den Versuch einer tarifvertraglichen Regelung ein, der glückte: Am 1. Januar 1920 trat der Tarifvertrag in Kraft. Die inflationäre Entwicklung machte jedoch dauernd neue zentrale Vereinbarungen notwendig.

„Das Berliner Abkommen war auf die Dauer von zehn Jahren geschlossen worden, lief also Ende 1923 ab. Die hochgehenden Wogen der Inflation drohten es fortzu-

---

46 Johann Baptist Astor teilt mit: „Die in den Jahren 1892 und 1893 in den Berliner Arbeiterkreisen ganz spontan auftretende Begeisterung für die freie Arztwahl war nicht das Produkt einzelner Agitatoren. Diese Bewegung in Berlin brachte im Jahre 1894 ca. 140 000 Arbeitern die freie Arztwahl." (Zur Geschichte und Statistik der freien Arztwahl in Berlin 1899, 7.) Die freie Arztwahl wurde mittels Generalversammlungen durchgesetzt.

47 Es ist ein Kennzeichen fast jeder tariflichen Regelung, daß regelmäßig die Verteilungskonflikte „vor Ort" auf eine überbetriebliche Ebene verlagert werden, sofern es sich nicht um einen Firmentarifvertrag handelt. Was Harald Bogs für die gegenwärtige Situation feststellt, beginnt hier: „Der Schwerpunkt der Selbstverwaltung (liegt) bei den Zusammenschlüssen der Träger und Trägergruppen auf Landes- und vor allem auf Bundesebene" *Bogs, Harald:* Die Sozialversicherung im Staat der Gegenwart, Berlin 1973, 45 f.).

spülen. Keine der Spitzenorganisationen war bereit, die Verantwortung für eine Verlängerung dieses Abkommens, das tausendfach durchlöchert und durchbrochen war, zu übernehmen. In dieser Zeit versuchte der Hauptverband deutscher Krankenkassen, mit der Ärzteorganisation zu einer Verständigung zu kommen. Es wurde der sogenannte Notgemeinschaftsvertrag abgeschlossen. Die übrigen Kassenspitzenverbände lehnten es ab, sich an den Verhandlungen zu beteiligen. Die Folge davon war, daß das Reichsarbeitsministerium sich entschloß, auf dem Wege der damals so beliebten Notverordnungen aufgrund des Ermächtigungsgesetzes den wesentlichen Inhalt des Berliner Abkommens mit Gesetzeskraft zu verordnen. Es kamen die Verordnung über Ärzte und Krankenkassen und die Krankenhilfeverordnung vom 30. Oktober 1923[48]."

„Was veranlaßte die Reichsregierung zu einem solchen Schritt? Die Sucht zu reglementieren war es gewiß nicht; denn der Regierung war eine Einmischung in die gegenseitigen Beziehungen zu Arzt und Kasse keineswegs erfreulich; ihr wäre die alte Gesetzeslage, wie sie unter der Herrschaft des Krankenversicherungsgesetzes gegolten hatte, wonach die Gestaltung jener Beziehungen den Beteiligten völlig überlassen blieb, weitaus angenehmer gewesen. Allein die Verhältnisse waren hier stärker als die Neigung der Reichsregierung. Das Berliner Abkommen hatte zwar entgegen manchen Erwartungen die zehn Jahre hindurch, auf die es zunächst abgeschlossen war, trotz mancher Gefährdung schlecht und recht standgehalten, aber die Parteien hatten es gekündigt und waren durchaus nicht geneigt, es in der alten Gestalt zu erneuern. Im Reichsarbeitsministerium war rechtzeitig der Entwurf einer neuen Regelung durchgearbeitet und mit den Parteien durchberaten worden. Es war darüber auch in vielen, wenn auch nicht in allen Punkten ein Einvernehmen erzielt worden, wobei die Vertreter der ärztlichen Spitzenorganisationen freilich erklärten, daß sie in dem Entwurf nur einen vorläufigen modus vivendi erblicken und auf ihre grunsätzliche Forderung einer gesetzlichen Festlegung der freien Arztwahl nicht verzichten könnten. In einem wichtigen Punkte aber gingen die beiderseitigen Meinungen völlig auseinander. Die Kassenvertreter verlangten die Regelung als Gesetz, namentlich weil sie bloß vertraglich vereinbarten Schiedsinstanzen nicht die nötige Autorität zutrauten. Demgegenüber beharrten die Ärzte – getreu ihrer Abneigung gegen behördliche Einmengung in ihre Berufsfreiheit – auf der Regelung im Wege des Vertrages. Eine Einigung war ausgeschlossen. Die Not und die Zeit drängten; die Not: denn es war zur Zeit der schlimmsten Inflation, und die Krankenkassen standen dem völligen finanziellen Zusammenbruch weit näher, als man in weniger eingeweihten Kreisen zu glauben geneigt war; die Zeit: denn der Ablauf des Berliner Abkommens stand vor der Tür, eine Regelung im Wege der ordentlichen Gesetzgebung hätte nach früher gemachten Erfahrungen mindestens viele Monate in Anspruch genommen, und die zugelassene Frist für Notverordnungen

48 *Lehmann, Helmut:* Ärzte und Krankenkassen, 12. Hier muß noch darauf hingewiesen werden, daß nach 1919 wieder zahlreiche Ärztestreiks ausbrachen, die heftigsten 1923/24 in Berlin, hier beteiligten sich auch der Verein der sozialistischen Ärzte und die Ärzte des proletarischen Gesundheitsdienstes, vgl. *Täger, Herbert:* Die Entwicklung des Berliner Krankenkassenwesens unter besonderer Berücksichtigung der Kriegs- und Nachkriegszeit einschließlich der Ärztestreiks 1923/24, Diss. Erlangen 1925, 70. Aus dieser Zeit resultieren die meisten Ambulatorien der Ortskrankenkassen, vgl. S. 150 ff.

lief ab. Da die Kassen zum Abschluß eines Vertrages nicht gezwungen werden konnten, blieb kein anderer Weg als eben der der Notverordnung offen[49]."

Die Notverordnung brachte eine Umgestaltung freiwillig eingegangener Vorschriften in gesetzliche Regelungen[50]. Das war ein grundsätzliches Novum, denn das Berliner Abkommen vom 23. Dezember 1913 trug überwiegend privatrechtlichen Charakter, obwohl das damalige Reichsamt des Innern und der damalige preußische Handelsminister an seinem Zustandekommen beteiligt waren und staatlichen Behörden gewisse Aufgaben zugeteilt wurden.

Die für die Selbstverwaltung wichtigste Neuerung der Notverordnung war der Reichsausschuß für Ärzte und Krankenkassen, eine Zwangsarbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Ärzte und Krankenkassen, der an die Stelle des früheren Zentralausschusses des Berliner Abkommens trat[51]. Über die Einschätzung des Reichsausschusses seitens der Ministerialbürokratie geben die folgenden Ausführungen Aufschluß:

„In der aus der Erfahrung gewonnenen Erkenntnis, daß auf dem Gebiete der Beziehungen zwischen Ärzten und Krankenkassen der Reichstag nicht die geeignete Stelle zur Lösung all der zahlreichen in Betracht kommenden Einzelfragen ist, hat der Gesetzgeber auf diesem kleinen aber wichtigen Gebiete einen Teil seiner eigenen Funktionen auf ein paritätisch besetztes Organ übertragen. Indem er den am Berliner Abkommen beteiligt gewesenen Spitzenverbänden das Recht der Vertretung in diesem Organ gibt, erkennt er diese an sich rein privatrechtlichen Organisationen als die berufenen Vertretungen der beiderseitigen Interessen an. Indem er diesem Organ bestimmte öffentlich-rechtliche Funktionen zuweist, macht er die beteiligten Verbände aus bloßen Objekten zu Subjekten der Gesetzgebung. Dem Ansehen dieser Organisationen kann dies nur förderlich sein, und ich möchte daher meinen, daß auch die Ärzte bei einer Gegenüberstellung der Vor- und Nachteile der Verordnung die gedachte Tatsache auf der Plusseite des Kontos buchen könnten. Allerdings entspricht die Zusammensetzung des Reichsausschusses nicht ganz den Wünschen der beteiligten Arztorganisationen. Diese Wünsche gehen dahin, daß jedes der drei unparteiischen Mitglieder von den beiderseitigen Organisationen gewählt werden, und daß die beiden Gewählten sich über den dritten Unparteiischen als Obmann zu verständigen hätten. Demgegenüber glaubt die Reichsregierung auf der Bestellung aller drei unparteiischen durch den Reichsarbeitsminister beharren zu müssen. Richtig ist ja, daß die Auffassung der Ärzte in diesem Punkte dem Charakter einer Selbstverwaltung weitergehend Rechnung trägt. Es darf indessen nicht übersehen werden, daß die Tätigkeit des Reichsausschusses über die

49 *Spielhagen, Walter:* Zur gesetzlichen Ausgestaltung des Berliner Abkommens, Ärztliche Mitteilungen, Sonderheft 35/1925, 25 (26). Walter Spielhagen (1857–1930), Jurist, 1879 Referendar, 1885 Assessor, 1887 als Reg.-Ass. Hilfsarbeiter im Reichsversicherungsamt, ab 1891 als Reg.-Rat ständiges Mitglied des Reichsversicherungsamtes, 1903 – 1924 als Geheimer Oberregierungsrat und Vortragender Rat im Reichsamt des Innern bzw. (ab 1918) im Reichsarbeitsministerium, maßgebliche Mitarbeit am 2. Buch der RVO.

50 Verordnung über Ärzte und Krankenkassen vom 30. Oktober 1923 (RGBl I 1923, 1051), Verordnung über Krankenhilfe bei den Krankenkassen vom 30. Oktober 1923 (RGBl I 1923, 1054).

51 Vgl. *Schlottmann, Rudolf:* Die Neuregelung der Beziehungen zwischen Krankenkassen und Ärzten, Berlin 1914, 54 ff.

unmittelbaren Beziehungen zwischen Ärzten und Kassen hinaus auch in das öffentlich-rechtliche Gebiet, so in die Belange der Versicherten, hinübergreifen, und daß einem ohne jede behördliche Mitwirkung zusammengesetzten Organ kaum so weitgehende Rechte übertragen werden dürften, wie sie dem Reichsausschusse zugestanden sind. Auch bei Anregung neuer gesetzlicher Maßnahmen dürften die Vorschläge des Reichsausschusses in seiner gegenwärtigen Zusammensetzung leichter auf Beachtung zu rechnen haben. Eine allzu große Tragweite dürfte übrigens dieser Frage kaum beizumessen sein.

Die wichtigste Befugnis des Reichsausschusses besteht im Erlasse von Richtlinien für angemessene vertragliche Vereinbarungen zwischen den Kassen und den Ärzten. Es darf dieserhalb auf die Richtlinien vom 12. Mai 1924 hingewiesen werden. Der Reichsausschuß ist dadurch in der Lage, in die beiderseitigen Beziehungen allseitig regelnd einzugreifen. Man könnte einwenden, daß eine solche neutrale Regelung das Selbstbestimmungsrecht der einzelnen Kassen und der je für diese tätigen Ärzte mehr oder minder ausschließe und jedenfalls der Verschiedenheit der örtlichen Verhältnisse keine Rechnung trage. Das Selbstbestimmungsrecht der einzelnen Ärzte beim Vertragsabschluß bestand indessen, wie schon oben erwähnt wurde, ohnehin nicht mehr, da es mit dem Wesen des Kollektivvertrages nicht vereinbar ist. Es kann mithin nur die Vertragsfreiheit der örtlich zuständigen Arztorganisation in Frage kommen. In diese greifen die Richtlinien keinesfalls zwingend ein. Sie haben zunächst, worauf schon ihr Name hindeutet, nur den Charakter von Vorschlägen für angemessene Vertragsbedingungen. Wollen eine Kasse und ihre Ärzte etwas Abweichendes vereinbaren, so steht ihnen dieses frei. Erst dann, wenn Kasse und Ärzte sich über die Vertragsbedingungen nicht einigen können und aus diesem Grunde die Schiedsinstanzen angerufen werden müssen, gewinnen die Richtlinien eine eingreifenden Bedeutung. Schiedsamt und Reichsschiedsamt haben sie ihren Entscheidungen zugrunde zu legen. Aber auch hier greift noch keine schablonenmäßige Regelung Platz. Wo die Parteien einen wichtigen Grund nachweisen, können auch die Schiedsinstanzen von den Richtlinien abweichen. Trotzdem bleibt der Vorteil bestehen, daß durch die Anlehnung an die Richtlinien zahlreiche örtliche Zweifels- und Streitfragen von vornherein vermieden werden[52]."

Die Bedenken der Beteiligten richteten sich weniger gegen den Zentralausschuß als gegen das Reichsschiedsamt[53]. Die Ärzte erklärten vor allem als standesunwürdig, daß die Krankenhilfeverordnung ihnen gewisse Verpflichtungen auferlegte, nämlich die Berücksichtigung der wirtschaftlichen Verhältnisse und der Leistungsfähigkeit der Krankenkassen, hierauf reagierten die Ärzte von Anfang November 1923 bis Januar 1924, in Berlin bis Juni 1924 mit einem Generalstreik, der zur Einschränkung der „standesunwürdigen" Vorschriften führte.

Über den Reichsausschuß bestimmte § 368 f RVO:

„Zur Regelung der Beziehungen zwischen Krankenkassen und Ärzten wird ein Reichsausschuß für Ärzte und Krankenkassen gebildet. Er besteht aus dreizehn Mitgliedern. Zehn von ihnen werden je zur Hälfte und auf die Dauer von je fünf Jah-

52 *Spielhagen, Walter:* Zur gesetzlichen Ausgestaltung . . ., 27; ders.: Die Rechtsstellung des Reichsausschusses für Ärzte und Krankenkassen, Ortskrankenkasse, 1924, 385.

53 Vgl. *Kühne, Bruno:* Das Reichsschiedsamt in neuer Gestalt, Deutsche Krankenkasse, 1925, 205.

ren von den für das Reichsgebiet bestehenden Spitzenverbänden der Ärzte und Krankenkassen gewählt ..." Nach der Bekanntmachung des Reichsarbeitsministers vom 17. November 1923[54] waren folgende Reichsorganisationen beteiligt: der Deutsche Ärztevereinsbund, der Verband der Ärzte Deutschlands zur Wahrung ihrer wirtschaftlichen Interessen, der Hauptverband deutscher Krankenkassen e.V., der Gesamtverband der Krankenkassen Deutschlands, der Verband zur Wahrung der Interessen der deutschen Betriebskrankenkassen, der Hauptverband deutscher Innungskrankenkassen und der Allgemeine Verband deutscher Landeskrankenkassen.

Gemäß § 368 f Abs. 3 hatte der Reichsarbeitsminister nach Anhörung der genannten Spitzenverbände noch drei unparteiische Mitglieder zu ernennen.

Dieser Reichsausschuß hatte die Aufgabe der Aufstellung von Richtlinien, deren wichtigste Gruppe die „zur Sicherung gleichmäßiger und angemessener Vereinbarungen zwischen den Ärzten und Kassen" war. Diese Richtlinien waren zwar formell nur empfehlenswertes Muster, konnten also den Krankenkassen und Ärzten nichts aufzwingen; durch ihre Verknüpfung mit dem Reichsschiedsamt wurden sie aber praktisch zu einer „bedingten Mußvorschrift"[55].

Das hierin deutlich werdende Vordringen des öffentlichen Rechts im Hinblick auf den Arztvertrag, ließ den Parteien vor Ort nur noch wenig Spielraum, der noch mehr eingeschränkt wurde durch Richtlinien über das Verfahren bei der Zulassung zur Kassenpraxis, für die Tätigkeit der Zulassungsausschüsse, für die wirtschaftliche Arzneiverordnung und die Anwendung elektro-physikalischer Heilmethoden, alle aus dem Jahre 1925.

Am 14. November 1928 verabschiedete der Reichsausschuß die Zulassungsordnung, die Vertragsausschußordnung und die Vertragsrichtlinien[57]. Diese Zulassungsordnung brachte den öffentlich-rechtlichen Anspruch des einzelnen Arztes auf Abschluß eines Dienstvertrages und auf Ausübung der Kassenpraxis. Die Autonomie der „örtlichen Stellen" erstreckte sich nun im Hinblick auf das Kassenarztrecht nur noch auf die Höhe der Vergütung für die ärztlichen Leistungen, nicht auf das System (Einzelvergütung oder Pauschalisierung)[58].

Die offenen Probleme waren noch: generelle Sicherung der Kasse gegen eine unnötige und übermäßige Inanspruchnahme der Krankenhilfe und die Fragen einer planmäßigen Verteilung der Ärzte, die mit Rücksicht auf den verstärkten Andrang zum Arztberuf immer dringender wurden. Diese Probleme wurden durch die Weltwirtschaftskrise verschärft.

Auf dem Krankenkassentag in Nürnberg vom 18.–20. August 1929 wurde über die Arztfrage gesagt:

---

54 Veröffentlicht in: Ortskrankenkasse, 1923, 818.

55 *Spielhagen, Walter:* Zur gesetzlichen Ausgestaltung . . ., 27, vgl. zur personellen Zusammensetzung des Reichsausschusses auch die Angaben bei *Lehmann, Helmut:* Ärzte und Krankenkassen, 70 f.

56 RABl., 1925, 47, 70, 539, 541.

57 RABl. 1928, 408 ff.

58 Über die Höhe des Honorars kamen Richtlinien nicht zustande, vgl. zur Problematik: *Fauvet, Alexander:* Das Honorarsystem der Kassenärzte im Sozialversicherungsrecht unter besonderer Berücksichtigung des Honorarverteilungsmaßstabs, Diss. jur. Würzburg 1968.

„Neuordnung des kassenärztlichen Dienstes. Anstellung von Vertrauensärzten, die bei der Feststellung der Diagnose und bei der Gestaltung des Heilplans mitwirken sowie die Arbeitsunfähigkeit festzustellen haben. Die Vertrauensärzte sind im Benehmen mit der kassenärztlichen Organisation anzustellen. Schadensersatzpflicht der Kassenärzte bei Schädigung der Krankenkasse durch unwirtschaftliche Behandlungsweise. Beschränkung der Praxis des Kassenarztes auf eine angemessene Höchstzahl von Krankheitsfällen und Leistungen. Das kassenärztliche Gesamteinkommen ist durch eine angemessene Pauschalsumme zu begrenzen[59]."

Die Forderungen nach Vertrauensärzten[60], Schadensersatzpflicht der Kassenärzte und Beschränkung des Kassenlöwentums wurden in den Entwurf eines Gesetzes über Änderungen in der Krankenversicherung aufgenommen, der dem Reichstag am 28. Juni 1930 zuging und über dessen mißlungener Verabschiedung im Reichstag die „große Koalition" zerbrach und der Weg in die Diktatur begann[61].

Am 26. Juli 1930 erließ der Reichspräsident eine Notverordnung, in der der Gesetzentwurf im wesentlichen in der im Reichstagsausschuß beschlossenen Form enthalten war[62].

Diese Notverordnung brachte eine durchschnittliche Senkung der Ausgaben für Krankengeld um etwa 25 v. H., die sich in der Hauptsache bei den Ausgaben für Krankengeld und Arznei bemerkbar machte, während die Ausgaben für Arzthonorar bei weitem nicht so stark sanken und die Krankenhauskosten stiegen. Andererseits waren die Einnahmen der Kassen durch zwangsweise Beitragssenkung, Konkurse und Arbeitslosigkeit immer weiter gesunken[63].

Hier hatte nun auch die Ärzteschaft erkannt, daß mit der Gefährdung der Krankenversicherung ihre eigene wirtschaftliche Grundlage gefährdet sei. So kam es dann

---

59 Zitiert nach: *Lehmann, Helmut:* Ärzte und Krankenkassen, 16.

60 Die Beschäftigung von Vertrauensärzten bei großen Krankenkassen beginnt schon um die Jahrhundertwende, vgl.: *Burkhardt, Albin:* Vertrauensärzte bei den Krankenkassen, Soziale Medizin und Hygiene, 3. Jg. 1908, S. 25, 66, 135; *Ewald, Walther:* Soziale Medizin, Bd. 2, Berlin 1914, 417; *Haberkorn, Heinrich:* Die rechtliche Stellung des Vertrauensarztes in der sozialen Krankenversicherung, Leipzig 1934, 2 f., *Hanauer, Wilhelm:* Der Vertrauensarzt in den Krankenkassen, Volkstümliche Zeitschrift für praktische Arbeiterversicherung, 1913, 253, *Jaffé, Karl:* Stellung und Aufgaben des Arztes auf dem Gebiete der Krankenversicherung, Jena 1903, 417, *Springer, Renatus:* Der Vertrauensarzt der Krankenkasse, Ortskrankenkasse, 1921, 39.

61 Vgl. *Timm, Helga:* Die deutsche Sozialpolitik und der Bruch der Großen Koalition im März 1930, Düsseldorf 1953.

62 *Grieser, Andreas; Max Sauerborn* und *Josef Eckert:* Erläuterungen der Notverordnung zur Sozialversicherung vom 26. Juli 1930, München 1930, *Lehmann, Helmut:* Änderungen in der Krankenversicherung nebst Durchführungsvorschriften auf Grund der Notverordnungen des Reichspräsidenten vom 26. Juli und 1. Dezember 1930, Berlin 1930, *Jaeger Heinz:* Die Änderungen der Krankenversicherung durch die Reichsnotverordnung vom 26. Juli 1930, Stuttgart 1930, *Schraeder, Max:* Änderungen in der Krankenversicherung usw., Perleberg 1930.

63 Einen guten Überblick über die für die Krankenversicherung relevante ökonomische Entwicklung im allgemeinen und die finanzielle Entwicklung der Krankenversicherung im besonderen bieten die vom Hauptverband deutscher Krankenkassen herausgegebenen „Jahrbücher der Krankenversicherung" für die Jahre 1930 und 1931, allgemein: *Altvater,*

zwischen Juli und Oktober 1931 zu mehreren Verhandlungen zwischen den beiden Ärzteorganisationen und den Kassenspitzenverbänden, wobei es schließlich gelang, am 17. Oktober 1931 ein grundlegendes Abkommen zwischen dem Hauptverband deutscher Krankenkassen und dem Gesamtverband deutscher Krankenkassen und den beiden Ärzteverbänden durchzusetzen[64].

Die drei kleineren Spitzenverbände lehnten das Abkommen ab, weshalb der Reichspräsident durch Notverordnung vom 8. Dezember 1931 das Kassenarztrecht auf der Grundlage des Abkommens vom 17. Oktober 1931 neu regelte[65].

Danach wurde das Kassenarztrecht in Zukunft durch Kollektivverträge geregelt, die der Vertragsfreiheit der Krankenkassen und kassenärztlichen Vereinigungen Spielraum nur insoweit gaben, als es sich um die Regelung örtlicher Besonderheiten handelte[66]. Das Vertragswesen wurde durch Mantelverträge der Spitzenverbände

---

Elmar: Die Weltwährungskrise, Frankfurt 1969, Deutschland in der Weltwirtschaftskrise in Augenzeugenberichten, hrsg. u. eingel. von *Wilhelm Treue*, Düsseldorf 1967, *Kroll, Gerhard:* Von der Weltwirtschaftskrise zur Staatskonjunktur, *Lüke, Rolf, E.:* Von der Stabilisierung zur Krise, Zürich 1958, Statistik des Deutschen Reichs, Bd. 373, 389, 420, 431, 443; *Kindleberger, Charles P.:* Die Weltwirtschaftskrise, München 1973.

64 Text bei *Lehmann, Helmut:* Ärzte und Krankenkassen, 18 ff. Otto Heinemann bemerkt zum Zustandekommen des Abkommens: „Die Einschränkungen der Inanspruchnahme der Ärzte durch die Kassenmitglieder infolge der Notverordnung vom 26. Juli 1930 führten zu Verhandlungen zwischen den Kassen- und Arztverbänden über Honorarsenkungen . . . Dazwischen kam der Kölner Ärztetag 1931, der erneut Stellung zu der Kassenarztfrage nahm und ganz neue Vorschläge zur Regelung der Beziehungen zwischen Kassen und Ärzten auf der Grundlage der sogenannten kassenärztlichen Selbstverwaltung machte. Die Bezahlung nach Einzelleistungen wurde fallengelassen, die Kopfpauschale anerkannt. Die weiteren Vorschläge des Ärzteverbandes verlangten jedoch freie Arztwahl, eine weitgehende Selbstverwaltung der kassenärztlichen Organisationen in allen kassenärztlichen Angelegenheiten und die Übertragung der Beaufsichtigung der kassenärztlichen Tätigkeit an sie. Es kam zu neuen schwierigen Verhandlungen zwischen Kassen- und Ärzteverbänden. Die Betriebs-, Innungs- und Landkrankenkassenverbände lehnten unter meiner Führung die Vorschläge der Ärzte ab, die eine völlige Umgestaltung der mit der Notverordnung vom 26. Juli 1930 eingeleiteten Reform bezweckten. Im Einvernehmen mit dem Reichsarbeitsministerium stimmten die beiden Ortskrankenkassenverbände zu. Der unter dem Einfluß der christlichen Gewerkschaften und dem Zentrum nahestehende Gesamtverband der Krankenkassen und das Reichsarbeitsministerium änderten ihre Stellung in der Kassenarztfrage ersichtlich aus politischen Gründen. Der dem Zentrum angehörige Reichskanzler Brüning mußte im Reichstage mit Notverordnungen arbeiten, die nur mit einer knappen Mehrheit von kaum zwei Dutzend Stimmen beschlossen wurden (? F.T.). Aus einer Äußerung Griesers bei den Arztverhandlungen ging hervor, daß die Reichsregierung mit den ärztlichen Stimmen im Reichstage rechnen mußte. Anders war es nicht zu verstehen, daß die Reichsregierung mit einemmal eine ganz andere Ordnung der Kassenarztfrage begünstigte, als sie selbst mit der Notverordnung vom 26. Juli 1930 eingeleitet hatte, um der finanziellen Kräftigung der Krankenversicherung zu dienen." (Aus meinem Leben ..., 169 f.) Vgl. über Andreas Grieser S. 204, Anm. 84 u. 85.

65 *Sonnenberg, Wilhelm:* Das neue Kassenarztrecht nach der Notverordnung vom 8. Dezember 1931, Leipzig 1932, *Richter, Lutz:* Das Kassenärzterecht von 1931/32, Leipzig 1932.

66 Treffend Gustav Heinemann: „Für die Krankenkassen bedeutet das neue Recht eine weitgehende Aufhebung ihrer bisherigen Selbstverwaltung in der ärztlichen Versorgung der Mitglieder . . . Die wesentlichen Beschlüsse über die kassenärztliche Versorgung sind bei den Spitzenverbänden zentralisiert" *(Heinemann, Gustav:* Kassenarztrecht, 16).

oder ihrer Unterverbände und durch örtliche Gesamtverträge geregelt, die im Rahmen der Vertragsordnung des Reichsausschusses für Ärzte und Krankenkassen stattfanden. Die Kassen zahlten von da ab das Honorar mit befreiender Wirkung an die kassenärztliche Vereinigung, die gegenüber der Krankenkasse die Gewähr für wirtschaftliche Behandlung übernahm und Disziplinarrechte gegenüber dem Arzt hatte. Danach entfielen unmittelbare Beziehungen zwischen Krankenkasse und Arzt.

Die kassenärztliche Vereinigung wurde durch die Notverordnung vom 8. November 1931 eingeführt: Gemäß dem neugefaßten § 368 a RVO umfaßte sie die Kassenärzte ihres Bezirks, die Mitgliedschaft begann spätestens mit der Zulassung und endete frühestens mit dem Wegfall der Zulassung. Ihre Rechtsnatur war kontrovers, von Gustav Heinemann wurde sie von Anfang an als Körperschaft des öffentlichen Rechts klassifiziert[67].

Formell bestanden Beziehungen zwischen dem Hartmannbund und Kassenärztlicher Vereinigung insoweit, als gemäß § 6 der „Ausführungs- und Überleitungsbestimmungen über das kassenärztliche Dienstverhältnis" vom 30. Dezember 1931[68] der Vorstand der kassenärztlichen Vereinigung der Vorstand des örtlichen wirtschaftlichen Verbandes der Ärzte war. Die weitgehende Identität zwischen Kassenärzten und Mitgliedern des Hartmannbundes zeigte sich auch darin, daß der Hartmannbund am 1. Dezember 1930 41 490 Mitglieder hatte, die Gesamtzahl der Ärzte im Deutschen Reich betrug damals 49 974, wovon 37 246 frei praktizierende Ärzte waren[69].

Die Notverordnung wurde dann auch vom Hartmannbund begrüßt – sie verhinderte zwei andere Wege aus der finanziellen Krise der Krankenkassen: Gebührensenkung und Ablösung der ärztlichen Hilfe als Sachleistung. Man war nach dreißig Jahren zum Frieden mit den Kassenverbänden gekommen: „Die Einheitsfront der sozialistischen und christlichen Gewerkschaften, des D.H.V. und anderer Verbände, der Ärztegewerkschaft und der Sachbearbeiter der zuständigen Abteilung des RAM dient allein der Sache. Sozialpolitik – und damit auch die Erhaltung einer leistungsfähigen Krankenversicherung – wird zur Menschenpflicht und verliert ihren parteipolitischen Aspekt – zum mindesten für die Gegenwart[70]."

5. Krankenkassenverbände und Selbstverwaltung

Für die in der Weimarer Republik so bedeutsam werdenden Spitzenverbände der Krankenkassen ist ein hoher Organisationsgrad fast typisch. 1894 wurde der „Centralverband von Ortskrankenkassen" gegründet, die anwesenden Gründungsmitglieder – Delegierte von 7 Provinzialverbänden und Kassen – repräsentierten etwa 663 000 von 3 326 333 Ortskrankenkassenmitgliedern, also etwa ein Viertel. 1903 repräsentierten 90 in ihm zusammengeschlossene Kassen und Verbände etwa 1

67 *Heinemann, Gustav:* Kassenarztrecht, 28.
68 RGBl I 1932, S. 2.
69 Reichsmedizinal-Kalender für Deutschland, Teil II, 52. Jg., 1931.
70 *Reichert, Martin:* Rückblick und Ausblick, Ärztliche Mitteilungen, 1932, 2.

Million von 4 807 473 Ortskrankenkassenmitgliedern, 1907 waren es schon 235 mit etwa 4 Millionen Versicherten von 5 915 114 Ortskrankenkassenmitgliedern, das waren also etwa vier Fünftel[71].

Mit der Gründung der ausschließlich von Unternehmern und Arbeitgebern beeinflußten Verbände – „Verband zur Wahrung der Interessen der deutschen Betriebskrankenkassen" (1907), „Allgemeiner Verband deutscher Landkrankenkassen" (1912) – und der Politisierung des „Centralverbandes", die u. a. zur Gründung des „Gesamtverbandes deutscher Krankenkassen" führte, hörte die „Mitgliedereinheit" der Verbände auf[72], d. h. Betriebskrankenkassen mit freigewerkschaftlich-

---

71 Mit dem folgenden Kapitel – ebensowenig wie mit den Ausführungen auf S. 83 ff. – nicht beabsichtigt eine Geschichte der Krankenkassenverbände zu geben, es geht nur darum, strukturelle Entwicklungen, vor allem der Spitzenverbände, im Hinblick auf die Selbstverwaltung grob nachzuzeichnen. Für eine Geschichte müßten – neben den wenigen vorhandenen Archivbeständen Nachlaßauswertungen (z. B. Nachlaß Christian Stock, im Hessischen Staatsarchiv, Darmstadt) und Befragungen von noch lebenden Akteuren, wie sie auf anderen Gebieten im Zuge der „oral history" längst vorgenommen wurden – die Protokolle und Verbandszeitschriften systematischer ausgewertet werden als es hier möglich war. Vom Hauptverband (bzw. früher Centralverband) der Ortskrankenkassen wurden veröffentlicht: Protokolle der Jahresversammlungen (bzw. Ortskrankenkassentage), anfänglich in der „Arbeiterversorgung", dann (ab 1903?) bis 1930 als gesonderte Veröffentlichung, Protokolle der Vertreterversammlungen 15./16. August 1931 in Mainz, 7. August 1932 in Würzburg, Protokoll des allgemeinen deutschen Krankenkassentages, 2. Dezember 1920; vom „Gesamtverband" wurden mindestens veröffentlicht: Protokolle der Mitgliederversammlungen 1914–1927 sowie Geschäfts- und Kassenberichte, vom „Allgemeinen Verband deutscher Landkrankenkassen" liegen mindestens vor: Protokolle der Verbandstage 1918–1929, vom Verband kaufmännischer Berufskrankenkassen: Jahresberichte (alles vorhanden in der „Zentralbibliothek der Gewerkschaften" in Berlin/DDR. – Die Darstellung beschränkt sich weitgehend auf Angaben zum „Hauptverband", da er der bedeutendste war und über ihn die meisten „Interna" ermittelt werden konnten.– Vollständige Angaben über die Zeitschriften der Krankenversicherungsverbände bringt: *Hänel, Wolfgang:* Bibliographie des periodischen Schriftums in der Sozialen Sicherheit, 2. Aufl., Bad Godesberg 1969, 142 ff.

72 Die weitgehende Beschränkung auf die Spitzenverbände darf nicht darüber hinwegtäuschen, daß schon vor ihrer Gründung ein eifriges Organisationswesen der Krankenkassen bestand. 1913 gab es mindestens 64 Krankenkassen-Organisationen, die teilweise örtlich ausgerichtet waren und nicht an einen Krankenkassentyp gebunden waren. In Berlin gab es z. B.: Zentrale für das deutsche Krankenkassenwesen, Freie Vereinigung der Krankenkassen der Provinz Brandenburg und Zentral-Kommission der Krankenkassen Berlins und der Vororte mit freier Arztwahl, Gewerks-Kranken-Verein, Vereinigung Berliner Ortskrankenkassen und Verband der Bureauangestellten (Deutsche Krankenkassen-Zeitung, 1913, 3).
Im übrigen muß noch auf die parteipolitische Profilierung der Spitzenverbände hingewiesen werden: „Der Hauptverband deutscher Krankenkassen steht der Sozialdemokratie nahe, der Verband zur Wahrung der Interessen der deutschen Betriebskrankenkassen und der Reichsknappschaftsverein der Schwerindustrie und Deutschen Volkspartei. Der Gesamtverband der Krankenkassen Deutschlands hat seine Führer im Zentrum und der DNVP. Der Allgemeine Verband deutscher Landkrankenkassen deckt sich im wesentlichen mit den Interessen der Agrarier und ihrer politischen Vertretung in der DNVP". *(Lennhoff, Rudolf, und Kurt Finkenrath:* Das Verhältnis zwischen Krankenkassen und Ärzten in Deutschland, Internationale Zeitschrift für Sozialversicherung, 1926, 134). Im übrigen ist auf die biographischen Notizen über Verbandsvorsitzende und -geschäftsführer hinzuweisen: S. 81, 83, 90, 95, 101, 214 – Fortsetzung der Fußnote S. 137

sozialdemokratisch orientiertem Vorstand traten dem „Centralverband" bei usw., so daß Angaben über den Organisationsgrad einzelner Krankenkassenzweige ab 1912 nicht mehr möglich sind, bis 1924 fehlen außerdem – vom „Zentralverband" abgesehen – zuverlässige Mitgliederstatistiken. Über das Ausmaß der „Verschiebungen", das 1923 zur Namensänderung des „Hauptverbandes Deutscher Ortskrankenkassen" in „Hauptverband deutscher Krankenkassen" führte, unterrichtet folgende Tabelle (1927):

Tabelle 15: Die Spitzenverbände der Krankenkassen im Jahre 1927

Kassenverbände	Ortskrankenkassen		Landkrankenkassen		Betriebskrankenkassen		Innungskrankenkassen		Reichsgesetzl. Krankenkassen insgesamt	
	Kassen	Versicherte	Kassen	Versicherte	Kassen	Versicherte	Kassen	Versicherte	Kassen	Versicherte
	die Mitglieder der nebenstehenden Verbände sind									
Hauptverb. dtsch. Krankenkassen	1 466	10 618 399	5	24 598	34	132 339	40	83 902	1 545	10 859 238
Gesamtverband d. Krk. Deutschl.	568	2 855 692	18	47 945	44	23 871	10	9 321	640	2 936 829
Reichsverband der dtsch. Landkrk.	21	109 290	408	1 968 194	3	527	–	–	432	2 078 011
Verband z. Wahrg. d. Inter. d. dtsch. Betriebskrk.	–	–	–	–	3 549	2 685 312	2	1 886	3 574	3 355 149
Verb. dtsch. Innungskrankenk.	2	1 057	–	–	–	–	653	386 717	655	387 774

Quelle: Statistik des deutschen Reichs, Bd. 363

Die folgenden Tabellen geben einen Überblick über die Entwicklung der wichtigsten Spitzenverbände zwischen 1919 und 1932, soweit heute noch Angaben zu ermitteln sind.

Tabelle 16: Mitgliederentwicklung der Spitzenverbände der Krankenkassen 1919 – 1932

Hauptverband deutscher Ortskrankenkassen
(ab 1923 Hauptverband deutscher Krankenkassen)
Gründungsjahr: 1894

Jahr	Mitglieder (Kassen)	Versicherte	Provinzial-, Landes- oder Bezirksverbände
1919	1 268	6 342 547	21
1920	1 367	8 262 881	20
1921	1 521	9 158 830	?
1924	1 593	9 790 452	16
1925	1 580	10 168 617	16
1927	1 545	10 859 238	16
1928	1 591	11 511 550	16
1929	1 598	12 000 257	17
1930	1 608	11 731 607	16
1931	1 608	11 259 506	16
1932	1 585	10 139 639	16

Gesamtverband deutscher Krankenkassen
Gründungsjahr: 1912

Jahr	Mitglieder (Kassen)	Versicherte	Provinzial-, Landes- oder Bezirksverbände
1919	621	?	9
1922	638	2 250 000	8
1924	655	2 500 000	7
1927	640	2 936 829	10
1928	642	3 137 816	?
1929	642	3 269 128	?
1930	651	3 263 379	?
1931	658	3 247 346	?
1932	659	2 938 480	?

Verband zur Wahrung der Interessen der Betriebskrankenkassen
Gründungsjahr: 1907

Jahr	Mitglieder (Kassen)	Versicherte	Provinzial-, Landes- oder Bezirksverbände
1919	3 450	3 000 000	22
1922	3 800	3 700 000	24
1924	3 772	3 700 000	39
1927	3 574	3 555 149	28
1928	3 557	3 487 475	?
1929	3 496	3 441 055	?
1930	3 441	3 239 249	?
1931	3 368	2 896 632	?
1932	3 243	2 398 432	?

Allgemeiner Verband deutscher Landkrankenkassen
(ab 1927: Reichsverband deutscher Landkrankenkassen)
Gründungsjahr: 1914

Jahr	Mitglieder (Kassen)	Versicherte	Provinzial-, Landes- oder Ortsverbände
1919	560	?	22
1922	650	?	26
1924	560	250 000	33
1927	655	387 774	30
1928	745	471 827	?
1929	811	520 136	?
1930	851	522 374	?
1931	845	481 143	?
1932	776	427 031	?

Verband kaufmännischer eingeschriebener Hilfskassen (Ersatzkassen)
Gründungsjahr: 1912

Jahr	Mitglieder (Kassen)	Versicherte
1922	54	425 000
1924	21	748 000
1927	21	950 481
1928	22	1 063 403
1929	22	1 166 807
1930	22	1 260 145
1931	22	1 268 437
1932	21	1 299 254

Quelle: Jahrbuch der Krankenversicherung, Berlin 1919 ff.,
Sonderhefte RABI 25, 30, 36,
Statistik des Deutschen Reichs, Bd. 363, 373, 389, 420, 431, 443

Schätzt man die Mitgliederzahlen des Gesamtverbandes deutscher Krankenkassen im Jahre 1919 auf 2 000 000 und die des Hauptverbandes deutscher Innungskrankenkassen mit 250 000 ein, die des Verbandes kaufmännischer eingeschriebener Hilfskassen mit 300 000 dann waren im Jahre 1919 von 17 240 624 Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung 13 773 468 durch Verbände repräsentiert, 9017 Krankenkassen insgesamt standen 6349 in Verbänden organisierte gegenüber. 1924 repräsentierten die Verbände 7054 Kassen mit 19 109 667 gegenüber 7798 Kassen mit 19 127 795 Mitgliedern insgesamt. 1927 waren es 6867 Kassen mit 20 567 482 Mitgliedern gegenüber 7583 Kassen mit 21 207 000 insgesamt, 1931 waren es 6940 gegenüber 6983 Kassen bzw. 18 172 636 gegenüber 20 616 000 insgesamt, 1933 schließlich gehörten nur noch 2,3 v. H. aller Kassen (143), die 4,1 v. H. (637 541) aller Mitglieder repräsentierten, keinem Spitzenverband an[73]. Selbst wenn man berücksichtigt, daß die Verbandsstatistiken nicht sehr zuverlässig sind – in einigen Jahren ergibt die Gesamtmitgliederzahl der Verbände eine höhere Zahl als die der Versicherten überhaupt, was allerdings nicht nur auf „Selbstdarstellung", sondern auf Doppelmitgliedschaften mancher Krankenkassen zurückzuführen sein kann – dann zeigt sich gegenüber einem Organisationsgrad von 80,0 v. H. im Jahre 1919 ein Organisationsgrad von 95,9 v. H. im Jahre 1933.

Wilhelm Krüger (1877–1961), Gymnasialbesuch in Dessau, Studium der Rechte, Volkswirtschaft und Geschichte in Freiburg i. Br., Bonn, Berlin, Göttingen, der Landwirtschaft in Halle, Referendar in Uslar und Verden a. A., Promotion zum Dr. jur., danach mehrjährige landwirtschaftliche Ausbildung in Anhalt, Ostpreußen, Schlesien und Provinz Sachsen, 1906–1945 Besitzer des Rittergutes Allerheiligen, Schlesien, 1914–1945 Vorsitzender der Landkrankenkasse für den Kreis Oels, Vorsitzender des Vorstandes des Verbandes der Landkrankenkassen für Schlesien, 1915–1945 Mitglied des geschäftsführenden Vorstandes des Allgemeinen Verbandes deutscher Landkrankenkassen, 1920–1930 Vorsitzender des Verbandes, 1921–1924 Mitglied d. preußischen Landtags: DNVP, danach Kreisdeputierter, lebte nach 1945 in Argentinien.

73 Statistik des Deutschen Reiches, Bd. 473.

Man muß nun allerdings das besondere Verhältnis der Provinzial-, Bezirks- und Landesverbände (bei den Innungskrankenkassen auch: Ortsverbände) zu den Spitzenverbänden sehen. Der weitaus überwiegende Teil der einzelnen Krankenkassen war – von den Ersatzkassen abgesehen – nämlich kein direktes Mitglied des Spitzenverbandes, sondern nur des Provinzialverbandes etc.. Die Mitgliedschaft im Provinzialverband begründete dann wieder die Repräsentation durch den entsprechenden Spitzenverband. 1927 gab es 101 derartige Verbände, die größtenteils eine längere Tradition hatten als der Spitzenverband[74].

Der Hauptverband deutscher Krankenkassen hatte folgende „Unterverbände": Provinzialverband Ost- und Westpreußen des Hauptverbandes deutscher Krankenkassen e. V., PV Pommern d. HV dt. KK e. V., LV Berlin-Brandenburg d. HV dt. KK e. V., Verband der Krankenkassen Sachsen-Anhalt, Landesverband d. HV dt. KK e. V., PV Schlesien d. HV dt. KK e. V., LV Niedersachsen d. HV dt. KK e. V., LV Westfalen-Lippe d. HV dt. KK e. V., LV Hessen und Hessen-Nassau d. HV dt. KK e. V., Vereinigung rheinischer Krankenkassen, LV Bayern d. HV dt. KK e. V., LV Freistaat Sachsen d. HV dt. KK e. V., Freie Vereinigung Sächsischer Krankenkassen, LV von Krankenkassen beider Mecklenburg d. HV dt. KK e. V., Thüringen d. HV dt. KK e. V., LV Norden d. HV dt. KK e. V., LV Württemberg-Hohenzollern d. HV dt. KK e. V. Nur 5 Krankenkassen von 1590 waren im Juli 1928 außerhalb der Landesverbände Mitglied im Hauptvorstand.

Dem Gesamtverband der Krankenkassen Deutschlands waren folgende Landes- und Bezirksverbände angeschlossen: Provinzialverband Rheinprovinz deutscher Krankenkassen, Vb. westfälischer Krankenkassen, Bayerischer Krankenkassenverband, Mitteldeutscher Krankenkassenverband, Vb ober- und niederschlesischer Krankenkassen, Ostpreußischer Krankenkassenverband, KKVG Hessen-Nassau-Waldeck, LV Württemberg-Hohenzollern im GV d. KK Deutschlands, Nordwestdeutscher Krankenkassenverband i. GV d. KK. Deutschlands.

Die Landes- und Bezirksverbände des Verbandes zur Wahrung der Interessen der deutschen Betriebskrankenkassen waren: Verband der ostpreußischen BKKn, Verband der bayerischen BKKn, BKK Vb. Pommern u. Nachbargebiete, BKK Vb. Berlin und Nachbarorte, Provinzial Vb. der BKK von Brandenburg und Grenzmark Westpreußen, Vb. der BKK der Provinz Oberschlesien, Vb. zur Wahrung der Interessen der BKK von Sachsen-Anhalt, Vb. der BKK des OVA Magdeburg, Vb. zur Wahrung der Interessen der Hannoverschen BKKn, Unterverband der BKK in Braunschweig, Vb. d. rhein.-westf. BKKn, Vb. der BKKn für Südwestdeutschland, Landesschutzverband der sächs. BKKn, Vb. Thüringer BKKn, Vereinigung württembergischer BKKn, LV der bad. Betriebs- und Innungskrankenkassen. Im Kartellverhältnis zum Verband in Essen standen der Verband zur Wahrung der Interessen der BKKn im Unterelbebezirk Hamburg und der Verband zur Wahrung der Interessen der Betriebskrankenkassen im Unterwesergebiet, Bremen.

---

74 Vgl. die genauen Angaben bei: *Harth, Philipp*, u. a. Nachschlagebuch sämtlicher gesetzlicher Träger der Reichsversicherung, Worms 1928, 321 ff. Manche Unterverbände hatten ein eigenes Image, so soll der Gesamtverband der Krankenkassen Deutschlands insgesamt als „blau" (= protestantisch) gegolten haben, während der Verband westfälischer Krankenkassen als „schwarz" (= katholisch) gegolten haben soll, vgl. *Ramsch, Ernst:* Das Recht der Verbände, Selbstverwaltung der Ortskrankenkassen, 1973, 46.

Dem Reichsverband der deutschen Landkrankenkassen waren angeschlossen: Ostpreußischer Krankenkassenverband, KKV d. Grenzmark, Pommerscher Landkrankenkassenverband, Brandenburgischer LKKV, LKKV für Ober- und Niederschlesien, Mitteldeutscher KKV, Schleswig-Holsteinischer LKKV, Hannoverscher LKKV, LKKV für Ostfriesland, LKKV für Westfalen, Verband lippischer LKKn, LKKV d. Rheinprovinz, LV bayerischer LKKn, LKKV f. d. Freistaat Sachsen, Verband d. LKKn in Hessen und Hessen-Nassau, Verband mecklenburgischer LKKn, LKKn f. d. Landesteil Oldenburg.

Für die beiden „rivalisierenden" Verbände der Ortskrankenkassen ist interessant, daß dem Hauptverband alle Ortskrankenkassen mit mehr als 100 000 Mitgliedern angehörten: Berlin-Stadt, Hamburg, Leipzig, München, Dresden, Frankfurt/M., Stuttgart, Köln, Breslau und Nürnberg. Der Schwerpunkt des „Gesamtverbandes" lag in Bayern, in der Rheinprovinz und in Westfalen, seine „größten" Krankenkassen waren 1928 Aachen (59 799), Augsburg (32 531), Bochum-Stadt (38 290), Dortmund (33 422), Duisburg I (40 386), Essen (58 121), Mönchen-Gladbach-Stadt (32 743), Münster-Stadt (31 404) und Ulm (30 314).

Nimmt man das Jahr 1927 als Beispiel, dann lassen sich folgende Aufgaben und Aktivitäten der Provinzial- und Bezirksverbände ermitteln:

Vorstandssitzungen, Mitgliederversammlungen und Kommissionstagungen, Sitzungen und Verhandlungen mit verschiedenen Landesbehörden, meist über sozialhygienische Probleme, Verhandlungen mit Landesversicherungsanstalten, -arbeitsämtern und Berufsgenossenschaften sowie Oberversicherungsämtern, Abschluß von Manteltarifverträgen mit Ärzten, Zahnärzten und Apothekern, Zulassungs- und Einigungsausschüsse, Herausgabe von Mustersatzungen, Broschüren, Orts- und Namensverzeichnissen, Veranstaltung von Aus- und Fortbildungskursen für Krankenkassenangestellte und Abnahme von Prüfungen, Rezeptprüfstelle, Einrichtung und Unterhaltung von Erholungsstätten für Versicherte und Durchführung von gesundheitsbezogenen Aufklärungsvorträgen. Geschäftsstellen mit hauptamtlich tätigem Personal hatten nur die größten Verbände, so der für Berlin-Brandenburg[75].

Die Tätigkeitsbereiche der Reichsverbände waren demgegenüber erheblich umfangreicher, ganz abgesehen davon, daß sie die einzigen waren, die – vor allem im Verhältnis zu den Ärzten – reichsgesetzlich „offiziell" in das System der Krankenversicherung eingebaut wurden und die entscheidenden Initiativen im Hinblick auf den Gesetzgeber unternahmen[76].

75 Zusammengestellt nach: Jahrbuch der Krankenversicherung 1927, Berlin 1928, 313 ff.

76 Durch Schreiben des Reichsarbeitsministers vom 25. Febr. 1925 wurden sie als Kassenvereinigungen i.S. von § 414 RVO anerkannt (Volkswohlfahrt 1925, 100). Otto Heinemann bemerkt: „Das Reichsarbeitsministerium hatte in den Kassenverbänden ein Instrument, das ihm gute Dienste leistete und über das es mittelbar einen starken Einfluß auf die Krankenkassen nehmen konnte" (Aus meinem Leben . . ., 175, vgl. auch die ausführliche Wiedergabe in dieser Arbeit, S. 183. Andererseits hatten die Krankenkassenspitzenverbände auch ihre Vertrauensleute, für den „Hauptverband" war es z. B. Carl Litke (1893–1962), Volksschulbesuch, 1907–1910 Steindruckerlehre, anschließend Besuch der Arbeiterbildungsschule und der Handelshochschule, bis 1922 Steindrucker in Berlin, 1910 Freigewerkschafter, 1912 SPD-Mitglied, 1914–1918 Armierungssoldat, 1919–1922 Vorstands-

Der Einfluß der Spitzenverbände wurde auch noch dadurch gestärkt, daß ihnen die Prüfung der Geschäfts- und Rechnungsergebnisse vom Gesetzgeber ausschließlich zugewiesen wurde.

„Dies Beispiel zeigt am besten, wie aus den Notwendigkeiten der Praxis allmählich die gesetzliche Regelung erwächst. Aus dem Wunsche einzelner Kassenleiter, über die Einrichtung ihrer Verwaltung auch einmal das Urteil anderer Fachleute zu hören, um danach gegebenenfalls die eigene Verwaltung zweckmäßig gestalten zu können, und aus der Überlegung, daß ein fremdes Auge leichter Mängel entdeckt, entstand zunächst die kollegiale gegenseitige Prüfung der Verwaltungen. Sehr schnell kamen dabei die einzelnen Geschäftsleiter zu der Überzeugung, daß man, um einer Verwaltung raten zu können, möglichst viele andere Verwaltungen gesehen haben muß. Die gegenseitige ehrenamtliche Prüfung mußte also auf größere Gebiete ausgedehnt werden. Dies zu organisieren, erschienen die bezirklichen Untergliederungen der Spitzenverbände vorzüglich geeignet. Sie nahmen sich also der Aufgabe an, meist, um nach verhältnismäßig kurzer Zeit festzustellen, daß mit ehrenamtlichen Kräften die Arbeit auf die Dauer nicht auszuführen war, denn schließlich kann ja ein Kassenleiter nur vorübergehend von seiner eigenen Dienststelle abwesend sein. So mußten Prüfer im Hauptamte bestellt werden. Sie bewährten sich so, daß der Gesetzgeber die Prüfungen für alle Kassen obligatorisch machte. Die Durchführung wurde den Spitzenverbänden, die nun bereits über eine Summe von Erfahrungen verfügten, als Selbstverwaltungsaufgabe übertragen.

Wenn also der Gesetzgeber manche Aufgaben den Spitzenverbänden nunmehr ausdrücklich übertragen hat, so hat er damit keineswegs von oben herab etwas Neues in die Krankenversicherung hineingetragen, sondern nur eine von unten herauf gewachsene Entwicklung in geregelte Bahnen geleitet. Wenn so die Spitzenverbände dem Gesetzgeber vorarbeiten, gibt das den Kassen die Gewähr, daß die gesetzliche Regelung wirklich dem praktischen Bedürfnis der Selbstverwaltung entspricht, was ohne das Dasein der Spitzenverbände durchaus nicht sicher wäre.

Bis jetzt sind allerdings nur verhältnismäßig wenige Arbeitsgebiete der Spitzenverbände in der Weise gesetzlich untermauert worden, wie das bei der Prüfung der Geschäfts- und Rechnungsführung der Kassen geschehen ist. Im allgemeinen beruht der Einfluß der Spitzenverbände nicht auf ihnen gesetzlich übertragenen Machtbefugnissen, sondern auf der freiwilligen Anerkennung ihres Wirkens durch die ange-

---

mitglied und 1922–1926 Angestellter der OKK der Lithographen und Steindrucker in Berlin, 1921–1933 Bezirksverordneter Berlin-Kreuzberg, 1923–1933 2. Vorsitzender des Bezirks-Verbandes Groß-Berlin der SPD, 1927–1933 Sekretär des Hauptverbandes Deutscher Krankenkassen, 1931–1933 Mitglied des Parteivorstandes der SPD, 1928–1933 Mitglied des Reichstags und seines sozialpolitischen Ausschusses, Juni bis Dezember 1933 in Spandau und Brandenburg inhaftiert, danach arbeitslos bis 1939, 1939–1945 Handelsvertreter und Geschäftsführer einer Textilgroßhandelsfirma und Lichtpauserei, Juli 1945 Hauptabteilungsleiter der Versicherungsanstalt Berlin, August 1945 bis Juni 1946 Ministerialdirektor in der Zentralverwaltung für Arbeit und Sozialfürsorge, 1946–1950 Mitglied des Parteivorstandes der SED, 1950–1954 Kandidat des ZK der SED, 1946–1948 m. H. Matern Vorsitzender des Landesverbandes Groß-Berlin der SED, November 1948 stellvertretender Leiter der Hauptverwaltung Arbeit und Sozialfürsorge der Deutschen Wirtschaftskommission, 1950–1953 Hauptabteilungsleiter im Ministerium für Arbeit und Gesundheitswesen bzw. im Ministerium für Arbeit der DDR.

schlossenen Kassen. Das kommt insbesondere zum Ausdruck in der Anerkennung der von den Spitzenverbänden geschlossenen zentralen Abkommen mit den Ärzten, Zahnärzten, Apothekern usw.

Die zentralen Abkommen binden zunächst immer nur die Vertragschließenden, d. h. die Spitzenverbände selbst und ihre Untergliederungen. Für die Mitglieder, d. h. die einzelnen Kassen, sind sie nicht ohne weiteres verbindlich. Eine Ausnahme machen nur die Tarifverträge, die die Spitzenverbände mit den Organisationen der Kassenangestellten abschließen, denn insoweit treten die Spitzenverbände nicht nur als Kassenvereinigung, sondern als Arbeitgeberorganisation in Erscheinung, deren Mitglieder gegebenenfalls von der anderen Seite zur Anerkennung der tarifvertraglichen Abmachungen gezwungen werden können. Im übrigen aber hängt die Durchführung einer zentralen Abmachung davon ab, daß sie örtlich ausdrücklich oder stillschweigend anerkannt wird.

Die zentralen Abmachungen, die in den letzten Jahren abgeschlossen worden sind, haben fast restlos diese Anerkennung gefunden, selbst dann, wenn die einzelne Kasse eventl. hoffen konnte, durch örtliche Sonderverhandlungen günstigere Vereinbarungen zu erzielen. Diese Tatsache soll hier weder als ein Lob für die Tüchtigkeit der Spitzenverbände noch als Dank für die Einsicht der Kassen festgestellt werden. Sie ist weiter nichts als der Ausdruck dafür, daß der ganz überwiegenden Mehrzahl der Kassen der Gedanke der Selbstverwaltung so in Fleisch und Blut übergegangen ist, daß sie es als selbstverständlich empfinden, den von ihnen in freier Selbstverwaltung regierten Spitzenverbänden zu folgen. Einzelne Schönheitsfehler hat natürlich auch dieses Bild, im ganzen zeichnet es die Verhältnisse jedoch richtig. Ein Beweis übrigens dafür, daß eine richtig verstandene und durchgeführte Selbstverwaltung durchaus kein Hindernis sein muß für eine zentrale Regelung der Verhältnisse im ganzen Reiche, dort, wo sie notwendig ist.

Diese Notwendigkeit hat sich allerdings je länger je mehr auf den verschiedensten Gebieten ergeben. Die Krankenversicherung ist ungeheuer kompliziert geworden, insbesondere auch dadurch, daß ihr immer neue Aufgaben übertragen wurden, im übrigen aber durch die Komplizierung des gesamten öffentlichen Lebens überhaupt. Daß die Kassen unter diesen Umständen die Lösung aller der Aufgaben, die nicht regelmäßig, sondern mehr gelegentlich bei ihnen vorkommen, auf eine Stelle abwälzen, die sich ständig damit befassen kann, ist nur selbstverständlich und richtig. Auch der arbeitsfreudigste Kassenleiter hat mit der Abwicklung der regelmäßigen Tagesgeschäfte soviel zu tun, daß ihm für Sonderaufgaben nur wenig oder gar keine Zeit mehr verbleibt. Bei sehr großen Kassen ist es ihm allenfalls noch möglich, sich der einen oder anderen wichtigen Spezialaufgabe hinzugeben, bei mittleren und kleineren Kassen, bei denen die Leitung der Geschäfte in der Hand *eines* Mannes gelegt ist, würde er sich damit aufreiben[77]."

77 *Okraß, Fritz:* Die Spitzenverbände der Krankenkassen, Deutsche Krankenkasse 1932, 1319. Gemäß dem 2. Titel, Nr. 46 der Notverordnung vom 26. Juli 1930 (RGBl I 1930, S. 311) erhielt § 342 RVO folgenden Absatz 2: „Der Vorstand hat die Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsführung der Kasse durch eine vom Reichsversicherungsamt als geeignet anerkannte Einrichtung einer Kassenvereinigung prüfen zu lassen." Fritz Okraß (1897–1944), Sohn eines Krankenkassenleiters aus Geestemünde (Bremerhaven), Oberrealschulbesuch, 1915 Notabitur, Kriegsfreiwilliger (Marine), 1919–1923 Krankenkassen-

Schließlich muß auch noch die sozialhygienische Arbeit des Hauptverbandes erwähnt werden, die den Krankenkassen ein ganz neues Aufgabenfeld eröffnete und deren Initiierung ein bleibendes Verdienst von Albert Kohn ist[78].

Mit den Jahren nahm auch die „Steuerung" der Unterverbände durch den Hauptverband mehr und mehr zu, die Geschäftsstellen – ursprünglich nur zu Tagungsvorbereitung und Kommunikation gegründet – gewannen mehr und mehr Gewicht, die erste Akzentuierung in dieser Richtung erfolgt mit der Gründung eigener Verbandszeitschriften.

Im Jahre 1924 beschäftigte die Geschäftsstelle des Hauptverbandes deutscher Krankenkassen 74 Angestellte und 89 Arbeiter. Sie wurde in diesem Jahr von Dresden nach Berlin, der Reichshauptstadt, verlegt und hatte 10 Abteilungen:

1. Auskunftei und Rechtsberatung einschließlich Vertretung der Verbandsmitglieder vor dem Reichsversicherungsamt und Reichsschiedsamt.
2. Sozialhygienische Abteilung einschließlich Verleihinstitut für Lichtbilder und Vorführungsapparate.
3. Prüfstelle für Arztrechnungen.
4. Beratungsstelle für Heilwesen
5. Institut für Frauenkunde einschließlich Frauenklinik.
6. Sanatorium für physikalisch diätetische Heilweise.
7. Diagnostisches Institut.
8. Verlagsgesellschaft deutscher Krankenkassen m.b.H. einschließlich Schriftleitung der „Deutschen Krankenkasse", der „Gesundheit", der „Krankenkassenkorrespondenz".

---

angestellter in Geestemünde, 1923–1933 Tätigkeit beim „Hauptverband", seit 1925 Geschäftsführer für Vertragsrecht, Chefredakteur der Verbandszeitschrift „Die Ortskrankenkasse", Verbindungsmann zur Presse (Romanisches Café!), neben Helmut Lehmann der „führende Kopf" im „Hauptverband", 1933 amtsenthoben, danach kurzfristig Angestellter der AOK Hamburg (sein Bruder war dort ein führender NSDAP- und SA-Mann, Fritz Okraß selbst war SPD-Mitglied), 1934–1939 „kommissarischer" Leiter des Landesverbandes Thüringen des Reichsverbandes der Ortskrankenkassen, in dieser Zeit schrieb er unter dem Pseudonym Ernst Hilgenbrinck, 1939 zum Kriegsdienst eingezogen und am 24. 12. 1944 als Oberleutnant der Marine bei Ostroza/Bihać (Kroatien) gefallen.

78 Albert Kohn (1857–1926), vgl. über ihn: *Stargardt, Wolfgang, Florian Tennstedt und Heinz Umrath:* Albert Kohn – ein Freund der Kranken, Die Ortskrankenkasse 1976, 810 und S. 150. In der Geschäftsführung des „Hauptverbandes" war Dr. Clara Henriques für die Fragen der Sozialhygiene zuständig, infolge der ökonomischen Entwicklung blieben die Wirkungsmöglichkeiten des Hauptverbandes im Hinblick auf Sozialhygiene aber weitgehend auf Aufklärung mittels Ausstellungen und Schriften beschränkt. Im Hinblick auf kontinuierliche ärztliche Beratung des Hauptverbandes scheint Julius Moses (1868—1942) der „Nachfolger" von Raphael Friedeberg geworden zu sein. (Schulbesuch in Arnswalde/Neumark, 1888–1892 Studium der Medizin und Promotion zum Dr. med. in Greifswald, seit 1893 praktischer Arzt in Berlin-Wedding, Vertrauensarzt der AOK Berlin, Herausgeber der Zeitschrift „Der Kassenarzt", 1920–1932 Mitglied des Reichstages: SPD, 1933 in Haft, nach mehreren Verfolgungen an den Haftfolgen im KZ Theresienstadt verstorben.) Vgl. über ihn: *Nemitz, Kurt:* Julius Moses, Internationale wissenschaftliche Korrespondenz zur Geschichte der deutschen Arbeiterbewegung, 1974, 219.

9. Heilmittelversorgung deutscher Krankenkassen AG.
10. Allgemeine Ruhegehaltsversicherung deutscher Krankenkassen.

Über die Tätigkeit wurde mitgeteilt:

„Die Haupttätigkeit des Verbandes liegt in der Wahrung der Interessen der Krankenkassen im Sinne einer fortschrittlichen Sozialpolitik bei den Reichs- und Landeszentralbehörden, im Reichsrat und Reichstag, im Reichsgesundheitsamt und bei den sozialhygienischen Spitzenverbänden.

Eine weitere wichtige Aufgabe des Verbandes ist die zentrale Regelung der Beziehungen der Krankenkassen zu den Angestellten, Ärzten, Zahnärzten, Zahntechnikern, Apothekern, Krankenhäusern und den Lieferanten der Krankenkassen.

Der Hauptverband vertritt die Kassen auf Antrag bei dem Reichsschiedsamt, in grundsätzlichen Fragen auch bei einzelnen Schiedsämtern, ferner in Fragen von grundsätzlicher Bedeutung bei dem Reichsversicherungsamt. Er erteilt Rechtsauskunft auf allen für die Krankenversicherung in Betracht kommenden Gebieten, einschließlich der Begutachtung von Verträgen.

Ein Aufgabengebiet, das der Hauptverband erst nach der Stabilisierung der Währung in Angriff nehmen konnte, ist die Propaganda in allen sozialhygienischen Fragen, insbesondere die Werbung für die sozialhygienische Betätigung der Krankenkassen, namentlich durch krankheitsverhütende Maßnahmen. Zu diesem Zwecke Schulung der Kassenleiter, Vertrauensärzte usw. auf sozialhygienischem Gebiete durch Veranstaltung von Vortragskursen, Ausarbeitung von Vortragsthemen für hygienische Volksaufklärung, einschließlich Herstellung und Verleihung von Diapositiven und Lichtbildstreifen über Berufskrankheiten und Ursachen und Verhütung der wichtigsten Krankheiten.

Popularisierung der Krankenversicherung durch Herausgabe der Zeitschrift ‚Gesundheit' und der ‚Krankenkassenkorrespondenz', Aufnahme von Statistiken aller Art, insbesondere über die Tätigkeit der Krankenkassen. Nachprüfung der ärztlichen Rechnungen aufgrund der Richtlinien des Reichsausschusses und der Gebührenordnung. Nachprüfung der Verordnungsweise der Ärzte auf ihre Wirtschaftlichkeit. Nachprüfung der Apothekerrechnungen.

In Verfolgung dieser Zwecke werden herausgegeben:

Die Zeitschrift ‚Deutsche Krankenkasse' zur Information und Schulung der Vorstandsmitglieder und Angestellten der Krankenkassen, Fachliteratur, ferner zur Verbesserung und Vereinfachung der Verwaltungseinrichtungen der Krankenkassen Verwaltungsvordrucke, für die Zwecke der hygienischen Volksbelehrung geeignete Schriften aller Art. Schaffung preiswerten Büromaterials und Büroeinrichtungen[79]."

Die „Steuerung" der einzelnen Kassen durch die Geschäftsstelle erfolgte auf drei Wegen: Rundschreiben zur laufenden Berichterstattung in Form der „Mitteilungen an die Verbandskassen", Verbandszeitschrift „Deutsche Krankenkasse" und Rechtsauskunftsstelle und schließlich Herausgabe eigener Kommentare und

79 Jahrbuch der Krankenversicherung 1924, Berlin 1925, 153.

Helmut Lehmann

Albert Kohn

Monographien[80]. In einem Nachruf auf Helmut Lehmann, den geschäftsführenden Vorsitzenden des Hauptverbandes deutscher Krankenkassen von 1914–1933, wird einiges über die Position der Geschäftsstelle in der „Aera Lehmann" deutlich:

„Mit der ‚Aera Lehmann' begann für den damaligen Hauptverband eine Zeit innerer und äußerer Kämpfe. Mit seiner Person mag dies weniger zusammenhängen als mit der Entwicklung der Krankenversicherung von 1914–1933, also mit ihrer Entfaltung von einer anfänglich noch harmlosen Hilfseinrichtung für Arbeiter zu einer wirtschaftlich und sozialpolitisch immer bedeutungsvoller werdenden Organisation. Lehmann war die Kampfnatur, die die deutschen Krankenkassen in dieser Zeit benötigten, um von ihren mannigfachen Gegnern und Widersachern nicht überfahren zu werden. Im Inneren gingen die Auseinandersetzungen u. a. um das Primat des Hauptverbandes im Verhältnis zu den Landesverbänden und um die Koordinierung

80 Einen detaillierten Überblick vermitteln die Angaben über die „Verlagsgesellschaft deutscher Krankenkassen" in den Jahrbüchern der Krankenversicherung, im übrigen sind – neben bereits erwähnten – folgende Buchveröffentlichungen von Helmut Lehmann zu nennen: Die Beziehungen zwischen Unfall- und Krankenversicherung, Berlin 1927, Die Rechnungsführung in der Krankenversicherung, 3. Aufl., Berlin 1931, Handbuch des Krankenversicherungsrechts, 7. Aufl., Berlin 1932 (eine der ersten Loseblatt-Ausgaben mit rd. 2500 Seiten!), vgl. zur Problematik der Verbandskommentare: *Schnur, Roman:* Der Begriff der ‚herrschenden Meinung' in der Rechtsdogmatik, in: Festgabe für Ernst Forsthoff zum 65. Geburtstag, München 1967, 43.

gemeinsamer Belange, um Angelegenheiten der Verbandssatzungen und der Selbstverwaltung, um Dienstrechts- und Besoldungsfragen sowie um die Durchsetzung verbandseigener Prüfungen, nach außen um die Abwehr von Angriffen und Eingriffen aller Art, die sich in der turbulenten Zeit von 1918–1933 einer kontinuierlichen Entwicklung der Ortskrankenkassen ununterbrochen entgegenstellten. Wie ein Turm stand Lehmann in diesem Ringen, immer zu Verteidigung und Angriff bereit, immer überlegen, immer schlagfertig, immer entschlossen. Zu Unrecht wurde er mitunter als ‚Krankenkassenkönig' bezeichnet; denn innerhalb des Verbandes waren seine Gegner oft zahlreicher als seine Verbündeten, und auch von seiner eigenen Partei und von der eigenen Gewerkschaft wurde er wiederholt abgelehnt und verlassen. Daß er sich dadurch in keiner Weise beeindrucken ließ und seinen Weg zur Durchsetzung der als richtig erkannten Notwendigkeiten unter Ausschöpfung der gegebenen Möglichkeiten unbeirrt weiterging, ist das Große an ihm.

Lehmann war damals Sozialdemokrat und Freigewerkschaftler, jedoch mit sehr viel Ellbogenfreiheit, als Chef der eigenen Verwaltung mitunter konservativ und in Dienstrechtsfragen konsequenter Verfechter des Arbeitgeberstandpunkts. Mit Worten der Kritik gegenüber seinen Mitarbeitern geizte er nicht, er tat aber auch bewußt niemand etwas zuleide. Bei aller Abgeklärtheit seines Denkens und aller Nüchternheit im Erkennen der Realitäten siegten schließlich doch immer sein gutmütiges Berliner Herz und sein unverwüstlicher Humor"[81].

Dieser Funktionswandel des Hauptverbandes führte ab 1928 zu einer „offiziellen" Diskussion der Verbandsstruktur und dann zu einer Satzungsänderung mit entsprechender Reorganisation, die unter dem Aspekt der Demokratisierung des Hauptverbandes vorgenommen wurden. 1929 beschrieb Wilhelm Ahrens[82], der Nachfolger von Julius Fräßdorf im Verbandsvorsitz darüber folgendes:

---

81 Man berichtet, daß vor jedem Krankenkassentag die Delegierten der Provinzialverbände beschlossen, ihn abzuwählen – er wurde aber doch immer wieder bestätigt, weil kein „Nachfolger" in Aussicht war (Ausnahme vielleicht: Fritz Okraß), der diesen überragenden Autodidakten hätte ersetzen können. Differenzen mit SPD und Gewerkschaften resultierten vor allem aus seiner Zustimmung zur Krankenscheingebühr. Ludwig Heyde schrieb 1928 über seinen Auftritt beim 32. Deutschen Krankenkassentag: „Die Rede H. Lehmanns ... zeugte von Mut und Willenskraft. Wer Lehmann seit langen Jahren beobachtet, wird nicht nur finden, daß seine Augen immer mehr Ähnlichkeit mit denen des unvergeßlichen Carl Legien bekommen; es kann ihm auch nicht entgehen, daß dieser unbestrittene Führer des größten Krankenkassenverbandes an taktischer Gewandtheit viel gewonnen hat – in den Jahren des gedämpften Streites mit den Ärzten. Seine Rede bot viele Anregungen ... wohl am anfechtbarsten ist das Übermaß von Selbstverwaltung, das Lehmann fordert" (Soziale Praxis 1928, Sp. 834). – Interessant ist, daß Helmut Lehmann noch nach seiner Entlassung durch die NS-Machthaber (zusammen mit Fritz Okraß) einen Kommentar zum Krankenversicherungsrecht verfaßt hat: *Geisthardt, Bruno und Otto Pfeiffer:* Recht der Krankenversicherung, 4 Bde., Berlin 1936/39. (Die genannten Verfasser sind „Strohmänner" gewesen.)

82 Wilhelm Ahrens (1878–1956), Buchdrucker, später Buchdruckereibesitzer, 1904 Vorstandsmitglied, 1905–1933 Vorstandsvorsitzender der AOK Charlottenburg, Mitarbeit in der Zentralkommission der Krankenkassen Berlins, 1924–1933 Vorsitzender des Hauptverbandes deutscher Krankenkassen (Nachfolger von Julius Fräßdorf, aber ohne vergleichbaren Einfluß), 1928–1933 Vorsitzender des Provinzialverbandes Berlin-Brandenburg des „Hauptverbandes", 1920–1931 ehrenamtlicher Stadtrat in Berlin (für Feuerwehrwesen), Vorstandsmitglied der BKK der Stadt Berlin.

Wer von einer Reorganisation des Hauptverbandes deutscher Krankenkassen sprechen will, muß zunächst die Vorfrage beantworten, ob denn eine solche Reorganisation überhaupt nötig ist. Man kann, oder genauer gesagt, man muß diese Frage mindestens soweit verneinen, als die Grundlagen des Hauptverbandes und sein organisatorischer Aufbau im einzelnen in Betracht kommen. Der Hauptverband hat in den letzten Jahren zweifellos einen steilen Anstieg genommen, einen Anstieg, der sich nicht so sehr in dem Mitgliedergewinn ausdrückt (obwohl auch dieser beträchtlich ist), als vielmehr in der Verbreiterung des Aufgabengebietes. Es konnte verständlich erscheinen, daß unter diesen Umständen das Gewand der Organisation zu eng geworden wäre. Das ist aber tatsächlich nicht der Fall. Vorausschauende Politik hat schon früher dafür gesorgt, daß dem Hauptverband Erweiterungsmöglichkeiten blieben; seine ganze Organisation war von vornherein auf die Verbreiterung des Tätigkeitsgebiets und auf die Vertiefung seiner Tätigkeit eingestellt. In der Tat haben sich Mängel insoweit auch nicht gezeigt; das Fundament des Hauptverbandes verträgt eine noch viel stärkere Belastung mit Aufgaben.

Anders ist es mit dem Versammlungswesen des Verbandes. Die Mitarbeit der einzelnen Verbandskassen zeigt sich zwar täglich in den umfangreichen Korrespondenzen, die zwischen Hauptverband, Landes- und Provinzialverbänden und den einzelnen Kassen geführt werden. Sie zeigt sich in erfreulichem Maße darin, wie regen Anteil die Verbandskassen an den Einrichtungen des Verbandes nehmen: Auf dies in den letzten Jahren so ungeheuer gesteigerte Interesse an der Verbandsarbeit ist es auch zurückzuführen, daß die Verbandsversammlungen insbesondere der Deutsche Krankenkassentag, in immer steigendem Maße beschickt werden. Und hier hat sich allerdings ein Zustand herausgebildet, der auf die Dauer für die Organisation eine Gefahr werden kann.

Die Hauptversammlungen des Verbandes sind mit der Zeit Riesenveranstaltungen geworden, wuchtig in ihrer Geschlossenheit, eindrucksvoll nach außen, machtvolle Demonstration des Verbandswillens. Diese Demonstration ist auch für die Zukunft nicht zu entbehren. Aber diese Massigkeit der Versammlungen ist zugleich ihre Schwäche, sobald es darauf ankommt, rein fachliche oder organisatorische Entscheidungen zu fällen. Zur Geltung kommen nur Diskussionsredner, die entweder mit Stentorstimme bewaffnet oder mit der Begabung, ihre Volksversammlungsstimme auf das Mikrophon umzustellen, ausgestattet sind. Es ist, wie jeder Versammlungsteilnehmer zugeben muß, nur ganz wenigen, rednerisch ungewöhnlich begabten Personen möglich, sich in der Diskussion über technische und organisatorische Fragen in der Versammlung noch durchzusetzen. Für ein mit Diktaturgelüsten begabtes Organ des Verbandes könnte zwar ein solcher Zustand erwünscht erscheinen. Ein solcher Standpunkt wäre aber sehr kurzsichtig, und die Organe des Hauptverbandes sind die letzten, die ihn vertreten möchten. Es besteht die große Gefahr, daß die Demokratie, die Selbstverwaltung der Verbandskassen bei dem jetzigen Zustande leidet, und zwar in einem Maße leidet, daß sie schließlich nur noch ein Aushängeschild ist, hinter dem nichts mehr steckt. Eine Zeitlang mag ein solcher Zustand hingehen, auf die Dauer ist er unerträglich für die Organisation und noch unerträglicher für die einzelnen Verbandsmitglieder. Das Selbstverwaltungsrecht der Verbandsmitglieder wird schließlich bei einem solchen Zustand auf Null reduziert.

Diese Gefahr haben die von den Mitgliedern gewählten Organe des Hauptverbandes durchaus erkannt, und aus dieser Erkenntnis heraus wurden die Vorschläge

auf Satzungsänderung geboren, die in diesem Jahr auf den Landesversammlungen zur Aussprache gestellt wurden und die auch dem 33. Krankenkassentag zur Beschlußfassung vorliegen. Der Vorstand des Hauptverbandes war sich von Anfang an darüber klar, daß er an die Lösung einer Aufgabe heranging, die ungewöhnlich schwierig war. Er war deshalb auch nicht der Meinung, daß der von ihm gefundene Vorschlag der Weisheit letzter Schluß sei. Im Gegenteil hoffte er, daß die von ihm gebotene Grundlage eine rege Aussprache auf den Landesversammlungen zeitigen würde und daß es möglich wäre, aufgrund der gepflogenen Diskussion vielleicht zu anderen, besseren Vorschlägen zu kommen.

Diese Hoffnung hat nicht getrogen. Eine Fülle von Anregungen ist aus den Landesversammlungen, aber auch von einzelnen Kassen an den Vorstand herangetragen worden. Die Lebhaftigkeit, mit der die Aussprache vor sich ging, hat bewiesen, welch großen Anteil die Verbandsmitglieder an den aufgeworfenen Fragen nehmen. Sie ist das beste Zeugnis für den ungebrochenen Tatwillen der Organisation.

Der Hauptverband ist groß geworden auf dem Boden der Selbstverwaltung, auf dem Felde demokratischen Zusammenarbeitens aller seiner Verbandsmitglieder. Mögen diese Grundgedanken der Organisation weiter lebendig bleiben, mögen sie sich auch als genügend tragfähig erweisen, um dem Versammlungswesen des Verbandes die Form zu geben, die nach den bisherigen Erfahrungen unbedingt nötig ist[83].

Die wichtigste Satzungsänderung, die auf dem Krankenkassentag vom 17. bis 18. August 1930 in Dresden vorgenommen wurde, bestand darin, daß die beschließende Gewalt vom Krankenkassentag auf ein neugebildetes Organ, die Vertreterversammlung, überging. Außerdem wurden der bisherige Gesamtvorstand und Beirat zu einer Körperschaft mit der Bezeichnung Gesamtvorstand vereinigt. Danach hatte der Hauptverband folgende Organe: Gesamtvorstand, 39 Mitglieder, gewählt von den Vorständen der Landesverbände aus ihrer Mitte, dem geschäftsführenden Vorstand, 7 Mitglieder, gewählt von der Vertreterversammlung aus dem Gesamtvorstand. Die Vertreterversammlung bestand aus den Mitgliedern des Gesamtvorstandes und Vertretern der Mitglieder. Sie war zuständig für: Abnahme des Geschäfts- und Kassenberichts, Wahl des geschäftsführenden Vorstandes, Satzungsänderungen, Beschlußfassung über Anträge des geschäftsführenden Vorstandes, des Gesamtvorstandes oder der Mitglieder sowie Vorbereitung der Beschlüsse des Krankenkassentages[84].

Über die Verbandsstruktur in den kleineren Verbänden liegen keine ähnlichen Informationen vor. Die Demokratisierungsproblematik stellte sich allerdings nicht so sehr bei den Verbänden, die mehr von den Arbeitgebern getragen wurden, vor allem beim Verband zur Wahrung der Interessen der deutschen Betriebskrankenkassen[85]. Hier nahmen die Arbeitgeber und Geschäftsführer 1925 zu einem An-

83 *Ahrens, Wilhelm:* Reorganisation des Hauptverbandes deutscher Krankenkassen?, Deutsche Krankenkasse 1929, 891.

84 Jahrbuch der Krankenversicherung 1930 und 1931, bis 1933 fanden nur zwei Vertreterversammlungen statt: vom 15.–16. August 1931 in Mainz und am 7. August 1932 in Lüneburg.

85 Der Versuch, eine sozialdemokratisch orientierte „Zeitschrift für die Interessen der Vorstands- und Ausschuß-Mitglieder in den Betriebskrankenkassen Deutschlands" herauszugeben, wurde nach drei Jahren durch Beschluß des Reichsversicherungsamts vom 12.

trag der Versichertenvertreter, der darauf abzielte, Vorstand und Ausschuß zu zwei Dritteln mit Arbeitnehmervertretern zu besetzen, wie folgt Stellung:

„Der Verband zur Wahrung der Interessen der deutschen Betriebskrankenkassen ist 1907 als eine Vereinigung der Unternehmungen mit Betriebskrankenkassen gegründet worden, zu einer Zeit, als Versicherte in großer Zahl den Betriebskrankenkassen ablehnend gegenüberstanden. Der Verband hat in dieser Verfassung viele Jahre hindurch sehr gedeihlich gewirkt. In den letzten Kriegsjahren und auch in den folgenden Jahren trat in den Kreisen der Versicherten der Betriebskrankenkassen ein Umschwung ein; vielfach wurden Wünsche laut, unmittelbar beim Verbande mitzuarbeiten, um dadurch eine größere Möglichkeit zu haben, für die Betriebskrankenkassen einzutreten. Diesen Wünschen nachkommend, wurde beim Verbande die Parität zwischen Arbeitgebern und Versicherten eingeführt mit der Maßgabe, daß beide Gruppen auch eine bestimmte Zahl Geschäftsführer in die Verbandsorgane entsenden. Dadurch sind alle Beteiligten beim Verbande angemessen berücksichtigt, und es ist an sich die Grundlage gegeben für ein weiteres erfolgreiches Wirken des Verbandes. Beim Verbande handelt es sich lediglich um die gute Durchführung und Förderung der Krankheitsfürsorge für die in den Betriebskrankenkassen Versicherten und ihre Angehörigen. Die Verbandstätigkeit ist für Arbeitgeber und Arbeiter völlig neutral.

Leider zeigte sich bald, daß die fast ausschließlich den freien Gewerkschaften angehörenden Versichertenvertreter in den Verbandsorganen unter dem Einflusse außenstehender Stellen, namentlich von führenden Persönlichkeiten des Hauptverbandes deutscher Ortskrankenkassen, immer wieder Forderungen stellten, die darauf abzielen, den Verband einseitig unter den Einfluß von Versichertenvertretern ihrer Richtung zu bringen. Auch in der grundsätzlichen Stellung zu den Betriebskrankenkassen sind von den freigewerkschaftlich organisierten Versichertenvertretern die Hoffnungen, die sie zuerst erweckt hatten, nicht erfüllt worden. Die bezeichneten Versichertenvertreter haben in der diesjährigen Hauptversammlung in München öffentlich bekundet, daß sie für die Vereinheitlichung der Sozialversicherung, also für die Auflösung der Betriebskrankenkassen stimmen.

Besondere Enttäuschungen und geradezu Entrüstung müssen die vorliegenden Anträge von Versichertenvertretern auslösen. Sie verlangen nicht weniger, als den Versichertenvertretern die ausschließliche Herrschaft im Verbande zu gewährleisten. Selbst Beschlüsse über Änderung der Satzung, über Änderungen der Grundsätze des Verbandes, über grundsätzliche Fragen der Reichsversicherung sollen mit nur einfacher Stimmenmehrheit, also unter voller Ausschaltung jeden Einflusses der Unternehmer und Geschäftsführer, gefaßt werden. Zweck des Verbandes soll künftig auch nicht mehr die Wahrung und Förderung der gemeinsamen Interessen der Betriebskrankenkassen, sondern lediglich die Wahrung und Förderung der Interessen der Versicherten im Sinne bestimmter Parteieinstellung sein. In der Ver-

März 1930 (EuM 27, 404) „gestoppt", es handelte sich um den „Versichertenvertreter", der von 1928–1930 erschien (u. a. mit etlichen Beiträgen von Otto Grotewohl), fortgesetzt als „Mitteilungen für Betriebskrankenkassen". Den Richtern des RVAs dürfte nicht unbekannt gewesen sein, daß ihr Präsident Hugo Schäffer 1901–1902 und 1922–1923 in den Diensten der Firma Krupp stand und mit Otto Heinemann befreundet war – jedenfalls erklärt sich von da das Urteil eher als von seiner veröffentlichten Begründung.

bandstagung soll sogar die Bestimmung gestrichen werden, daß der Verband bestrebt zu sein hat, die Betriebskrankenkassen in ihrem Bestande und Wirken zu erhalten!

Bei Arbeitgebern und Geschäftsführern besteht Einmütigkeit darüber, daß diese Anträge nicht angenommen werden können. Sie stellten einmütig fest, daß sie nicht ihre Hand dazu geben, den Verband in eine freigewerkschaftliche Einrichtung umzuwandeln. Arbeitgeber und Geschäftsführer lehnen deshalb die Anträge einmütig ohne Einzelerörterung insgesamt ab. Sie erwarten von den Versichertenvertretern, daß diese von einseitiger Gewerkschaftspolitik beim Verbande absehen und sich mit den Arbeitgebern und Geschäftsführern zur sachlichen Arbeit zum Wohle der in den Betriebskrankenkassen Versicherten zusammenfinden[86]!"

Wie die Entwicklung im einzelnen verlief, schilderte Heinrich Cuntz 1932: „Der Verband war ursprünglich nur gegründet als Vereinigung von Unternehmungen mit Betriebskrankenkassen. Versichertenvertreter nahmen erstmals während des 1. Weltkrieges an Veranstaltungen teil. Nach dem Krieg wurden zunächst die Verbandsorgane je zu einem Drittel besetzt mit Vertretern der Arbeitgeber, der Versicherten und mit Geschäftsführern. Es folgte eine paritätische Regelung, die dahin ging, daß sich die Gruppen der Arbeitgeber- und Versichertenvertreter bereiterklärten, ein Drittel ihrer Sitze den von ihnen zu benennenden Geschäftsführern einzuräumen. In der Hauptversammlung 1930 wurde dann festgesetzt, daß die Organe je zur Hälfte aus Vertretern der Arbeitgeber und der Versicherten bestehen. Gerne stelle ich heute fest, daß Arbeitgeber- und Versichertenvertreter in den Verbandsorganen einträchtig zusammenwirken[87]." Schließlich ist noch zu erwähnen, daß im Anschluß an die 10. Internationale Arbeitskonferenz (25. Mai bis 16. Juni 1927 in Genf) am 5. Oktober 1927 eine „Internationale Zentralstelle von Verbänden der Krankenkassen und Hilfsvereine" gegründet wurde. Diese Zentralstelle diente der Entwicklung, Verteidigung und Vervollkommnung der Sozialversicherung, insbesondere der Krankenversicherung, bis 1935 hielt sie alljährlich Generalversammlungen ab. Aus Deutschland gehörte ihr allerdings nur der „Hauptverband deutscher Krankenkassen" an[88].

86 Die Betriebskrankenkasse 1925, 278.

87 Die Betriebskrankenkasse 1932, 313.

88 *Kleeis, Friedrich:* Internationale Regelung der Krankenversicherung, Der Versichertenvertreter, 1929, 260.

Anhang

Die Ambulatorien des Verbandes der Krankenkassen im Bezirk des Oberversicherungsamtes Berlin

Die Ambulatorien dürften eine der wichtigsten Einrichtungen sein, die die Selbstverwaltung der Krankenversicherung in der Weimarer Republik entwickelt hat. Da die konkrete Geschichte und Ausgestaltung dieser Ambulatorien heute weitgehend vergessen ist, sollen hier in Form eines Exkurses die großen Linien aufgezeichnet werden.

Albert Kohn[1], den man sicher als geistigen Vater und ersten Organisator der Berliner Ambulatorien bezeichnen kann, führte 1925 folgendes aus: „Mit den Ambulatorien, wie sie zu Beginn des Jahres 1924 in Berlin ins Leben traten, ist nichts Neues, bisher Unbekanntes geschaffen worden, vielmehr hat die Ortskrankenkasse Leipzig schon im Jahre 1905 während des dort herrschenden Ärztestreiks zu dem Hilfsmittel gegriffen, Beratungsstellen zu schaffen, die allerdings den Stempel der Unvollkommenheit deshalb tragen mußten, weil sie aus der Not der Zeit unvorbereitet in Szene gesetzt werden mußten. Aber in demselben Jahre habe ich bereits in Budapest in der dortigen Arbeiterkrankenkasse sehr gute Ansätze für das vorgefunden, was m. E. kurz oder lang kommen mußte. Dort waren gegenüber den Kassenschaltern in einer Anzahl Räume, deren Türen in den Abfertigungsraum führten, verschiedene Spezialärzte untergebracht, die gleich an Ort und Stelle diejenigen Kranken behandelten, welche sich einen Schein bei der Kasse holten. Diejenigen Fälle, in denen Arbeitsunfähigkeit festgestellt wurde, hat man den Bezirksärzten überwiesen, welche die Verarztung übernahmen, und dieses System hat sich lange

1 Kohn, Albert (1857–1926), Schulbesuch in München, Handlungsgehilfe, mit Arbeitslosigkeit verbundene Wanderjahre in Hochheim bei Erfurt (1879), Hagen i. Westfalen (1881) und Krefeld (1883). Gegen 1890 (nach dem Ende des Sozialistengesetzes) kam er nach Berlin, wo er sich der freigewerkschaftlichen Handlungsgehilfenbewegung anschloß. 1893 wurde er Rendant der Ortskrankenkasse der Handlungsgehilfen. Als diese 1898 mit anderen Kassen zur Ortskrankenkasse der Kaufleute, Handelsleute und Apotheker verschmolzen wurde, wurde er Verwaltungsdirektor. Als 1914 diese zur Allgemeinen Ortskrankenkasse Berlin kam, wurde er deren Direktor (bis 1925). Diese war damals die größte Krankenkasse Deutschlands. 1905–1925 war er leitend in der „Krankenkassenbewegung" Deutschlands tätig (Beisitzer des Vorstandes des „Hauptverbandes") und hat wohl den entscheidenden Anteil daran gehabt, daß sie versuchte, die sozialhygienischen Erkenntnisse in die Praxis umzusetzen. Der Sozialhygieniker Rudolf Lennhoff, der ihn im Nachruf als „einen Freund der Kranken" bezeichnete, was er wohl wahrhaft war, schrieb über ihn: „Bei allen Bestrebungen zur Bekämpfung der Tuberkulose, der Geschlechtskrankheiten, Bestrebungen zur Wohnungsfürsorge, der öffentlichen Gesundheitsbelehrung, fand man ihn in vorderster Reihe ... Auch in den Reihen der organisierten Ärzteschaft, deren kassenärztlichen Bestrebungen er vielfach großen Widerstand entgegengesetzt hat, erfreute er sich als Person hoher Achtung." Sein Freundeskreis reichte von Paul Mayet und Bruno Wille über den preußischen Ministerpräsidenten Otto Braun bis zu dem sozialdemokratischen Arzt Julius Moses (1868–1942).
Vgl. über ihn: *Stargardt, Wolfgang u. a.:* Albert Kohn – ein Freund der Kranken. Ein Rückblick auf seine Tätigkeit in der Krankenversicherung. Die Ortskrankenkasse 1976, S. 810.

und gut bewährt[2]." Für Deutschland müßte man sicher noch als Vorläufer die teils im Zusammenhang mit einem Krankenhaus, teils selbständig-privat betriebenen Polikliniken nennen, deren Betrieb durch die Sozialversicherung zurückgegangen war[3].

Im Hinblick auf die konkrete Entstehung muß man nun unterscheiden zwischen aktuellem Anlaß – Ärztestreik in Berlin – und quasi sozialhygienischen bzw. sozialmedizinischen Entwicklungen, denen man am ehesten durch Ambulatorien gerecht werden zu können glaubte. Die Gedankengänge zu letzteren seien zunächst nachgezeichnet.

Im Mittelpunkt der ärztlichen Versorgung der Bevölkerung oder besser: des Bürgertums standen im 19. Jahrhundert und zuvor die Hausärzte. Sie arbeiteten familienbezogen, d. h. sie kannten die Mitglieder der Familie meist von Jugend auf und wurden nicht nur im Erkrankungsfalle zu Rate gezogen, sondern schauten auch zwischendurch „nach dem Rechten", ihr Rat wurde bei Eheschließung und Berufswahl geschätzt[4]. „In manchen Familien vererbt sich der Hausarzt wie ein Stück Möbel. Man denkt wohl manchmal daran, es mit einem moderneren zu vertauschen, hat sich aber einmal daran gewöhnt. Bei festlichen Gelegenheiten, z. B. bei Silberhochzeiten, wo sich der Reichtum des Hauses entfaltet, wird er ebenfalls ausgestellt und herumgezeigt. Dann erhebt sich auch bei der Tafel, nachdem die Toaste auf das Jubelpaar, sämtliche Kinder und Enkelkinder, die Eltern und sonstigen Verwandten bis ins fünfte und sechste Glied, die Hausfreunde und den Herrn Pastor, der eben so schöne Worte gesprochen, verklungen sind, noch zu später Stunde ein gefälliger Gast und bringt einen Toast auf den erfahrenen Hausarzt aus und nennt ihn einen ‚treuen Mentor'. Der treue Mentor erhebt sich gleichfalls, erzählt von seinen Erlebnissen in der Familie, spricht mit der nötigen Diskretion von den Schwierigkeiten, unter denen man der Geburt des ersten Sprößlings entgegengesehen, drückt seine posthume Freude über den trotz alledem so glücklichen Verlauf aus und schließt mit dem wohlwollenden Wunsche, daß auch auf der Seite des nächstdem in den heiligen Ehestand tretenden Töchterchens des Hauses stets das Glück weilen möge[5]."

Sie wurden aufgrund einer Jahrespauschale tätig. So kann man sagen, daß sie nicht nur kurativ, sondern – aus genauer Kenntnis der Verhältnisse – auch prophylaktisch und sozial tätig waren, jedenfalls beim Bürgertum.

Die Grundlagen ihrer Tätigkeit änderten sich mit der Industrialisierung und deren sozialstrukturellen Folgen. Hier sind zunächst die Land-Stadt-Mobilität und die Entstehung des Proletariats zu nennen. Diesen Proletariern fehlte zunächst das Moment der lokalen Stetigkeit: mit einem Wechsel der Arbeitsstätte war ein Wohnungswechsel verbunden. Schon von dorther konnte kein Vertrauensverhältnis im hergebrachten Sinne mehr entstehen und keine genaue Kenntnis der Familienver-

2 *Kohn, Albert:* Über Ambulatorien, Der Kassenarzt, 1925, Nr. 2

3 vgl. darüber *Gottstein, Adolf:* Art. „Polikliniken", in: *Dünner, Julia* (Hrsg.): Handwörterbuch der Wohlfahrtspflege, 2. Aufl., Berlin 1929, 498 f. Auch für Adolf Gottstein war die Durchführung der Grundprinzipien der Ambulatorien „vom Standpunkt der Volksgesundheitspflege" erwünscht.

4 vgl. *Vieler, Ingrid:* Die deutsche Arztpraxis im 19. Jahrhundert, Diss. med. Mainz 1958, *Doll, Karl:* Dem Hausarzt zum Gedächtnis, Sozialhygienische Mitteilungen, 1923, 2.

5 *Scholz, Friedrich:* Von Ärzten und Patienten, München 1900, 53

hältnisse durch den Arzt. Hinzu kamen nicht primär von den Ärzten zu beeinflussende pathogene Sozialfaktoren: katastrophal schlechte Arbeits-, Wohn- und Ernährungsbedingungen, die in dieser Summe von allen bürgerlichen Schichten sicher vor allem die Ärzte wahrnahmen. Die Einkommenssituation der zahlenmäßig rapide ansteigenden Proletarier war andererseits aber wieder so, daß sie die Ärzte nur in dringenden Krankheitsfällen zu Rate ziehen konnten, und wer überwiegend Arbeiter zu versorgen hatte, mußte als Arzt schon aus einer sog. begüterten Familie stammen und neben den Praxiseinnahmen noch Zinseinnahmen aus Vermögen haben, um ein einigermaßen bürgerliches Leben führen zu können. Sozialmedizinisch relevant war daran vor allem – neben der „Sozialen Pathologie" –, daß die persönliche, vorbeugende Tätigkeit der Ärzte wegfiel. Daran änderte auch die Einführung der gesetzlichen Krankenversicherung nichts. Die Prophylaxe „wanderte ab", wurde weitgehend von staatlichen und kommunalen Fürsorgestellen übernommen, in denen neben Fürsorgeärzten auch Fürsorgeschwestern und Fürsorgerinnen tätig waren[6].

Zu diesen außerhalb der Medizin liegenden sozialen Wandlungen, die dagegen sprachen, den einzelnen Kassenarzt als Fortsetzung des Hausarztes mit anderen Mitteln zu begreifen, kam dann noch „parallel" die Entwicklung der Medizin selbst, die zur Spezialisierung der Ärzte nach Krankheiten führte („Fachärzte"). Dieses wiederum ging einher mit der Technisierung der ärztlichen Praxis, die 1900 von einem alten Arzt folgendermaßen beschrieben wurde: „Wir sehen, wie die Umbildung des Arztes vom Gelehrten zum Techniker immer weiter vorgeschritten ist. Schon vor nahezu 80 Jahren, mit der Erfindung des Stethoskops durch Laënnec hat sie begonnen, war sie nur eine Etappe auf einem schon beschrittenen Wege. Den alten Ärzten von damals, das heißt den Ärzten, die damals schon alt waren und sich alt fühlten, war sie ein Greuel, und manches lebendige Petrefakt haßt sie auch heute noch. Dies ist dann immer weiter gegangen, die Elektrotechnik kam hinzu, Augen- und Kehlkopfspiegel wurden erfunden, die Massage aus den Händen von Schäfern und Streichfrauen befreit und zu hocheleganter ärztlicher Praxis erhoben, die Technik der Wärmemessung und der Kaltwasserbehandlung trat hinzu, die Untersuchungsmethoden, chemische, physikalische, spektroskopische beträchtlich vervollkommnet oder ganz neu erschaffen, die Bakteriologie erhob immer dringender auch an den praktischen Arzt ihre Ansprüche, Photographieren gehörte bald zu den geschätzten Fertigkeiten, die Beleuchtung durch Röntgenstrahlen, zuerst auch von Koryphäen der Kunst mit zweifelndem Blicke betrachtet, eroberte sich Schritt für Schritt immer weiteres Terrain – wer kann alles aufzählen? Große wesentliche Fortschritte sind hiermit gekennzeichnet, und mit freudigem Stolze dürfen wir das schöne Schauspiel betrachten, wie viele Kräfte und Erfindungen der Heilkunst dienstbar gemacht worden sind. Aber es hat auch zuwege gebracht, daß für den tüchtigsten Arzt heute nicht mehr der gelehrteste, sondern der technisch am meisten durchgebildete gehalten wird[7]."

Diese grundlegenden Wandlungen bedingten den Ruf nach Ambulatorien aus der Selbstverwaltung der Krankenversicherung. Zur Verdeutlichung der damaligen Argumentation sei eigens aus der programmatischen Rede[8] des Berliner Stadtarztes

6 *Friedeberger, Walter A.:* Ambulatorien, Der Kassenarzt 1925, Nr. 38

7 *Scholz, Friedrich:* Von Ärzten und Patienten, 128 f.

8 *Roeder, Richard:* Die sozialhygienische und sozialpolitische Bedeutung der Behandlungsanstalten, Der Kassenarzt 1925, Nr. 48–52

Richard Roeder[8a] auf dem 29. deutschen Krankenkassentag in München 1925 über „die sozialhygienische und sozialpolitische Bedeutung der Behandlungsanstalten" zitiert: „Die medizinische Wissenschaft hat sich, wie jede Wissenschaft, stark spezialisiert. Das ganze Gebiet kann niemand mehr beherrschen. Es wird aber allgemein darüber geklagt, daß der praktische Arzt immer mehr nur als Mittler für einen Facharzt diene, dieser wiederum den Fehler habe, fast nur Organbehandler zu sein. Das ist durchaus unbefriedigend. Denn der Mensch ist nicht bloß eine Summe von Einzelorganen, sondern eine lebendige Einheit und kann nur als solche erfolgreich behandelt werden. Daher befindet sich trotz der geradezu staunenswerten Errungenschaften der Spezialisierung die heutige praktische Medizin in einer Sackgasse, aus der sie nur heraus könnte, wenn sie unter Herübernahme der spezialistischen Kenntnisse eine höhere Vereinigung von allgemeiner und spezialistischer Tätigkeit, irgendeine Art enger Zusammenarbeit, zu finden wüßte. Diese kann der freie ärztliche Beruf in der praxis aurea, in der guten Privatpraxis, noch zustande bringen, in der Kassenpraxis aber, die uns vorzugsweise interessiert, gibt es eine solche Zusammenarbeit nicht. Da findet bekanntlich überwiegend Überweisung an einen anderen Arzt statt; viel seltener kommt es zu gegenseitiger schriftlicher Mitteilung, ganz fehlt die gemeinsame Untersuchung und Beratung am Kranken, die allein fruchtbar genannt werden kann und die Regel sein sollte. Hat aber ausnahmsweise eine gemeinsame Beratung stattgefunden, so geht ihr Resultat beim Wechsel des Arztes, der so häufig ist, verloren, und alle aufgewandte Mühe ist vertan. Kein Einsichtiger kann leugnen, daß diese Art medizinischer Betreuung sowohl für den Arzt wie für den Kranken nur von Nachteil sein kann. Diese Tatsache weist gebieterisch auf die Notwendigkeit hin, die Ärzte zu einer organischen Zusammenarbeit zu bringen, um wiederum eine wissenschaftliche Behandlung der einen und unteilbaren Persönlichkeit, die der Mensch ist und sein will, zu ermöglichen.

Die Isolierung der Ärzte aber schädigt nicht nur den Kranken, sondern auch sie selbst. Das Können jedes Menschen, und sei er noch so genial, hat ein Grenze, die nur durch Zusammenarbeit mit gleich Hochstehenden erweitert werden kann. Wenn man es richtig sieht, ist aller Fortschritt der Menschheit durch Kollektivarbeit zustande gekommen, und ist es heute mehr denn je. Der Arzt jedoch ist sein ganzes Leben allein, er kann, da er im geheimen und gänzlich unkontrolliert arbeitet, nicht einmal durch Kritik angespornt werden, sein Äußerstes zu geben. Man tut daher den Ärzten mit der Behauptung kein Unrecht, daß sie schließlich im Laufe der Zeit wissenschaftlich nicht mehr auf der Höhe bleiben können. Sie haben das selbst erkannt und versucht, durch Fortbildungskurse dieses stete Auf-sich-selbst-angewiesen-Sein auszugleichen; so dankenswert diese Bemühungen sind, so können sie die gemeinsame Arbeit am eigenen Kranken keineswegs ersetzen und bleiben daher kümmerliches Surrogat. Wiederum erhebt sich die Forderung, die Ärzte in der täglichen Praxis aneinander zu bringen, um den für die Volksgesundheit so wichtigen wissenschaftlichen Hochstand jedes einzelnen Arztes zu gewährleisten. ...

Wenn aber soziale Mittel der Verhütung und Behandlung angewendet werden müssen, die eine Organisierung mit Kollektivarbeit bedingen, versagt die Ärzteschaft

8a Roeder, Richard (1875 – ?), 1897 approbiert, praktischer Arzt und Frauenarzt in Berlin-Schöneberg, 1918 – 1934 Stadtarzt in Berlin-Treptow, 1934 – 1938 praktischer Arzt und Frauenarzt in Berlin-Grunewald, starb nach 1950 in Jerusalem, wo er als Arzt in einem Kinderheim praktizierte.

vorläufig ihre Mitarbeiterschaft und steht beiseite. Damit auf diesem Gebiete überhaupt etwas geschieht, mußte die soziale Bekämpfung der großen Seuchen (Tuberkulose, Geschlechtskrankheiten, Alkoholismus usw.) Aufgabe der städtischen beamteten Ärzte werden, sie würde aber bedeutend mehr leisten, wenn sämtliche Ärzte an ihr beteiligt wären.

Verhält es sich schon so bei der Anwendung sozialer Behandlungsmittel im einzelnen Falle, so steht es noch viel schlimmer, wenn sozialhygienische Maßnahmen im großen zur Durchführung gelangen sollen. Da diese sich immer mehr als die moderne Aufgabe der Reichsversicherungsträger erweisen, ist eine ausführliche Erörterung gerade dieses Gebietes geboten. Für alle solche Maßnahmen ist eine regelmäßige Durchuntersuchung der gesamten Bevölkerung unentbehrlich, wie sie als erster Neißer vor geraumer Zeit empfohlen hat, um Krankheiten beizeiten erkennen und sie im Entstehen leichter beseitigen zu können. Sie ermöglicht erst eine Übersicht über den gesamten Zustand einer Bevölkerung, Gesundheit wie Krankheit, zu gewinnen und dadurch wissenschaftlich, planmäßig, zielvoll und nach wirtschaftlichen Gesichtspunkten gegen die Krankheiten vorzugehen. ...

Selbst eine Teilaktion, wie die Untersuchung der neu in die Krankenkassen Eintretenden, die wirtschaftlich und gesundheitlich von allergrößter Bedeutung wäre, ist noch nicht einmal Gegenstand der Diskussion geworden, weil ihre Durchführung in wertvoller Form doch nicht möglich ist.

Eine außerordentlich großartige sozialhygienische Leistung ist z. B. die Verschikkungsfürsorge; sie stiftet schon jetzt großen Segen, ist aber in ihrer Grundlage leider brüchig. Nur wer zufällig den Arzt aufsucht, kann verschickt werden; alle anderen sind von vornherein ausgeschlossen. Die Ärzte können nur ‚ihre' Kranken empfehlen, ohne Rücksicht auf allgemeine Richtlinien zu nehmen und ohne die Möglichkeit zu haben, im Rahmen der verfügbaren Mittel eine abwägende Auswahl zu treffen. Wie sollen dann die Vertrauensärzte, die die endgültige Auswahl treffen, auf Grund eines ihnen überlieferten falschen Materials die wirklich Bedürftigsten herausfinden? Wie ganz anders kann die Verschickungsfürsorge der Schuljugend bei den städtischen Ämtern sich gestalten! Wenn die Verschickungsperiode beginnt, so liegen die Listen der Schulärzte, aufgestellt in regelmäßigen Reihenuntersuchungen, vor, geordnet nach ‚bedürftig', ‚unbedingt', ‚Art der Verschickung', ‚See' oder ‚Gebirge' usw. Eine gute Schulgesundheitspflege ist stolz darauf, behaupten zu können: ‚So leicht ist keiner entgangen, der verschickungsbedürftig wäre, und umgekehrt, keiner steht auf der Liste, der ihrer nicht bedürfte.' Das ist Planmäßigkeit, das ist die Verwendung der vorhandenen, häufig knappen Mittel in wirtschaftlichster Weise mit dem Ziel des größtmöglichen Erfolges, nicht allein für den einzelnen, sondern für die Gesamtheit. So müßte es bei den Krankenkassen auch sein und so könnte es auch sein, wenn erst der Gesundheitszustand aller Mitglieder durch regelmäßige Untersuchungen den Ärzten und den Verwaltungen bekannt wäre. ... Auf dem Gebiete der wissenschaftlichen Forschung selbst ist es übrigens durchaus nicht anders. Die Lehre von den Gesetzen der Vererbung, die heute im Vordergrund des Interesses steht, ist zum großen Teile beim Menschen darauf angewiesen, den Gesundheits- und Krankheitszustand von Millionen über mehrere Generationen hinweg exakt zu erfassen. Daran ist jedoch heute, wo Regellosigkeit herrscht, gar nicht zu denken, und so kann diese Wissenschaft über eine gewisse eng gezogene Grenze nicht hinauskommen und ist noch dazu dauernd Irrtümern ausgesetzt.

In der wissenschaftlichen und praktischen Auswertung der Gewerbemedizin und Berufsberatung wiederum dasselbe Bild: Stillstand, bis eine Organisation außerhalb der allgemeinen Ärzteschaft Wandel schafft. Die Erweiterung der biologischen Medizin zur sozialen kann nicht gelingen, weil trotz genügender Anzahl von Ärzten ihre Eingliederung in ein zweckentsprechendes System nicht vonstatten gehen kann. Ohne soziale Medizin ist aber eine wirksame Bevölkerungspolitik, die die Arbeitskraft, das grundlegende Kapital jeder Nation, lebenskräftig erhält, unmöglich. ...

Die Ethik des heutigen Arztes ist rein individualistisch, er sieht nur ‚seinen' Kranken und sucht ihm alle möglichen Vorteile zu verschaffen. Das ist bis zu einem gewissen Grade ganz in Ordnung und auch im Interesse der Gesamtheit gelegen; sofern aber die Grenze überschritten wird, und das geschieht fast immer, ist eine solche ethische Einstellung mit großen Gefahren für die Gesamtheit verknüpft. ...

Denn wenn irgendwelche Gesundheitsorganisationen den Antrag eines Arztes ablehnen, so ist er sehr schnell bei der Hand, sich über Fiskalismus, bürokratisches Schema, Verständnislosigkeit, ungebührliche Einengung seiner Tätigkeit zu beklagen. Tatsächlich tritt hier ein notwendiger Gegensatz der Anschauungen zutage, auf seiten des vereinzelten Arztes die Einstellung auf den Einzelfall, auf seiten der Organisation der Blick für das Gesamte. Beide Anschauungen sind begründet, eine Brücke ist nicht zu finden und so scheint die Lage trostlos zu sein. Da aber die Voranstellung des Allgemeinwohls im Endeffekt die Volksgesundheit besser fördert, so bleibt als Ausweg nur die Eingliederung der Ärzteschaft in die allgemeine Gesundheitsorganisation. Dadurch werden auch sie befähigt, das Ganze zu überblikken und innerhalb dessen dem einzelnen zu geben, was ihm gebührt. Auch von dieser Seite gesehen kommen wir um die Organisierung nicht herum und wollen gerade dadurch dem Arzte eine ethische Stellung geben, in der er sein eigenes Wesen, Sachwalter der Gesundheit aller zu sein, besser zur Geltung bringen wird, als es heute der Fall sein kann. ...

Die Behandlungsanstalten sollen die Ärzte aus ihren Wohnungen ziehen und ihre Tätigkeit in öffentliche Räume verlegen. Das gehört zu ihrem Wesen. Jedoch sollen diese so beschaffen sein, daß sie denen der Privatpraxis ähneln. Keine großen Wartesäle, keine gemeinsamen Ordinationszimmer. Die Räume könnten in verschiedenen Zeiten von verschiedenen Ärzten benutzt werden, um rationeller zu wirtschaften. Festgelegte Sprechzeiten für jeden Arzt, die den Versicherten bekanntgegeben sind, um dem Einwurf zu begegnen, daß der Kranke jeden Tag ein anderes Gesicht sehe. Ausgedehnte Sprechstundenzeit, um jedem Bedürfnis entgegenkommen zu können. Ausstattung mit der modernen Apparatur, jederzeitige Anwesenheit von allgemeinen und Fachärzten, auch Röntgenfachärzten, um immer, wenn es nötig ist, eine Verbindung zwischen den fallweise in Betracht kommenden Ärzten ohne besonderen Zeitverlust für den Kranken herstellen, eine gemeinsame Diagnose, die in Zukunft die Regel bilden dürfte, stellen, sowie einen gemeinsamen Behandlungsplan aufstellen zu können. Gute Vorbildung aller Ärzte, auch der allgemeinen Ärzte, die nach meiner Auffassung der Typus bleiben sollen, ist zu fordern, daher ist auch für sie klinische Ausbildung nötig. Jedoch sie allein wird in Zukunft nicht genügen, sondern sie sollte durch eine sozialfürsorgerische Ausbildung ergänzt werden, theoretisch durch Angliederung der bekannten sozialhygienischen Akademien an die Universitäten, praktisch durch längere Mitarbeit an den städtischen Fürsorgestellen. Den Behandlungsanstalten wäre anzugliedern ein diagnostisches Institut

und ein solches für physikalische Behandlung (Wasser, Massage, Orthopädie, Licht, Röntgen usw.), um Zug auf Zug der Untersuchung die Diagnose, der Diagnose die Behandlung folgen lassen zu können. Auch hier Verbindung zwischen behandelnden und die Behandlung ausführenden Ärzten. Wer weiß, eine wie merkwürdige Veränderung eine Verordnung auf dem Wege vom Arzt zum Bademeister erleiden kann, der wird die Wichtigkeit dieser Forderung durchaus verstehen.

Mit der geschilderten lokalen Zusammenfassung ist schon vieles erreicht, wenn auch meist Äußerliches. Die innere Verknüpfung zur geistigen Bewältigung der Bedürfnisse großer Massen wird geschaffen durch Anlegung eines Journals, das schon seit Jahrzehnten den Traum fortgeschrittener Ärzte bildet, ohne je zur Durchführung gelangen zu können, eines Journals, das ich vor Jahren ‚Gesundheitskarte' zu nennen vorgeschlagen habe. Sie soll keine dickleibige Krankengeschichte sein, wie sie in Krankenhäusern üblich ist, aber sie soll doch die wichtigsten Aufzeichnungen über Gesundheit und Krankheit jedes Menschen von der Geburt bis zum Tode enthalten und damit jedem Arzt jederzeit den Schlüssel für die körperliche und geistige Verfassung auch eines ihm bisher fremden Menschen bieten. Die Karte bleibt in der Anstalt, der Kranke hat keinen Einblick in sie; verlangte Aufklärung soll mündlich erfolgen. Das gesamte Personal ist zur Geheimhaltung verpflichtet. Beim Wechsel des Arztes, der bis zu einem gewissen Grade jederzeit erfolgen kann, erhält sie sofort der neugewählte Arzt, der nunmehr den unschätzbaren Vorteil hat, alle wichtigen gesundheitlichen Tatsachen sofort zu kennen und nicht mehr auf das Gedächtnis und die häufig sehr unklaren Angaben des Kranken allein angewiesen zu sein. Der Wechsel des Arztes, der bisher immer eine gewisse Gefahr in sich barg, ist nun kein Experiment mehr. An dieser Stelle findet auch eine gegenseitige Kontrolle statt, denn der zweite Arzt wird sich nicht ohne weiteres auf die Aufzeichnungen des vorhergehenden verlassen, sondern selbst eine Untersuchung vornehmen und sich ein Urteil bilden.

Hierdurch wird ein Übelstand behoben, der sich je länger, desto mehr als eine unerhörte Abnormität erweist. Heutzutage ist jeder kontrolliert, vom Minister bis zum Arbeiter, und das ist gut so. Nur der Arzt ist unkontrolliert, auch nicht von seinesgleichen, der Kranke in seinem höchsten Gute, seiner Gesundheit, ihm ehrlos preisgegeben. Mögen die Ärzte noch so gut ausgebildet sein, mögen viele oder wenige Fehler vorkommen, die Tatsache allein, vor allem aber das Interesse der Gesamtheit an der Gesundheit jedes einzelnen verlangen gebieterisch, daß diese Geheimarbeit aufhört. Das neue System liefert die Kontrolle.

Eine bisher nicht gekannte Einheitlichkeit des Vorgehens wird die segensreiche Folge sein; sowohl in der Diagnose, wie in der Behandlung kann auf Grund der bisherigen Feststellungen sofort zielbewußt weitergearbeitet werden. Die in der Karte verzeichneten Daten dienen als Grundlage für die Maßnahmen am einzelnen Kranken und für großzügige sozialhygienische Veranstaltungen. Mag die Masse der in den Behandlungsanstalten befürsorgten Personen noch so groß sein, mittels der äußeren und inneren Zusammenarbeit der organisierten Ärzte ist sie geistig zu bewältigen. Jede Begutachtung kann in Zukunft auf solider Grundlage beruhen, weil das ganze gesundheitliche Leben wie aufgeschlagen vorliegt, manche unvermeidliche Ungerechtigkeit des heutigen vertrauensärztlichen Systems, sei es in den Krankenkassen, im Gerichtswesen oder Gewerbewesen, kann ausgeschaltet werden. Beim Wohnungs- oder Stadtwechsel wandert die Karte in den zuständigen Bezirk, bei Krankenhausaufenthalt in das Krankenhaus, von wo sie mit den notwendigen

Daten versehen zum nachbehandelnden Arzt wieder zurückkehrt; so sind auch die Krankenhausärzte in die Ärzteorganisierung eingegliedert. Es soll keine Absonderung mehr geben, planmäßige Gemeinschaftsarbeit ist der beherrschende Faktor im Ärztebewußtsein geworden. ...

Die geschilderte Organisation ist in erster Linie imstande, eine Übersicht zu verschaffen, die heutige Überfreiearztwahl, wie man sie nennen könnte, die keine ‚organisierte' freie Arztwahl ist, sondern ein regelloses Durcheinander ärztlicher Hilfe darstellt, zu beseitigen und an ihre Stelle die leistungsfähigere lokale freie Arztwahl zu setzen. Diese lokale freie Arztwahl enthält nach der einen Seite eine genügende Anzahl von Ärzten, um jedem Bedürfnis eines Kranken gerecht zu werden, nach der anderen Seite genügend viele, um sie zu einer fruchtbaren Arbeitsgemeinschaft zusammenzuschließen. Diese kann innig gestaltet werden, weil die divergierenden und trennenden Tendenzen der Konkurrenz und der gewollten Isolierung fehlen und weil das trennende Spezialistentum zugunsten einer gewollten Kollektivarbeit aufgehoben ist. Wesentlich unterstützend wirkt die Gesundheitskarte, die unter allen Umständen die innere Verknüpfung gewährleistet. Bei geschickter Fragestellung in dieser Karte kann bald eine Registrierung erreicht sein, die es ermöglicht, für alle sozialgesundheitlichen Maßnahmen die geeigneten Anwärter schon per Karte herauszufinden und die Hilfe an die Bedürftigen heranzubringen, anstatt sie wie heute dem Zufall zu überlassen. Bei Verknüpfung von sozialer Lage und Krankheit, Beruf und Krankheit usw., in jedem einzelnen Falle wird sich bald ein großes Material bilden, das wissenschaftlich bearbeitet die notwendige Erweiterung der biologischen zur sozialen Medizin bringen könnte. Nur durch diese organisierte Arbeit können wir zu wissenschaftlicher sozialer Aetiologie (Ursachenlehre), sozialer Pathologie (Krankheitslehre), sozialer Statistik und als Krönung von allem zur sozialen Therapie (Behandlungslehre) kommen. ...

Auf einem Gebiete müssen meines Erachtens die Krankenkassen sofort Fürsorge treiben, auf dem Gebiete der Gewerbemedizin, der Begriff recht weit gefaßt. Hier können die Städte wenig leisten, weil sie an das Material nicht herankommen. Die Krankenkassen haben dieses Material an der Hand, in Hülle und Fülle, es schreit geradezu nach fürsorgerischer Betreuung. Wie schön wäre es, für diese gewerbliche Fürsorge sofort die Behandlungsanstalten einzusetzen und damit weithin sichtbar zu zeigen, wie notwendig und unentbehrlich diese dem freien Berufe gegenüber sind, wie sofort an die Lösung großer Aufgaben herangegangen werden kann, an deren Bearbeitung heute nicht zu denken ist. ...

Schon vor Jahren habe ich den Gedanken geäußert, unabhängig von Ausschuß und Vorstand einer Krankenkasse die Versicherten irgendwie an der Verwaltung der Behandlungsanstalten direkt zu beteiligen, vielleicht durch Bildung eines Beirats, der aus Vertretern der Versicherten des Bezirks, Beamten der Krankenkassen und behandelnden Ärzten bestehen könnte, eine Art örtlicher Gesundheitskommission, deren Fehlen heute einen wirklichen Mangel darstellt. Einige unangenehme Tatsachen des letzten Sommers, wenn sie auch nur vorübergehender Natur waren, lassen doch erkennen, daß die Mitglieder ihren Krankenkassen nicht mehr so nahestehen, als es früher der Fall war. Man sollte sich über diese Tatsache nicht täuschen und ihren Folgen beizeiten vorbeugen. Auch hier ist Verhüten besser als Heilen. Ich denke, daß ein solcher Beirat, der die Aufgabe hätte, an der Verwaltung der Anstalt mit tätig zu sein, Beschwerden über irgendwelche hygienischen Mißstände des Bezirks entgegenzunehmen, zu beraten und selbst Anträge an den Vorstand zu

stellen, durchaus geeignet sein könnte, das Interesse an den Behandlungsanstalten zu heben und das gelockerte Band innerhalb der Selbstverwaltung fester zu knüpfen. ...

Ohne gleich in den häßlichen Ruf der Simulantenriecherei zu geraten, kann doch wohl mit Recht die Behauptung aufgestellt werden, daß heutzutage unter dem System der freien Konkurrenz viel zu häufig und viel zu lange erwerbsunfähig geschrieben wird. Mit Hilfe der Gesundheitskarte und der regelmäßigen Untersuchung dürfte es bald gelingen, zumal wenn die Krankenkassen bezirksweise aufgezogen sind und die Verhältnisse dadurch bedeutend übersichtlicher werden, diejenigen Fälle herauszufinden, die sich leicht krank melden und auf Grund unberechtigter Ansprüche die Kassen unnötig belasten. Was hier erspart werden würde, geht in die Millionen. Auf dem zweiten Gebiete, dem der Medikamentenverschleuderung, liegen bekanntlich die Dinge noch viel mehr im argen. Die Vorwürfe richten sich natürlich nicht gegen die medikamentöse Behandlung an sich, sondern gegen die Methode, die dazu noch suggestiv in heilendem Sinne genannt wird, Rezepte zu verschreiben, obgleich der Arzt selbst von ihrer Wirkung nichts hält, nur um den Kranken zu beruhigen. Die Ärzteschaft behauptet, sich nicht helfen zu können, und beschuldigt die Versicherten des unvernünftigen Arzneihungers. Dieser besteht. Aber warum setzt denn die Ärzteschaft mit ihrer scharfen Waffe der ärztlichen Berufsfreiheit dem nicht genügenden Widerstand entgegen? Oder sollte diese scharfe Waffe in der Wirklichkeit gar nicht so scharf sein? Der angestellte Arzt der Behandlungsanstalt wird in seiner Unabhängigkeit vom Kranken dem Arzneihunger mit Erfolg entgegentreten können, die Verschreibung auf ein vernünftiges Maß herabsetzen und würde dadurch ungezählte Millionen einsparen, die dem Ausbau des neuen Systems und der Anwendung objektiv wirksamer Heilmittel zugute kommen können. Es liegt daher kein Grund vor, anzunehmen, daß die Krankenkassen mit der Errichtung von Behandlungsanstalten sich unerschwingliche Ausgaben aufbürden werden. Selbst vorsichtige Kassenverwaltungen könnten sich dem neuen System zuwenden, falls sie sich von seiner Leistungsfähigkeit überzeugt haben und die geschilderten Lücken der Behandlung auf andere Art nicht zu beheben sind.

Vielleicht würde sich die Ärzteschaft mit der Organisierung leichter abfinden, wenn sie vom Staate oder von der Gemeinde käme. ...

Es gibt viele sachliche Gründe, die gesundheitsfürsorgerischen Aufgaben den Krankenkassen zu belassen. Einmal bestehen sie doch schon und haben in Jahrzehnten bewiesen, was sie – häufig im Widerstande gegen die staatliche Bureaukratie – leisten können. Im Aufgabenkreise eines Staates, der die allermannigfaltigsten und oft gegensätzlichen Funktionen auszuüben hat, könnten die gesundheitlichen einschließlich der ärztlichen sehr leicht zu kurz kommen, während es doch gerade der Vorzug der Krankenkasse ist, sich allein mit gesundheitlichen Fragen und Interessen zu beschäftigen und die ihnen zufließenden Beiträge allein diesen Zwecken zuführen zu müssen. Es ist ferner ein besonderer Vorzug der Krankenkassen, daß sie neben gesundheitlichen sofort wirtschaftliche Vorteile bieten; beide zu trennen und auf zwei Organisationen zu übertragen, würde ohne Vorteile nur Reibungsflächen schaffen. Schließlich aber kommt die Selbstverwaltung, dieses wichtige Prinzip, das im Krankenkassenwesen mit seinem täglichen Verkehr von Millionen ganz sicher bessere Erfolge erzielt hat, als es eine staatliche Regelung je hätte können, am besten in denjenigen Verwaltungen zum Ausdruck, die sich mit

einem einzigen, qualitativ wohl abgegrenzten Aufgabengebiet beschäftigen; denn hier kann es am besten gelingen, diejenigen Personen zur Mitarbeit heranzuziehen, die für diese Aufgabe von Hause aus Eignung besitzen und ihr daher besonderes Verständnis entgegenbringen. Nach wie vor muß verlangt werden, daß sämtliche gesundheitsfürsorgerischen Aufgaben einschließlich der ärztlichen Versorgung, gleichgültig in welcher Form, im Laufe der Zeit der zu schaffenden einheitlichen Gesundheitsversicherung übertragen werden."

Gegen Ende seines Vortrages ging Richard Roeder noch auf die wichtigsten Argumente der Ärzteschaft gegen Ambulatorien ein und versuchte, sie zu widerlegen. Hier kann nur darauf verwiesen werden. Interessanter erscheinen schon die ergänzenden Ausführungen des Ambulatoriumsarztes Franz Meyer-Brodnitz über die Bedeutung der Ambulatorien zur Behandlung und Verhütung der Berufskrankheiten[9]:

„Nicht nur in medizinisch klinischem und individuellem Sinn für den einzelnen Fall, sondern auch allgemein sozialhygienisch sind die Ambulatorien für die Bekämpfung der Gewerbekrankheiten geeignet.

Das einzelne Ambulatorium bezieht seinen Patientenkreis vorwiegend aus einem bestimmten örtlichen Bezirk und aus den in diesem liegenden Fabriken.

Die dort tätigen Ambulatoriumsärzte sind also wohl in der Lage, wiederholt und gehäuft auftretende Gewerbekrankheiten mit bestimmten Fabrikationsprozessen in Beziehung zu bringen. Sind derartige Beobachtungen gemacht worden, so kann über die Leitung der Ambulatorien und den örtlichen Kassenvorstand durch die Gewerbeaufsichtsbehörde sehr wohl bei der Fabrik Abhilfe geschaffen werden.

Denn schließlich muß man immer im Auge behalten, daß die Gewerbeschädigungen zum Teil vermeidbar sind. Es müssen nur sowohl von der Betriebsleitung als auch von den Arbeitern alle bestehenden Vorsichtsmaßnahmen und Schutzvorrichtungen beachtet werden, welche die gewerbe-hygienische Wissenschaft heute schon angibt. Im gleichen Sinne wirkt auch die Aufklärung über die Betriebsgefahren und die Belehrung über das nötige Verhalten der Arbeiter, die durch den Ambulatoriumsarzt leicht gegeben werden können.

Man könnte nun einwenden, daß der freipraktizierende Kassenarzt sehr wohl die gleichen Leistungen zu vollbringen in der Lage wäre. Er kann durch Überweisungen an Spezialisten den Einzelfall klären, er kann auch im sozialhygienischen Sinne, wie oben angedeutet, an der Verhütung der Gewerbeschäden mitarbeiten.

Inwiefern nun ist demgegenüber die Leistung des Ambulatoriums überlegen?

Uns scheint allerdings die mündliche und persönliche Zusammenarbeit der Ärzte – abgesehen von dem durch die Überweisungen bedingten Zeitverluste – für den Kranken zweckmäßiger, als die schriftliche Berichterstattung. Ferner wird der einzelne Kassenarzt zur Zusammenarbeit mit dem Kassenvorstand und der Gewerbeaufsicht kaum Zeit finden können. Auch werden ihm gehäufte Vergiftungsfälle im gleichen Betriebe nur ausnahmsweise bekannt werden.

9 *Meyer-Brodnitz, Franz:* Über die Bedeutung der Ambulatorien zur Behandlung und Verhütung der Berufskrankheiten, in: Jahrbuch 1925 der Ambulatorien des Verbandes der Krankenkassen in Berlin, Berlin 1926, 121

Schließlich ist noch von ganz anderem Gesichtspunkte aus ärztliche Mitwirkung zur Vorbeugung und Vermeidung von Gewerbeschäden erforderlich, nämlich als ärztliche Berufsberatung. Auch für diese Aufgabe erscheinen die Ambulatorien besonders befähigt.

Dadurch, daß ihnen die Familienversicherung übertragen ist, haben sie das Erbe des früheren Hausarztes angetreten.

Ihr Patientenkreis umfaßt die aufwachsenden Kinder, die sie nach ihrer körperlichen und geistigen Konstitution, wenn die Frage der Berufswahl gegenständlich geworden ist, wohl beurteilen und beraten können.

Die Mutter gehört durch die besondere Stellung der Ambulatorien für die Familienversicherung in jedem Falle zu ihren Patienten und häufig auch der Vater, so daß erbwissenschaftliche Schlüsse möglich sind. Die Ambulatorien sind somit die geeignetsten Berufsberater.

Die ärztliche Beratung selbst wird in der Hauptsache im Ausschließen ungeeigneter Berufe zu bestehen haben."

Das Referat von Richard Roeder wurde zu einer Entschließung verdichtet, die auf dem 29. deutschen Krankenkassentag einstimmig angenommen wurde. Diese lautete[10]:

„1. Die Bevölkerung wird heute gesundheitlich überwiegend durch Ärzte im freien Berufe versorgt. Die Ärzteschaft arbeitet in der Vereinzelung; ihre wirtschaftliche Existenz gewinnt sie hauptsächlich durch entgeltliche Behandlung von Kranken im ärztlichen Privateinzelbetrieb.

2. Diese Versorgung genügte, solange der Arzt als Hausarzt seine Aufgabe, Krankheiten zu verhüten und zu heilen, bei großen Teilen der Bevölkerung erfüllen konnte.

3. Der Wirtschaftsprozeß der Neuzeit schuf durch die Loslösung der großen Bevölkerungsmassen von den Produktionsmitteln ein Industrie- und Landarbeiterproletariat, zu dem wirtschaftlich auch große Teile des sogenannten Mittelstandes rechnen. Für diese Bevölkerungsteile entstanden neuartige gesundheitliche Bedürfnisse, insbesondere sozialhygienischer Natur. Es hat sich gezeigt, daß die Ärzteschaft in ihrer jetzigen Berufsform den dadurch gegebenen neueren Aufgaben nicht gewachsen ist.

4. Beweis dafür ist, daß sie die wichtigere Hälfte ihrer Aufgabe, die verhütende Tätigkeit, vollkommen verlor und damit eine Lücke offen ließ, die von der organisierten Fürsorge ausgefüllt werden mußte.

5. Auch die Behandlung der Kranken reicht angesichts der veränderten und gesteigerten gesundheitlichen Bedürfnisse nicht mehr aus. Die Behandlung des einzelnen Kranken leidet darunter, daß Allgemein- und Facharzt getrennt voneinander arbeiten und damit die einheitliche Versorgung des ganzen Menschen verloren geht. Die Betreuung ist eine rein individuell medizinische geblieben. Die notwendige Ergänzung durch soziale Behandlungsmittel ist nicht zu schaffen, weil dafür eine Zweckorganisation Voraussetzung ist, der sich die einzeln arbeitenden Ärzte nicht

10 Hauptverband deutscher Krankenkassen: Bericht über den 29. deutschen Krankenkassentag vom 5. bis 7. Juli 1925 in München, Berlin 1925, 83

einfügen lassen. Auch sozial-therapeutische Maßnahmen großen Stils lassen sich gegenwärtig wirtschaftlich nicht durchführen, weil dazu als unentbehrliche Grundlage die regelmäßige Durchuntersuchung der Gesamtbevölkerung gehört, für die unkontrollierte, einzeln arbeitende Ärzte nicht verwendet werden können. Für die Bekämpfung der großen Volksseuchen (Tuberkulose, Geschlechtskrankheiten, Alkoholismus usw.) mit sozialen Mitteln kann der einzeln arbeitende Arzt ebenfalls nicht in Betracht kommen; auch hier mußte die organisierte Fürsorge einsetzen.

6. Die Ärzteschaft befindet sich, weil sie ihrer heutigen Aufgaben infolge ihrer Einzelarbeit nicht Herr werden kann, in der schärfsten beruflichen und wirtschaftlichen Krise. Diese kann ihre Lösung nur finden durch eine Organisation, in der Gemeinschaftsarbeit Grundsatz ist.

7. Für eine solche können Behandlungsanstalten der Krankenkassen eine brauchbare Grundlage geben. Dazu sind sie zweckmäßig auf die Wohn- und Arbeitsviertel zu verteilen, organisatorisch zusammenzufassen zur Umstellung der Einzelarbeit auf Gemeinschaftsarbeit. Zugleich ist zu versuchen, die Ärzteschaft in ein großes System sozialfürsorgerischer Betreuung organisch einzugliedern.

8. Damit die Behandlungsanstalten voll wirken können, ist die Vereinheitlichung des gesamten Versicherungswesens auf bezirklicher Grundlage mit den Krankenkassen als Unterbau zu verlangen. Es ist zu erwarten, daß der Arzt hierdurch die Eigenschaft als Familienarzt wiedergewinnt.

9. Die Krankenkassen werden, ohne eine untragbare Belastung auf sich zu nehmen, durch die Behandlungsanstalten instand gesetzt, den Ärzten ein Durchschnittseinkommen und eine Altersversorgung zu garantieren, die ihre wirtschaftliche Existenz sichern.

10. In den Behandlungsanstalten kann die notwendige Erweiterung der heutigen rein biologischen Medizin zur sozialen unter voller Wahrung der Freiheit der medizinischen Wissenschaft erfolgen. Die medizinische Wissenschaft und die Bevölkerungspolitik werden daraus einen wesentlichen Nutzen zum Wohle der Gesamtbevölkerung ziehen."

1925 bestanden die Ambulatorien in Berlin allerdings schon, so daß diese Leitsätze teilweise auf Bestehendes verweisen konnten. Die Ambulatorien entstanden konkret 1923 infolge der ärztlichen Kampfmaßnahmen:

Für die Familienangehörigen waren schon seit Jahren von einigen Kassen in Berlin Beratungsstellen eingerichtet worden, so von den Allgemeinen Ortskrankenkassen Neukölln und Schöneberg sowie der Ortskrankenkasse für das Buchdruckgewerbe[11].

Die Einstellung der ärztlichen Behandlung seitens der Kassenärzte am 1. Dezember 1923 zwang die Berliner Krankenkassen, Vorkehrungen zu treffen, um die Versorgung der unmittelbaren Kassenmitglieder, die nicht in der Lage waren, die damals von den Ärzten geforderten hohen Kampfhonorare zahlen zu können, sicherzustellen. Am 19. Dezember 1923 faßte der Vorstand des Verbandes der Krankenkassen

11 In der Darstellung der Geschichte folge ich weitgehend der *Selbstdarstellung* des Verbandes der Krankenkassen in den Jahrbüchern der Ambulatorien 1925 ff., Berlin 1926 ff.; zusätzliche Informationen verdanke ich vor allem Herrn Dr. med. Bruno Cohn, Tel Aviv.

im Bezirk des Oberversicherungsamtes Berlin unter Adolf Bendig[11a] den Beschluß, Ambulatorien einzurichten und die dafür notwendigen Ärzte anzustellen. Dieser Beschluß wurde sofort in die Tat umgesetzt, und schon im Laufe des Januar 1924 konnten 16 Ambulatorien in Betrieb genommen werden. Bis Ende März desselben Jahres waren es 33 Behandlungsstellen, die den erkrankten Versicherten zur Verfügung standen.

Über die Entstehungsgeschichte der Ambulatorien während des Ärztestreiks informiert die Darstellung von Herbert Täger[12], aus der – wegen ihrer schweren Zugänglichkeit – die nachstehenden Passagen wiedergegeben seien:

„Trotz der Erwägungen, die zu einem Einlenken und der Absagung des vertragslosen Zustandes hätten führen können, wurde also für den 1. Dezember 1923 der vertragslose Zustand offiziell verkündet durch einen Aufruf, den der Großberliner Ärztebund gemeinschaftlich mit der Vertragsgemeinschaft der Wirtschaftlichen Abteilung des Deutschen Ärztevereins (W.A.) an die Großberliner Ärzteschaft erließen. ...

... Für die Durchführung des vertragslosen Zustandes wurde von seiten des Großberliner Ärztebundes eine Kampfleitung, der sog. Aktionsausschuß, eingesetzt, der die Richtlinien, nach denen sich die Ärzte zu verhalten hatten, herausgab.

Die erste Folge des vertragslosen Zustandes war, daß die einzelnen Kassenmitglieder keine freie ärztliche Behandlung mehr erhielten; sie mußten vielmehr bei jeder Inanspruchnahme des Arztes, über das der Arzt als ‚vereinbartes' Honorar quittierte, auslegen und es sich auf Grund der Quittung des Arztes von der Kasse zurückzahlen lassen. Von den Ärzten ausgestellte Rezepte wurden in der Kasse bescheinigt und konnten dann gegen Zahlung von 10 v. H. des Normalpreises bei bestimmten Apotheken angefertigt werden. Bescheinigungen irgendwelcher Art über Arbeitsunfähigkeit oder Wiedereintritt der Erwerbsfähigkeit usw. wurden nicht ausgestellt. Erst im weiteren Verlaufe des Streikes wurden diese Bestimmungen dahingehend gemildert, daß Bescheinigungen über Arbeitsunfähigkeit gegen eine Sondergebühr von 3 M angefertigt werden durften. Im allgemeinen wurde Erwerbsunfähigkeit von den Kassenbeamten selbst bescheinigt. Mit den Ärzten der ‚Wirtschaftlichen Abteilung' hatten sich auch auch sämtliche andere Ärzte solidarisch erklärt, wie aus dem Bericht über die Versammlung vom 22. November 1923 hervorgeht.

11a Bendig, Adolf (1876–1943), Volksschulbesuch in Goschütz, Schuharbeiter, Mitglied des Wahlvereinsvorstandes, des Bildungsausschusses und des Genossenschaftsrates in Grünau, 1906 kam er als Kassierer des Schuhmacherverbandes in das Arbeitersekretariat (Gewerkschaftshaus) am Engelufer in Berlin, 1918 (?) wurde er Direktor des Verbandes der Krankenkassen im Bezirk des Oberversicherungsamtes Berlin, 1933 von den Nazis amtsenthoben, für ein Jahr in „Schutzhaft" genommen und 1935 im „Krankenkassenprozeß" Bendig-Lehmann zu über ein Jahr Gefängnishaft verurteilt. 1943 in Berlin gestorben.

12 *Täger, Herbert:* Die Entwicklung des Berliner Krankenkassenwesens unter besonderer Berücksichtigung der Kriegs- und Nachkriegszeit einschließlich des Ärztestreiks 1923/24, Diss. rer. pol. Tübingen 1925 (Masch.), 169 ff. Die Darstellung beruht vor allem auf Akten des Groß-Berliner Ärztebundes und des Versicherungsamtes der Stadt Berlin. Soweit ersichtlich, wurden Unterlagen der Krankenkassen nicht herangezogen und Interviews mit Beteiligten nicht durchgeführt. Für „komplizierte" Ursachen und Motive und die Einzelheiten des Ablaufs muß die Darstellung von Herbert Täger nach wie vor herangezogen werden, hier geht es nur darum, den historischen Hintergrund der Ambulatoriengründung etwas „aufzuhellen".

Auch die Vertrauensärzte der Krankenkassen weigerten sich, irgendwelche Dienste für die Krankenkassen zu leisten, die den Kassen die Durchführung des vertragslosen Zustandes ermöglichen konnten. Daraus entstanden diesen Ärzten oft große Schwierigkeiten, da sie von den Kassen aus ihren Stellungen entlassen wurden. Dem suchte die Kampfleitung der Ärzte zu begegnen, indem sie ihnen aus einem angesammelten Kampffond fortlaufende Unterstützungen zahlte. Besonders zu erwähnen ist auch die Haltung des Vereins der sozialistischen Ärzte sowie die der Ärzte des proletarischen Gesundheitsdienstes, die sich fest hinter ihre Kollegenschaft stellten.

Die Kassen standen den Maßnahmen der Ärzte zunächst nur passiv gegenüber. Durch Entgegenkommen in der Bezahlung der Forderungen ihrer Mitglieder suchten sie deren Unzufriedenheit zu dämpfen. Dies gelang ihnen jedoch nicht ganz, und zahlreich wurden die Beschwerden, die von seiten der Versicherten bei den Aufsichtsbehörden über mangelhafte ärztliche Versorgung und über Nichterfüllung der Pflichten seitens der Krankenkassen einliefen.

Bald begannen die Kassen auch eine Werbetätigkeit dafür zu entfalten, daß sich einzelne Ärzte ihnen zu festen Vertragsbedingungen zur Verfügung stellten. Diese Werbetätigkeit hatte jedoch nicht den gewünschten Erfolg. Es standen den Kassen als Nothelfer zur Verfügung:

1923

15. Dez.: 1 22. Dez.: 2 29. Dez.: 3

1924

5. Jan.: 6 12. Jan.: 9 19. Jan.: 12 26. Jan.: 21 2. Febr.: 28 9. Febr.: 32
16. Febr.: 50 1. März: 59 8. März: 58 15. März: 58 22. März: 64 29. März: 64

Diese Zahlen, die der Nothelferliste in der Berliner Ärztekorrespondenz vom Dezember 1923 bis März 1924 entnommen sind, erheben selbstverständlich keinen Anspruch auf unbedingte Zuverlässigkeit, da es sicherlich Ärzte gegeben hat, die für die Kassen tätig waren, ohne daß es der ärztlichen Kampfleitung bekannt wurde. Trotzdem geben uns die Zahlen ein ungefähres Bild. Die Anzahl der zur Verfügung der Kassen stehenden Ärzte genügte natürlich nicht, um die Versorgung der Kassenmitglieder mit ärztlicher Hilfe durchzuführen, und daran änderte auch keineswegs etwas die Einrichtung von zahlreichen *Ambulatorien*, die von Januar 1924 ab durch die Kassen vorgenommen wurde. Trotzdem ist nicht zu leugnen, daß die Nothelfer durch ihre Tätigkeit der ärztlichen Einheitsfront sehr geschadet haben, da es dadurch den Kassen ermöglicht wurde, eine Reihe von Nachuntersuchungen und von Kontrollen der erwerbsunfähig geschriebenen Mitglieder vorzunehmen. Die Nothelfer wurden daher von der kämpfenden Ärzteschaft nach Möglichkeit wirtschaftlich und vor allem gesellschaftlich boykottiert. Sie wurden als ‚Streikbrecher' behandelt und aus ärztlichen Vereinen in einigen Fällen ausgeschlossen. ... Die Namen der Nothelfer wurden fortlaufend in dem ärztlichen Organ, der Großberliner Ärztekorrespondenz, veröffentlicht in der Form der bereits erwähnten Nothelferliste unter dem Motto:

Tacitus Germ. Cap. 12: ‚Sie hängten die Verräter und Überläufer an den Bäumen auf';

Tacitus Ann. Lib. I Cap. 58: ‚Sie sind den Verrätern und denen, die ihnen voranging en, feindlich gesonnen'.

Im allgemeinen war die Ärzteschaft finanziell mit ihrer Lage in der ersten Zeit des Kampfes zufrieden, da sie im Gegensatz zu der Zeit der Inflation jetzt ihre Tätigkeit sofort angemessen bezahlt erhielt. Aber auch die finanzielle Lage der Kassen war nicht schlecht. Die Kassen erhielten jetzt nach Einführung der wertbeständigen Löhnung der Arbeiter auch vollwertige Beiträge. Wohl war die Krankheitsziffer und damit die Ausgaben für Krankengeld gestiegen, dafür waren aber die Ausgaben für Arznei gesunken. Am unzufriedensten waren die Versicherten, auf deren Rücken der Kampf ausgetragen wurde. Besonders die kommunistische Partei suchte die Versicherten zusammenzubringen und zur Stellungnahme für die Ärzte gegen die Kassen zu veranlassen. In gleicher Richtung arbeitete auch der ‚Bund der Versicherten', der, im Jahre 1920 gegründet, Massenversammlungen der Versicherten einberief, in dessen Entschließungen gegen das Gebaren der Kassen und gegen die Notverordnung Stellung genommen wurde.

So zog sich der Kampf hin bis zu den ersten Verhandlungen, die auf Einladung des Reichsarbeitsministers im Reichsarbeitsministerium am 21. Dezember 1923 stattfanden. Hier waren die Ärzte vollzählig mit 12 Vertretern erschienen, während seitens der Kassen nur 5 Vertreter des Hauptverbandes für Ortskrankenkassen anwesend waren und die übrigen Kassenverbände keine Vertreter geschickt hatten. ...

... Man verhandelte dann über die Wiederherstellung vertraglicher Beziehungen, doch gelang es nicht, zu einer Einigung darüber zu kommen. Einmal hatten die Kassenvertreter nicht die nötigen Vollmachten, und dann war auch eine Übereinstimmung der Ansichten über die Bedingungen eines Friedensschlusses nicht zu erreichen. ...

... Auf Einwirkung der Regierungsvertreter kamen die Parteien dahin überein, bis zum 1. Jan. 1924 keine den Kampf erschwerenden Maßnahmen zu ergreifen, insbesondere auch auf Pressefehde usw. zu verzichten. Bald mußten sich die Ärzte jedoch darüber beklagen, daß die Kassen sich an die Abmachungen vom 21. Dez. nicht hielten, sondern durch Inserate in den Tageszeitungen versuchten, Nothelfer zur Behandlung ihrer Mitglieder und zur Tätigkeit in den *Ambulatorien* zu gewinnen. Darüber beschwerten sich die Ärzte schriftlich bei den zuständigen Behörden, dem Oberversicherungsamt Großberlin, dem preußischen Wohlfahrtsministerium und dem Reichsarbeitsministerium und behielten sich auch für sich freie Hand in ihren Maßnahmen vor. Insbesondere drohten sie, in einen Behandlungsstreik gegen alle Kassenmitglieder einzutreten. Diese Drohung führten sie aus dem angeführten Grunde auch durch gegen die Betriebskrankenkasse der AEG und die Allgemeinen Ortskrankenkassen der drei Außenbezirke Berlins: Adlershof, Zehlendorf und Niederbarnim. Es wurden von diesen Kassen keine Mitglieder mehr behandelt, sondern alle Fälle einschließlich geforderter Besuche an die eingerichteten *Ambulatorien* verwiesen. Ausnahmen wurden nur gemacht in Fällen dringender Lebensgefahr. ...

... Durch die Bereiterklärung der Ärzte zur Tätigkeit zu den alten Bedingungen war der Kampf in ein ganz neues Stadium getreten. Die Ärzte hatten den Kampf begonnen als eine Art von Demonstration gegen die Notverordnung über Krankenhilfe bei den Krankenkassen vom 30. Okt. 1923. Die Krankenkassen, denen die bestehenden Verträge auf der Grundlage der freien Arztwahl schon längst unbequem geworden waren, hatten nun aber die Gelegenheit benutzt, um ihrerseits aktiv in den Kampf gegen die Ärzte zu treten, indem sie die Aufnahme der alten Verträge ablehnten

und durch die Gründung von zahlreichen *Ambulatorien* und durch die Festanstellung von Ärzten den künftigen Verträgen eine ganz neue Grundlage zu schaffen suchten. Ihr ursprüngliches Ziel, die Erlangung der Zurücknahme der Notverordnung, hatten die Ärzte aufgegeben, indem sie sich zur Tätigkeit unter den alten Bedingungen anboten. ... Mit der Annahme der ärztlichen Tätigkeit waren die Kassen jedoch nicht einverstanden und so verschob sich jetzt der Kampf dahin, daß er ein reiner Kampf der Ärzte und Krankenkassen um die Beibehaltung oder Nichtbeibehaltung der freien Arztwahl wurde.

Am 25. Jan. 1924 fand nun eine Besprechung der Versicherungsvertreter statt, getrennt mit den Ärzten und den Krankenkassen. Darin ließ das Oberversicherungsamt erkennen, daß es die ärztliche Versorgung der Versicherten nicht für genügend halte. Die Vertreter der Ärzteschaft erklärten auch dort ihre Bereitwilligkeit zur Wiederaufnahme der Tätigkeit und zur Erledigung der aus dem vertragslosen Zustand sich ergebenden Streitpunkte durch ein Schiedsgericht. Diese Erklärung bestätigten am darauffolgenden Tage der Großberliner Ärztebund und die Wirtschaftliche Abteilung dem Oberversicherungsamt schriftlich. Das Oberversicherungsamt richtete nun an die Krankenkassen am 28. Januar 1924 ein Schreiben, in dem es die mangelhafte ärztliche Versorgung feststellte und den Krankenkassen aufgab, für eine genügende ärztliche Versorgung der Mitglieder zu sorgen, d. h. also auf 1350 Versicherte mindestens einen Arzt anzustellen. Dieses verlangte Verhältnis entsprach dem mit Gesetzeskraft ausgestatteten Berliner Abkommen von 1913.

Am 29. Januar 1924 antwortete der Krankenkassenverband auf das Arbeitsangebot der Ärzte. Er erklärte sich zur Wiederaufnahme der alten Verträge bereit, stellte aber gewisse Forderungen, wie Tragung aller Kosten, die durch den vertragslosen Zustand entstanden waren, Übernahme der während der Kampfzeit mit den Nothelfern abgeschlossenen Verträge, Übernahme für die Einrichtung und Führung sämtlicher bereits bestehenden und noch einzurichtenden *Ambulatorien.* Die Ärzte lehnten dieses Angebot ab, indem sie gar nicht darauf antworteten. Den Aufsichtsbehörden teilten sie mit, daß sie ein derartiges Schreiben erhalten hätten, es aber als eine Verhöhnung ihres Angebotes und als Sabotage der Wiederherstellung der vertraglichen Beziehungen betrachteten. ...

... Nun fühlte sich aber infolge der immer stärker werdenden Klagen der Versicherten das Oberversicherungsamt veranlaßt, energischer für eine genügende ärztliche Versorgung der Kassenmitglieder einzutreten. Die Kassen wurden am 16. Februar 1924 auf Grund des § 372 RVO aufgefordert, eine ausreichende ärztliche Versorgung ihrer Mitglieder herbeizuführen. Es wurde ihnen dafür der 25. Februar 1924 als Termin gesetzt; an diesem Tage sollten sie nachweisen, daß sie auf je 1350 Versicherte mindestens einen vertraglich verpflichteten Arzt zur Verfügung hätten. Zu gleicher Zeit erfuhren die Ärzte von der Absicht des Oberversicherungsamtes, von sich aus Stellen für Kassenärzte auszuschreiben, falls die Krankenkassen nicht genügend Ärzte nachweisen würden. Dies erfolgte dann auch, obwohl die Ärzteschaft dem Oberversicherungsamt vorher ihre Bereitwilligkeit zur Wiederherstellung der kassenärztlichen Versorgung ausgedrückt hatte. Das diesbezügliche Schreiben des Großberliner Ärztebundes wurde jedoch im Oberversicherungsamt nur als eine Anfrage aufgefaßt, und daraufhin erklärten die Ärzte nochmals am 3. März 1924, daß die ärztliche Vertragsgemeinschaft bereit sei, die ärztliche Tätigkeit aufzunehmen. Das Ausschreiben von Stellen durch das Oberversicherungsamt dauerte jedoch noch bis zum 8. März, hatte aber nicht den gewünschten Erfolg. Mit

den unzuträglichen Zuständen, die sich in dieser Zeit ergaben, beschäftigte sich nun immer mehr die Öffentlichkeit. In der Stadtverordnetenversammlung vom 31. Januar 1924 verlangte die kommunistische Fraktion vom Magistrat schnellstes Eingreifen in dieses Chaos der Krankenversicherung Großberlins. Auch die Großberliner Ärztekammer nahm in ihrer Sitzung am 15. März eine Entschließung an, die sich gegen die bestehenden Mißstände richtete.

Während bereits seit Ende Januar einige kleinere Kassen mit den Ärzten Frieden geschlossen hatten und deren Tätigkeit zu den alten Bedingungen angenommen hatten, kam es nun auf Veranlassung der Aufsichtsbehörde zu erneuten ernsthaften Verhandlungen über die Wiederaufnahme vertraglicher Beziehungen zwischen den streitenden Parteien. ...

... Hatten die Kassen früher erklärt, einen Vertrag mit der Wirtschaftlichen Abteilung auf der Grundlage der freien Arztwahl nicht wieder abzuschließen, so hatten ihnen die Tatsachen bewiesen, daß der Zusammenhalt der Berliner Ärzteschaft viel stärker war, als sie erwartet hatten und daß sie angesichts der Festigkeit der Ärzteorganisation trotz Nothelfern und *Ambulatorien* eine ausreichende kassenärztliche Versorgung nicht zu schaffen vermocht hatten. Sie mußten also nun doch mit der von ihnen bekämpften Organisation eine Einigung herbeiführen. Ebenso bestand andererseits für die ärztliche Organisation nicht die Möglichkeit, den Kassen den Frieden zu diktieren. Der Kampf hätte zwar noch längere Zeit in der bisherigen Form fortgesetzt werden können, jedoch mußte damit gerechnet werden, daß die Gegenwirkung der Kassen sich mit der Zeit immer stärker fühlbar machen würde und daß durch das Anwachsen der Einrichtungen der Kassen die schließliche Auseinandersetzung sich immer schwieriger gestalten würde; denn an der Tatsache des Vorhandenseins der von den Kassen während der Kampfzeit geschaffenen Einrichtungen und der Notwendigkeit einer Auseinandersetzung über diese bei dem endlichen Ausgleich konnte nicht vorübergegangen werden."

Nachdem mit der Ärzteschaft im April des Jahres 1924 ein Waffenstillstandsabkommen getätigt wurde, ging die Inanspruchnahme der Ambulatorien etwas zurück. Um die getroffenen Einrichtungen für die Dauer nutzbar zu machen, beschlossen die Berliner Krankenkassen, diese für die Familienfürsorge bereitzustellen. Es konnten damit die seit Jahren von den Berliner Krankenkassen verfolgten Bestrebungen auf Einbeziehung der Familienangehörigen in die ärztliche Behandlung, die durch die unverständliche Haltung der Ärzteschaft bisher nicht möglich war, durchgeführt werden. Mit dem 1. Juli 1924 wurde dann die Behandlung der Familienangehörigen in den Ambulatorien eingeführt.

Hiermit begann auch in der Entwicklung der Ambulatorien ein neuer Abschnitt. Der dauernde Bestand der Ambulatorien war nunmehr gewährleistet. Zunächst kamen einige verwaltungstechnische Maßnahmen zur Ausführung. Das vom Vorstand des Verbandes der Krankenkassen Berlin gewählte Kuratorium, in dessen Händen sich die Leitung der Ambulatorien befand, bestimmte zu dieser Zeit Max Ebel[12a] zum

12a Ebel, Max (1878–1933), Volksschulbesuch in Berlin, Buchdrucker, 1905–1906 Beisitzer im Tarifschiedsgericht der Buchdrucker Berlin, 1907 – 1911 stellvertretender Gehilfenkreisvertreter für Berlin im Tarifausschuß der Buchdrucker, 1913 – 1915 Sekretär des Vereins Berliner Buchdrucker, 1915 – 1923 Sekretär im ADGB, 1924 – 1933 Geschäftsführer der Ambulatorien in Berlin, 1933 von der SA verhaftet und zum Selbstmord getrieben.

Geschäftsführer der Ambulatorien. Die Oberaufsicht über die dienstliche Tätigkeit der Ambulatoriumsärzte war bereits vorher Felix Königsberger[12b] übertragen worden. Felix Königsberger schied am 1. April 1925 aus, und an seine Stelle wurde Kurt Bendix[13] berufen. Stellvertretender Chefarzt war Walter A. Friedeberger[14]. An der Spitze des Kuratoriums stand Julius Cohn[15].

Die Aufsicht in den einzelnen Ambulatorien oblag einem beauftragten Arzt und dessen Stellvertreter, die vom Chefarzt im Benehmen mit den übrigen Ärzten des Ambulatoriums bestimmt wurden, und die für die Durchführung aller Maßnahmen, die im Interesse der ärztlichen Versorgung der anspruchsberechtigten Kranken getroffen wurden, verantwortlich waren.

Mit der Einführung der Familienversicherung steigerte sich wieder die Patientenzahl, die Neueinrichtungen fanden in den Kreisen der versicherten Arbeiterschaft volles Verständnis. Die Frequenz in den Ambulatorien nahm einen solchen Umfang an, daß die Kassen gezwungen waren, im November 1924 noch vier große Behandlungsstellen zu eröffnen, die mit den modernsten Instrumentarien ausgerüstet wurden.

Das Jahr 1925 wurde zum Ausbau der bisher getroffenen Einrichtungen benutzt. Die Zahl der Ambulatorien von Ende 1924 zu Ende 1925 war von 36 auf 38 erhöht

---

12b Königsberger, Felix (1884–?), Schulbesuch in Berlin, Studium der Medizin, approbiert 1910, seit 1911 Arzt in Berlin, 1918 Inhaber eines Laboratoriums für medizinische Diagnostik und eines Laboratoriums, 1921 auch ärztlicher Direktor des diagnostischen Instituts des Hauptverbandes der deutschen Krankenkassen, 1934 vermutlich emigriert

13 Bendix, Kurt (1880–1942), Schulbesuch in Berlin bis 1901, 1901–1907 Studium der Medizin in Freiburg und Berlin, Facharzt für Dermatologie mit Kassen- und Privatpraxis, außer den Ambulatorien galt sein Interesse der Krebsforschung und § 218 StGB, auf dem Gebiet der Sexualforschung arbeitete er mit Magnus Hirschfeld zusammen. Kurt Bendix war bis zu seiner „Absetzung" durch die Nationalsozialisten Chefarzt der Ambulatorien. Auf internationalen Ärztekongressen in Moskau und London referierte er über Fachfragen. Da er Jude war, durfte er nach 1933 nicht mehr praktizieren.

14 Friedeberger, Walter Axel (1898–1967), Schulbesuch in Breslau, Studium der Medizin in Berlin, 1921 Mitglied der SPD. W. A. Friedeberger war von Anfang an stellvertr. Chefarzt der Ambulatorien, 1933 mußte er nach Frankreich emigrieren, nach Ausbruch des 2. Weltkrieges war er mehrfach in franz. Internierungslagern inhaftiert, bis er in die USA auswandern konnte. 1947 Rückkehr nach Deutschland und leitender Mitarbeiter der Deutschen Zentralverwaltung für das Gesundheitswesen in der damaligen sowjetischen Besatzungszone, wo er an der Entwicklung und Gründung von Ambulatorien und Polikliniken mitwirkte. 1951 Direktor des Deutschen Hygiene-Museums in Dresden, 1959 stellvertr. Minister für Gesundheitswesen der DDR und Rektor der Deutschen Akademie für Ärztliche Fortbildung der DDR.

15 Cohn, Julius (1871–1941), Schulbesuch in Berlin, Handlungsgehilfenlehre, 1. Okt. 1893 Eintritt in die Ortskrankenkasse der Handlungsgehilfen (unter Albert Kohn), 1898 Ortskrankenkasse der Kaufleute, Handelsleute und Apotheker, 1914 stellv. Direktor der AOK Berlin, 1. April 1925 – 31. Dez. 1932 Direktor der AOK Berlin und Vorsitzender des Vorstandes des Verbandes der Krankenkassen Berlins. Seit 1931 erhielt er wiederholt antisemitische Drohbriefe. 1933 nach Zwischenaufenthalt in Ascona (hier Zusammenkunft mit Otto Braun bei Raphael Friedeberg) Auswanderung nach Palästina, wo er bis zu seinem Tode in Tel Aviv lebte. Seit 1918 Mitglied der SPD, seit 1930 Mitglied des Reichsbanners Schwarz-Rot-Gold. Am 12. April 1937 wurde er aus Deutschland ausgebürgert, seit 18. April 1937 war er Staatsbürger von Palästina.

worden. Aber es wurden während dieser Zeit eine ganze Reihe Erweiterungen der bestehenden Ambulatorien vorgenommen.

Das Vertrauen der arbeitenden Bevölkerung zu den Ambulatorien kam am besten in der fortgesetzt steigenden Inanspruchnahme zum Ausdruck. Die Zahl der Konsultationen sowie die Zahl der von den Ambulatorien ausgeführten Besuche hatte sich im Laufe des Jahres 1925 verdoppelt. Dementsprechend war auch die Zahl der Ärzte und des ärztlichen Hilfspersonals erheblich gesteigert worden, so daß die Ambulatorien am Schluß des Jahres 1925 schon über 500 Personen beschäftigten. Auch die Versicherten, die ja bei der freien Arztwahl die Möglichkeit hatten, jeden Arzt in Anspruch zu nehmen, zogen in fortgesetzt steigendem Maße die Behandlung in den Ambulatorien vor; ein Beweis, wie groß das Vertrauen in weiten Kreisen der Bevölkerung zu diesen Einrichtungen war.

Über den Stand der Ambulatorien Mitte Juli 1926 informieren nachfolgende Angaben aus dem Verzeichnis der Ambulatorien und der diesen angeschlossenen Institute[16]:

„Verzeichnis der Ambulatorien und der diesen angeschlossenen Institute

(Nach dem Stande von Mitte Juli 1926)

A. Ambulatorien

(In allen Ambulatorien waren praktische Ärzte tätig. Wo in den Ambulatorien außerdem spezialärztliche Abteilungen bestanden, ist dies besonders angeführt)

1. Alexanderstraße 39/40
(Spezialärztliche Abteilungen für orthopädische Chirurgie und Beinleiden)

2. Alt-Moabit 73
(Spezialärztliche Abteilungen für Chirurgie, Augen-, Frauen-, Hals-, Nasen-, Ohren-, Innere, Kinder-, Lungen-, Nerven-, Haut- und Geschlechtskrankheiten)

3. Arkonaplatz 5
(Spezialärztliche Abteilungen für Chirurgie, Frauen- und Innere Krankheiten)

4. Belle-Alliance-Straße 7/10
(Spezialärztliche Abteilungen für Chirurgie, Augen-, Frauen-, Hals-, Nasen-, Ohren-, Innere, Kinder-, Lungen-, Nerven-, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Beinleiden und psychische Erkrankungen)

5. Große Frankfurter Straße 106
(Spezialärztliche Abteilung für Kinderkrankheiten)

6. Große Frankfurter Straße 137
(Spezialärztliche Abteilungen für Chirurgie, Augen-, Frauen-, Hals-, Nasen-, Ohren-, Innere, Nerven-, Haut- und Geschlechtskrankheiten)

7. Hufelandstraße 45
(Spezialärztliche Abteilungen für Chirurgie, Frauen-, Innere, Haut- und Geschlechtskrankheiten)

16 Entnommen dem „Verzeichnis der Ambulatorien und der diesen angeschlossenen Institute", in: Jahrbuch 1925 des Verbandes der Ambulatorien des Verbandes der Krankenkassen Berlins, Berlin 1926, 183

8. Johannisstraße 20
(Spezialärztliche Abteilungen für Chirurgie, Augen-, Frauen-, Hals-, Nasen-, Ohren-, Innere, Kinder-, Nerven-, Haut- und Geschlechtskrankheiten und Beinleiden)

9. Klosterstraße 65/67
(Spezialärztliche Abteilungen für Chirurgie, Augen-, Frauen-, Hals-, Nasen-, Ohren-, Innere, Kinder-, Lungen-, Nerven-, Haut- und Geschlechtskrankheiten)

10. Müllerstraße 153a
(Spezialärztliche Abteilungen für Chirurgie, Augen-, Frauen-, Hals-, Nasen-, Ohren-, Innere, Kinder- und Nervenkrankheiten)

11. Ofener Straße 12
(Spezialärztliche Abteilungen für Frauen-, Innere, Nerven- und Haut- und Geschlechtskrankheiten)

12. Oranienstraße 6
(Spezialärztliche Abteilungen für Chirurgie, Augen-, Frauen-, Hals-, Nasen-, Ohren-, Innere, Lungen-, Kinder-, Haut- und Geschlechtskrankheiten und Beinleiden)

13. Adlershof, Bismarckstraße 6

14. Britz, Jahnstraße 82

15. Charlottenburg, Berliner Straße 137
(Spezialärztliche Abteilungen für Chirurgie, Augen-, Frauen-, Hals-, Nasen-, Ohren-, Innere, Lungen-, Haut- und Geschlechtskrankheiten)

16. Köpenick, Gutenbergstraße 33
(Spezialärztliche Abteilungen für Augen-, Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten)

17. Friedenau, Rheinstraße 9
(Spezialärztliche Abteilung für Haut- u. Geschlechtskrankheiten)

18. Karlshorst, Treskow-Allee 44
(Spezialärztliche Abteilung für Frauenkrankheiten)

19. Lichtenberg, Magdalenenstraße 14/16
(Spezialärztliche Abteilungen für Frauen-, Innere und Nervenkrankheiten)

20. Lichtenberg, Möllendorfstraße 10

21. Lichtenrade, Karlstraße 6a

22. Lichterfelde, Hindenburgdamm 118
(Spezialärztliche Abteilungen für Frauen-, Innere und Kinderkrankheiten)

23. Neukölln, Bergstraße 7/8
(Spezialärztliche Abteilung für Kinder-, Haut- und Geschlechtskrankheiten)

24. Neukölln, Ideal-Passage 12
(Spezialärztliche Abteilungen für Chirurgie, Frauen-, Innere und Nervenkrankheiten)

25. Oberschöneweide, Wilhelminenhofstraße 5

26. Pankow, Binzstraße 3
(Spezialärztliche Abteilungen für Chirurgie, Frauen-, Kinder-, Haut- und Geschlechtskrankheiten)

27. Reinickendorf, Residenzstraße 10
(Spezialärztliche Abteilung für Innere Krankheiten)

28. Schmargendorf, Spandauer Straße 40

29. Schöneberg, Grunewaldstraße 30
(Spezialärztliche Abteilungen für Chirurgie, Augen-, Frauen-, Hals-, Nasen-, Ohren-, Innere, Lungen-, Nerven-, Kinder-, Haut- und Geschlechtskrankheiten)

30. Spandau, Askanierring 175
(Spezialärztliche Abteilungen für Frauen-, Innere, Augen-, Hals-, Nasen-, Ohren- und Kinderkrankheiten)

31. Steglitz, Körnerstraße 55
(Spezialärztliche Abteilung für Frauenkrankheiten)

32. Tegel, Brunowstraße 43

33. Tempelhof, Schönburgstraße 12
(Spezialärztliche Abteilungen für Innere und Nervenkrankheiten)

34. Treptow, Beermannstraße 3
(Spezialärztliche Abteilung für Nervenkrankheiten)

35. Weißensee, Pistoriusstraße 17
(Spezialärztliche Abteilung für Haut- und Geschlechtskrankheiten)

36. Wilmersdorf, Kaiserallee 173a
(Spezialärztliche Abteilung für Innere Krankheiten)

37. Wittenau, Oranienburger Straße 70/71
(Spezialärztliche Abteilung für Frauenkrankheiten)

38. Zehlendorf, Burggrafenstraße 2

Hinzu kommen:

B. Röntgen-Institute

1. für Diagnostik (13)

2. für Therapie und Radiumbehandlung (1)

C. Institute für Höhensonnen-Bestrahlungen (25)

D. Institute für Heißluft- und Lichtbehandlung (26)

E. Institute für elektrische Behandlungen (30) — (Galvanisation, Faradisation)

F. Beratungsstellen für Schwangere (16)"

Die Entwicklung der Ambulatorien wurde begleitet von einem auf verschiedenen Instanzen ausgetragenen Rechtsstreit, auf dessen Einzelheiten hier nicht eingegangen werden kann. Er fand mit einer Entscheidung des beim Reichsversicherungsamts errichteten Reichsschiedsamts vom 6. und 7. Mai 1927 sein vorläufiges Ende[17].

Die Ambulatoriumsärzte waren in der Mehrheit keine sozialistischen Ärzte, einige waren sogar ausgesprochen bürgerlich orientiert. Von einigen Ärzten wurden allerdings die Ambulatorien als Vorstufe zur Sozialisierung der Heilberufe und des Gesundheitswesens verstanden, das war aber nicht die Mehrheit.

Immerhin dürfte aber eine besondere „soziale Einstellung" dominant gewesen sein. Sieht man auf die führenden, initiativ tätigen Ärzte innerhalb der Ambulato-

17 Auf die Einzelheiten des Rechtsstreites kann hier nicht eingegangen werden, vgl. den Abdruck der Entscheidungen unter der Überschrift „Der Streit um die Ambulatorien", Jahrbuch 1926/27 der Ambulatorien des Verbandes der Krankenkassen Berlins, Berlin 1927, 16 ff.