3. Die ärztlichen Unterstützungskassen in Deutschland.

Von J. Schwalbe.

(Schluss aus No. 47.)

Für die Prüfung der in der Tabelle (S. 782ff.) niedergelegten Resultate meiner Sammelforschung kommen im ganzen 69 Unterstützungskassen in Betracht. Eine kleine Reihe anderer Kassen, die zu meiner Kenntniss gelangt sind, habe ich aus verschiedenen Gründen in der Tabelle nicht aufgeführt: einige, weil sie wegen ihrer geringen Mittel bisher noch nicht in Function getreten sind, so die Unterstützungskasse von Darmstadt, Tilsit, die Darlehnskasse des Medicinischen Waarenhauses in Berlin, — andere, weil sie ihre spärlichen Einnahmen in grössere Unterstützungskassen abführen, also eine selbstständige Bedeutung nicht besitzen, z. B. die Kasse von Fürth, Marburg, — endlich einige Kassen, die wegen ihres ganz beschränkten Wirkungskreises mehr den Charakter einer familiären oder freundschaftlichen Genossenschaft besitzen, für die Allgemeinheit also nicht eigentlich existiren, so die Sterbekasse des collegialen Vereins von praktischen Aerzten Berlins (der, soviel ich weiss, nur wohlhabende Aerzte zu Mitgliedern zählt), die Stiftung der „Cerevisia medica“ in Bremen u. a. m.

Von den 69 tabellarisch rubricirten Kassen ist aber leider nicht durchweg ein vollwerthiges Material erhältlich gewesen. Meistentheils fehlte es den Kassenführern an ausreichenden actenmässigen Belägen für die zu ertheilenden Antworten. In anderen Fällen überwog eine allzu ängstliche „collegiale Discretion“ über die Rücksicht auf das allgemeine Standesinteresse und versagte hier und da eine schätzenswerthe Auskunft. Am weitesten ging in dieser Beziehung der „Unterelsässische Hilfsverein für Aerzte“, der in freimaurerartiger Abgeschlossenheit die Beantwortung sämtlicher Fragen rundweg ablehnte. Ich habe dennoch wenigstens seinen Namen in der Tabelle aufgeführt, weil ich von der Erwägung ausging, dass es jetzt oder später für manchen nothbedrängten Collegen des Unterelsass von Interesse sein könnte, über die Existenz dieses Vereins unterrichtet zu sein.

Wird durch diese Lücken des Materials, die bei den einzelnen Berechnungen deutlicher hervortreten, die absolute Richtigkeit unserer Zahlen auch ausgeschlossen, so sind doch die vorhandenen Vacanzen klein genug, um unseren Resultaten eine dichte Annäherung an die thatsächlichen Verhältnisse zu gestatten.

Die geographische Vertheilung der im Jahre 1894 bestehenden deutschen ärztlichen Unterstützungskassen stellt sich folgendermaassen dar. Es kommen auf Preussen 38, auf Bayern 5, Sachsen 5, Württemberg 4, Baden 3, Hessen 2, Thüringische Staaten 1, Mecklenburg-Schwerin 1, Oldenburg 1, Braunschweig 2, Elsass-Lothringen 2, Hamburg 2, Lübeck 1, Bremen 2. Es sind demnach nur in einigen kleinen mitteleuropäischen Staaten — soweit ihre Angehörigen nicht zum Allgemeinen ärztlichen Verein von Thüringen gehören — ärztliche Unterstützungskassen nicht vorhanden. In Preussen ist die Anzahl der genannten 38 Kassen innerhalb der einzelnen Provinzen sehr verschieden:

in Ostpreussen finden wir 3, in Westpreussen 1, in Brandenburg 9, in Pommern 3, Schlesien 4, Sachsen 1, Schleswig-Holstein 1, Hannover 2, Westfalen 1, Hessen-Nassau 7, in der Rheinprovinz 6. Ein „Vacat“ existirt also anscheinend in der Provinz Posen: bei genauerer Betrachtung aber sehen wir, dass auch Westfalen keine lokale Kasse besitzt, dass andererseits die Provinz Posen insofern aus dem Bereich der Unterstützungskassen nicht völlig ausgeschlossen ist, als die Hufeland'schen Stiftungen (No. 5) ihren Wirkungskreis über ganz Preussen erstrecken.

Nach der bereits in der letzten Bemerkung angedeuteten **geographischen Ausdehnung des Unterstützungsgebiets** scheiden sich die Kassen in folgende Gruppen: städtische 22, Bezirkskassen 14, Provinzial- 9, Landeskassen 24. Unter den an vierter Stelle genannten sind 2 durch ihre Ausdehnung über ganz Deutschland hervorzuheben, nämlich No. 9, die Centralhülfskasse für die Aerzte Deutschlands, und No. 25, Lebensversicherungsverein für deutsche Aerzte.

Interessant namentlich für den Modus des Ausbaues des Unterstützungswesens ist die Frage nach der **Art der Entstehung der einzelnen Kassen**. Danach sind 35 von Vereinen gegründet worden, 18 sind aus Stiftungen hervorgegangen, 1 ist die Gabe einer ärztlichen Zeitung (No. 66), die übrigen verdanken ihre Gründung der privaten Initiative theils eines einzigen Arztes (so No. 7, 9 etc.), theils mehrerer Aerzte.

Nach der **Zeit der Gründung** weisen die einzelnen Dekaden unseres Jahrhunderts nicht unerhebliche Differenzen auf. Zwischen 1820 und 1830 ist 1 Kasse entstanden, zwischen 1830 und 1840 sind 2 gegründet worden, 1840 bis 1850 6, 1850 bis 1860 10; dann erfolgt ein Rückgang 1860 bis 1870 auf 6, von hier ab ein starker Anstieg 1870 bis 1880 auf 14 und weiterhin — wohl eine Folge der Verhandlungen der Aertztetage — 1880 bis 1890 auf 20. Von 1890 bis jetzt sind 9 ins Leben gerufen.

Nach der **Gattung der unterstützten Personen** ergeben sich für die 69 Kassen 3 Kategorien: 10 dienen ausschliesslich für Aerzte, 26 ebenso nur für Hinterbliebene von Aerzten, 33 sind gemischte Kassen, d. h. für Aerzte und deren Hinterbliebene bestimmt.

Von wesentlicher Bedeutung ist die **Art der Unterstützung**, welche die Kassen ihrer Clientel angedeihen zu lassen vermögen: danach stellen sich für Aerzte 32 Kassen als reine Unterstützungskassen dar, 1 als Kranken-, Invaliden- und Altersversorgungskasse,¹⁾ 1 als Darlehn- und Unterstützungskasse, 1 als Spar-, Darlehn- und Unterstützungskasse, 5 als Invalidenversorgungs- bzw. Pensionskassen, endlich 1 als Unterstützung zu einer Bade- oder anderen Cur (No. 6). (Ueber den Unterelsässischen Hilfsverein fehlen hier wie in allen weiteren Zusammenstellungen die näheren Details.) Für die Hinterbliebenen von Aerzten finden wir 44 reine Unterstützungskassen, 7 Pensionskassen, 8 Sterbekassen; eine specielle Form von Unterstützung ist ferner bei der Frisoni-Stiftung (No. 50) in der Darbietung von freier Wohnung für 5 Wittwen im sogenannten Frisonianum enthalten, ferner bei dem Lübecker Verein in der statutarischen Bestimmung, dass die Praxis eines verstorbenen Vereinsmitgliedes bis zum Ablauf des Kalenderjahres von den Collegen unentgeltlich besorgt und das Honorar den Hinterbliebenen des Verstorbenen überwiesen wird.

Eine besondere Berücksichtigung verdient ferner das **Rechtsverhältniss, in welchem die einzelnen Kassen zu ihren Mitgliedern stehen**. In dieser Hinsicht scheiden sich die Kassen wiederum in drei Gruppen. Zur ersten Gruppe gehören alle diejenigen, welche sämtlichen Mitgliedern die vertragmässigen Rechte gewähren, sobald die statutarischen Bedingungen erfüllt sind, ohne Prüfung ihrer Vermögenslage, gleichviel, ob sich die betreffenden Antragsteller in Noth befinden oder nicht; diese Institutionen sind als rechnungsmässige Versorgungskassen, als sogenannte Rechtskassen zu führen, die Rechte und Pflichten ihrer Mitglieder unterliegen völlig bestimmten und behördlich geprüften Regeln. Solcher Rechtskassen zählen wir in Deutschland insgesamt 16; unter diesen befindet sich nur eine, die ausschliesslich für Aerzte bestimmt ist, nämlich die schon mehrfach genannte Centralhülfskasse für die Aerzte Deutschlands; 13 Rechtskassen bestehen ausschliesslich für Hinterbliebene, und zwar sind darunter 8 Sterbekassen (3 in Preussen, 2 in Bayern, 1 in Sachsen, 1 in Braunschweig, 1 im Elsass), 2 Pensionsvereine (je 1 in Bayern und in Baden) und 3 Unterstützungskassen (in Preussen, Lübeck und Bremen); endlich sind 2 gemischte Rechtskassen für Aerzte und deren Hinterbliebene vorhanden (in Preussen und Sachsen), und zwar 1 Pensions- und Hilfsverein und 1 Wittwen-, Waisen- und Invalidenkasse. — Die 2. Classe der hier aufzuführenden Unterstützungskassen umfasst alle diejenigen, welche ebenfalls nur Mitglieder (bisweilen auch wie manche Rechtskasse erst nach bestimmter Dauer der Mitgliedschaft) unterstützen, jedoch nur dann, wenn sie imstande sind, ihre Bedürftigkeit nachzuweisen. Von diesen reinen Unterstützungskassen auf Gegenseitigkeit sind in ganz Deutschland 21 vertreten, und zwar in Preussen 16 (nur für Aerzte 3, nur für Hinterbliebene 1, gemischte 12), in Bayern 1 (für Hinterbliebene), in Sachsen 1 (für Hinterbliebene) und je eine gemischte Kasse in Thüringen, Mecklenburg und Oldenburg. — Zur 3. Classe endlich gehören die allgemeinen Unterstützungs- und Wohlthätigkeitskassen, welche zwar nur Aerzte und deren bedürftige Hinterbliebene unterstützen, aber auch solche, die nicht der betreffenden Kasse als Mitglieder angehören. Solcher Kassen²⁾ zählen wir 16 in Preussen (darunter 9 gemischte, 6 für Hinterbliebene, 1 für Aerzte), 1 in Bayern (für Aerzte), 2 in Sachsen (1 für Aerzte und 1 gemischte),

4 in Württemberg (2 für Hinterbliebene, 2 gemischte), 2 in Baden (1 für Hinterbliebene, 1 für Aerzte), 2 (gemischte) in Hessen, 1 (gemischte) in Braunschweig, 2 in Hamburg (1 gemischte, 1 für Hinterbliebene) und 1 in Bremen, in Summa 31 für Deutschland. Allerdings gewähren 5 derselben Nichtmitgliedern nur ausnahmsweise Unterstützung. — Ganz ausserhalb dieser drei Hauptgruppen ist noch zu erwähnen die sächsische Wittwen-, Waisen- und Invalidenkasse, die als Rechtskasse ausnahmsweise auch bedürftige Nichtmitglieder unterstützt, und die Centralhülfskasse Deutschlands (Rechtskasse), die aus ihrem Aushilfsfonds bedürftige Mitglieder, welche vor Ablauf der Karenzzeit oder im deutschen Kriegsdienst invalide werden oder infolge unvorhergesehener Nothfälle ihren Verpflichtungen gegen die Kasse etc. nicht rechtzeitig nachkommen können, unterstützt und ferner Mitgliedern vom 3. Jahre ihrer Mitgliedschaft an unter bestimmten Bedingungen Darlehen gewährt.

Die **Summe der bei sämtlichen 68 Kassen versicherten Aerzte** lässt sich leider aus unserer Tabelle nicht feststellen. Wir müssen in Erwägung ziehen, dass zweifellos eine nicht bestimmbare Anzahl von Aerzten in verschiedenen Unterstützungskassen sich oder ihre Hinterbliebenen versichert haben, in unserer Tabelle also zwei- oder mehrmal verrechnet sind. Ganz besonders ist dies dort anzunehmen, wo neben den lokalen Kassen noch provinzielle oder Landeskassen bestehen, z. B. in Preussen, wo die Mitgliederzahl der Hufeland'schen, über ganz Preussen sich erstreckenden Stiftungen der Mitgliederzahl sämtlicher übrigen Kassen nahezu gleichkommt und selbst ein grosser — wenn nicht der grösste — Theil der Mitglieder der Hufeland'schen Stiftung für Aerzte sich bei der Hufeland'schen Stiftung für Wittwen wiederfindet. Sind wir also gezwungen, auf eine Bestimmung der Zahl der versicherten Aerzte zu verzichten, so hat es immerhin ein gewisses Interesse, wenigstens die Summe der ärztlichen Versicherungen kennen zu lernen, weil auch aus dieser Zahl sich Anhaltspunkte für die Beurtheilung mancher socialstatistischer Fragen gewinnen lassen. Demnach beträgt im Jahre 1894 die Gesamtzahl der Versicherungen in ganz Deutschland 18 033 (bei 22 287 in Deutschland anwesenden Aerzten). Dieselben vertheilen sich nach ihren hauptsächlichen Componenten auf die einzelnen Staaten in folgender Weise: Preussen 10 941 (darunter die Hufeland'schen Stiftungen allein 5184), Bayern 3130, Sachsen 1619, Württemberg 582, Baden 600, Hessen 112, Mecklenburg-Schwerin 212, Oldenburg 44, Braunschweig 193 etc. Zerlegen wir die Zahl der Versicherungen in Preussen — auch diejenige der Hufeland'schen Stiftungen — nach den einzelnen Provinzen, so erhalten wir für Ostpreussen 545, Westpreussen 264, Brandenburg 2251, Pommern 557, Posen 337 (lediglich „Hufeland“), Schlesien 1313, Sachsen 738, Schleswig 397, Hannover 760, Westfalen 448, Hessen-Nassau 652, Rheinprovinz 2059, Hohenzollern 33, Waldeck-Pyrmont 28. (Nicht mitverrechnet sind aus äusseren Gründen die 229 auf Preussen entfallenden Mitglieder der Centralhülfskasse). Je mehr wir aber die genannten Zahlen in ihre Summanden zergliedern und je mehr wir die einzelnen Versicherungen nach ihren Tendenzen in geschlossenen Gruppen vereinigen, um so weniger werden wir Wiederholungen unter den versicherten Personen begegnen, d. h. um so mehr wird die Zahl der Versicherungen mit der Zahl der versicherten Aerzte identisch werden. So bestehen für Hinterbliebene in Preussen 7629 Versicherungen, in Bayern 1345, in Sachsen 585, Württemberg 582 (identisch mit der Zahl der für Hinterbliebene versicherten Aerzte, = 76,2% aller Aerzte Württembergs), Baden 92 (identisch etc., = 10,6% aller badischen Aerzte), Hessen 112 (identisch mit der Zahl der versicherten Aerzte, = 19,7% aller Aerzte Hessens überhaupt), Thüringische Gebiete 274 (identisch mit der Zahl der versicherten Aerzte), Mecklenburg-Schwerin 212 (identisch etc., = 87,6% aller Aerzte), Oldenburg 44 (identisch etc., = 31,4% aller Aerzte), Braunschweig 193, Hamburg 330 (identisch etc., = 72,8% aller Aerzte), Lübeck 44 (identisch etc., = 83,6% aller Aerzte), Bremen 95 (identisch etc., = 81,2% aller Aerzte). Für Aerzte sind in Preussen 6566 Versicherungen vorhanden, in Bayern 1785 (identisch mit der Zahl der für sich selbst versicherten Aerzte = 70,1% aller bayerischen Aerzte), Sachsen 1034 (nahezu identisch etc., = 69,4% aller sächsischen Aerzte), Württemberg 582 (s. oben, Hinterbliebene), Baden 508 (identisch etc., = 58,7% aller badischen Aerzte), Hessen 112 (s. oben), Thüringen 274 (s. oben), Mecklenburg 212 (s. oben), Oldenburg 44 (s. oben), Braunschweig 135 (identisch etc., = 63,4% aller braunschweigischen Aerzte), Hamburg 330 (s. oben), Lübeck 44 (s. oben), Bremen 95 (s. oben).

Betrachten wir unter demselben Gesichtswinkel die Vertheilung der Versicherungen in den drei durch das Rechtsverhältniss der Kassen bestimmten Kategorien (s. oben S. 806), so gewinnen wir folgende Zahlen. In den drei Rechtskassen für Aerzte (Centralhülfskasse für Deutschland, Frankfurter Pensionsverein, Sächsische Invalidenkasse) bestehen 421 Versicherungen, und zwar für Preussen 306, Bayern 21, Sachsen 25, Württemberg 12, Baden 3, Hessen 10, Mecklenburg-Schwerin 8, Sachsen-Meinungen 2, Sachsen-Weimar 1, Sachsen-Altenburg 2, Sachsen-Coburg-Gotha 4, Anhalt 1, Schwarzburg-Rudolstadt und -Sondershausen 2, Reuss 3, Braunschweig 7, Hamburg 8, Lübeck 4, Bremen 2. In den 15 Rechtskassen für Hinterbliebene bestehen 2814 Versicherungen, und zwar 594 in Preussen, 1260 in Bayern, Sachsen 585, Baden 92, Braunschweig 58, Elsass 86, Lübeck 44, Bremen 95. — Die nach dieser Hinsicht in den Unterstützungskassen auf Gegenseitigkeit bestehenden Verhältnisse haben ein geringeres Interesse, wir können deshalb von ihrer Detaillirung absehen. — Dagegen gestatten die Zahlen der allgemeinen Wohlthätigkeits- und Unterstützungskassen einen gewissen Rückschluss auf den collegialen Geist der Aerzte und sollen deshalb im einzelnen bestimmt werden. In diesen Kassen bestehen für Hinterbliebene 2565 Versicherungen in Preussen (bei drei Kassen nur ausnahmsweise), 203 in Sachsen (ausnahmsweise), 582 in Württemberg, in Hessen 112, in Braunschweig 135, in Hamburg 330. Für Aerzte bestehen in Preussen 1789 Versicherungen, in Bayern 1785, in Sachsen 203, in Württemberg 582, in Baden 508 (ausnahmsweise),

¹⁾ Das Wesen dieser und der folgenden speciellen Kassen unterscheidet sich nicht von demjenigen gleicher nichtärztlicher Kassen und bedarf daher wohl keiner näheren Erläuterung.

²⁾ Bei den Stiftungen No. 2, 3, 8, 27—29, 45, 46, 50—52, 57, 66, 68 der Tabelle ist die Rubrik „auch Nichtmitglieder“ in Columne 5 leer zu lassen, weil diese Kassen ständige Mitglieder überhaupt nicht besitzen.

in Hessen, Braunschweig, Hamburg s. Hinterbliebene. Insgesamt sind in den 16 allgemeinen Wohlthätigkeits- und Unterstützungskassen 6218 Versicherungen für Aerzte und deren Hinterbliebene = ca. 34 % aller deutschen Versicherungen überhaupt.

In diesen Abschnitt unserer Statistik fällt schliesslich noch die recht wesentliche Frage, bei wie vielen Kassen mit wie vielen Mitgliedern ein **obligatorischer Beitritt** statutarisch festgesetzt ist. Aus der Rubrik 4 unserer Tabelle ergibt sich darauf folgende Antwort: Obligatorisch ist der Beitritt in nur 23 Kassen. Davon sind 6 lokale, 11 Bezirks-, 6 Landeskassen; die letztgenannten finden sich in Bayern, Sachsen, Baden, Thüringen, Mecklenburg-Schwerin, Braunschweig. Selbstverständlich erstreckt sich der Beitrittszwang lediglich auf die in den bezüglichen Vereinen vorhandenen Mitglieder, in Bayern und Braunschweig nur in einer bestimmten Anzahl von Vereinen. — Von diesen 23 Zwangskassen sind 5 lediglich für Aerzte, 5 nur für Hinterbliebene, 13 gemischte. Insgesamt umfassen die Kassen 6697 Versicherungen, und zwar in Preussen 1749, Bayern 1943, Sachsen 1416, Baden 508, Thüringen 274, Mecklenburg 212, Braunschweig 135, Hamburg 330, Lübeck 44, Bremen 95. Da wo diese Summen nur Versicherungen bedeuten und nicht die Zahlen der versicherten Aerzte angeben, hat es im allgemeinen keinen Zweck, sie in Beziehung zu der Iststärke der in den einzelnen Staaten vorhandenen Aerzte zu setzen. Für Thüringen, Mecklenburg und die Hansestädte ist diese Rechnung oben schon an anderer Stelle aufgemacht. Einen Werth hat diese Rechnung ferner für Preussens Provinzen, wo fast durchweg thatsächlich die Zahlen der Versicherungen mit denjenigen der versicherten Aerzte zusammenfallen. Danach bestehen in Pommern 2 Zwangskassen mit 98 Mitgliedern (hier gerade manche Verdoppelung nicht ausschliessen!) = circa 18 % der Aerzte Pommerns überhaupt, in Schlesien 1 Kasse mit 210 Mitgliedern (= circa 13 % der Aerzte), in Sachsen 1 Kasse mit 187 Mitgliedern (= circa 10 %), in Schleswig 1 Kasse mit 337 Mitgliedern (= circa 56 %), in Hannover 1 Kasse mit 32 Mitgliedern (= circa 3 %), in der Rheinprovinz 5 Kassen (diejenige Aachens ist fälschlich in der Tabelle mit „nein“ aufgeführt) mit 885 Mitgliedern (= 43 %).

Zur Vervollständigung des Bildes vom allgemeinen Charakter der zur Zeit bestehenden deutschen ärztlichen Unterstützungskassen ist die Darstellung des **materiellen Leistungsvermögens der Kassen** nothwendig. Diese Uebersicht wird durch die Daten construirt, welche wir bei der Prüfung der Einnahmen und Unterstützungsausgaben der Kassen gewinnen: Daten, die uns die Rubriken No. 6, 7, 8, 9, 11 und 12 unserer Tabelle an die Hand geben.

Die **Einnahmen** der Kassen fliessen aus 3 verschiedenen Hauptquellen: Mitgliederbeiträgen (und zwar Eintrittsgelder und Jahresbeiträge), Schenkungen und Legaten, Zinsen der angesammelten Kapitalien. Alle 3 Quellen speisen 47 von den aufgeführten 68 Kassen, während 21 Kassen (Stiftungen) lediglich aus Geschenken und Zinsen ihre Einnahmen herleiten. — Als höchst schätzenswerthe, bei einigen Kassen recht beträchtliche Jahreszuschüsse stellen sich die Bonificationen dar, welche allgemeine Versicherungsgesellschaften, die Gothaer Lebensversicherungsbank für Deutschland, die Allgemeine Versorgungsanstalt im Großherzogthum Baden in Karlsruhe, die Kölnische Unfallversicherungs-Actiengesellschaft etc., auf Grund von Verträgen den Kassen für den seitens ihrer Mitglieder bewirkten directen Abschluss von Versicherungen gewähren: die sonst den Agenten zufließenden Provisionsanteile werden hier den Vereinen überwiesen. Im ganzen vermehren etwa 20 Unterstützungskassen auf diese Weise ihr Einkommen, der Lebensversicherungsverein für deutsche Aerzte (No. 25) ist sogar lediglich auf diese Prämienbonificationen gegründet. — Besondere Arten von Einnahmefonds bilden schliesslich die Staatszuschüsse in Höhe von 1200 M. für den Unterstützungsverein in Hannover und von je 3430 für den Pensionsverein für Wittwen und den Verein für invalide Aerzte in Bayern, ferner die Abgabe von 2 % der ärztlichen Bruttoeinnahme in Bremen (No. 69), und die aus den Abonnementsbeträgen des ärztlichen allgemeinen Centralanzeigers von den Verlegern dieser Zeitung gestiftete „Wittwengabe“ (No. 66).

Prüfen wir die Details der drei Haupteinnahmefonds etwas genauer, so finden wir die Verpflichtung zur Zahlung von Eintrittsgeld bei 18 Kassen, und zwar 15 mal bei Rechtskassen, 3 mal bei einfachen Unterstützungskassen. Die Höhe desselben ist bei den Pensionskassen von dem Lebensalter etc. abhängig, im übrigen schwankt sie von 5–50 M. — Jahresbeiträge sind bei 48 Kassen nothwendig — (bei der Wilhelm-Augusta-Stiftung [No. 8] wird kein Jahresbeitrag gefordert); — dieselben sind bei den Kranken- und Pensionskassen von der Höhe der Versicherung, vom Lebensalter etc. abhängig, bei den reinen Unterstützungskassen bewegen sie sich, wo sie überhaupt fixirt sind, zwischen 3 und 100 M. — Dem Umfang der Kassen in einem Jahre gewährten Geschenke glaubte ich auf dem Wege der Durchschnittsberechnung nahezu kommen; indess haben auch die so gewonnenen Zahlen wegen der ungleichmässigen und lückenhaften Auskünfte nur einen beschränkten Werth. Unter den 55 Kassen, von denen Angaben vorliegen, haben, wie Rubrik 9 der Tabelle zeigt, überhaupt 36 Kassen seit ihrer Gründung bis zum 1. April 1895 Geschenke erhalten, und zwar insgesamt 1 291 163 M. Zu berücksichtigen ist indess, dass bei 6 Kassen die Angaben sich nur auf eine begrenzte Zeit erstrecken. Im einzelnen beschränken wir uns darauf, hervorzuheben, dass den Kassen Legate bis zur Höhe von circa 100 000 M. zugefallen sind und dass Stiftungen mit einem Kapital bis zu 375 000 M. begründet worden sind. — Ueber die Höhe der Quote, welche die Kapitälzinsen zu den Einnahmesummen der Kassen liefern, sind specielle Berechnungen bei allen Kassen nicht aufgemacht. Sie erreichen bei denjenigen, die einen Reserve- oder eisernen Fonds haben, und bei den Stiftungen natürlich eine relativ grössere Höhe, als bei denjenigen Kassen, aus deren Gesamtkapital die alljährlichen Unterstützungen geleistet werden.

In Summa beziffern sich die aus den oben geschilderten Quellen geflossenen Einnahmen der 66 Kassen, über die Angaben vorliegen, im Jahre 1894 auf 494 632 M., durchschnittlich circa 7494 M., im Minimum 0 M. (Sterbekasse) bzw. 20 M. (Unterstützungskasse), im Maximum 71 419 M.

In letzter Linie wird die Leistungsfähigkeit der Kassen durch ihr **Kapitalvermögen** charakterisirt. Dasselbe beträgt im Jahre 1894 bei 68 Kassen 5 099 334 M., durchschnittlich circa 74 843 M., Minimum 0 M., Maximum 1 193 719 M.

Diesem Ist-Conto gegenüber rechnet das Soll-Conto der Unterstützungskassen mit folgenden Zahlen. Die **Höhe der Einzelunterstützung** für Aerzte und Hinterbliebene ist nur bei etwas mehr als der Hälfte der Kassen bestimmt, und auch hier oft nur nach einer Richtung (nach oben oder nach unten) und für die eine der beiden Unterstützungsgruppen.

Bei den Rechtskassen ist die Höhe der Unterstützung von dem Lebensalter, der Versicherungssumme etc. abhängig. Für Aerzte finden wir hier folgende Werthe: 5–20 M. tägliches Krankengeld bis zu einer Dauer von 26 Wochen, 500–3000 M. jährliche Rente, bis 500 M. Pension, bis 200 M. Invalidengeld. Für Wittwen als Minima 30 M., 100 M., 150 M., 175 M., 200 M. bei je einer Kasse, 300 M. bei vier, 500 M. bei zwei, 600 M. bei einer Kasse; als Maxima 150, 200, 250 M. bei je einer Kasse, 300 M. bei vier, 500 M. bei zwei, 600 M. bei zwei Kassen. Von den Unterstützungs- und Wohlthätigkeitskassen zahlen für Aerzte als Minima drei je 20–35 M., eine 50 M., zwei je 100 M., zwei 150 M., drei 200 M., eine 300 M., drei 600 M.; als Maxima zwei 50 M., eine 150 M., zwei 200 M., neun 300 M., zwei 400 M., je eine 500, 600, 1200, 1500 M. — Für Wittwen als Minima eine 10 M., zwei je 20 M., vier 25 M., vier 50 M., eine 75 M., vier 100 M., drei 150 M., drei 200 M.; als Maxima zwei je 50 M., drei 75 M., zwei 100 M., vier 150 M., fünf 200 M., zwei 250 M., zwei 300 M., eine 350, zwei 400, zwei 500 und eine 800 M.

An **Gesamtunterstützungen** haben die 63 Kassen, über die Angaben vorliegen¹⁾, seit ihrem Bestande bis zum 1. April 1895 (von zehn Kassen erstrecken sich die Auskünfte nur auf beschränkte Zeit) 3 371 675 M. geleistet, in minimo 0 M., in maximo 1 305 716 M.; durchschnittlich ca. 53 518 M. Auf jedes Unterstützungsjahr der 63 Kassen entfällt durchschnittlich eine Summe von 3299 M.

Für die Prüfung der speciell im Jahre 1894 a) bei den Unterstützungskassen hervorgetretenen **Bedürftigkeit von Aerzten bezw. deren Hinterbliebenen** und b) der **Höhe der hierfür geleisteten Unterstützungen** ist leider ebenfalls keine Vollständigkeit der Angaben erreicht worden, indess sind die vorhandenen Lücken immerhin so geringgradig, dass die gewonnenen Resultate ein annäherndes Bild von dem thatsächlichen Stande der Verhältnisse darbieten.

Um Unterstützung haben im Jahre 1894 nachgesucht 128 Aerzte (von diesen waren 42 berechtigt; bei vier Kassen fehlen Angaben), 1161 Wittwen (von diesen waren 464 berechtigt; bei drei Kassen fehlen Angaben), 384 Waisen²⁾ (davon waren 206 berechtigt; bei drei Kassen fehlen Angaben).

Unter diesen Petenten waren nachweislich dringend bedürftig 81 Aerzte (bei den 42 Berechtigten (s. oben) ist die Bedürftigkeit nicht geprüft; bei vier Kassen fehlen ausserdem Angaben), 546 Wittwen (bei den 464 Berechtigten ist die Bedürftigkeit nicht geprüft; bei sechs Kassen fehlen Angaben), 171 Waisen²⁾ (bei 206 Berechtigten ist die Bedürftigkeit nicht geprüft; bei sechs Kassen fehlen Angaben).

Von den Petenten haben Unterstützung erhalten: 127 Aerzte (bei 2 Kassen fehlen Angaben), 1046 Wittwen (bei 3 Kassen fehlen Angaben), 370 Waisen²⁾ (bei 4 Kassen fehlen Angaben).

Für diese Petenten wurden 1894 an Unterstützungen vertheilt 253 162 M., und zwar für Aerzte 50 991 M., für Hinterbliebene 202 171 M. Die erstere Summe vertheilt sich auf 24 Kassen, durchschnittlich entfallen auf jede Kasse ca. 2124 M. (Minimum 50 M., Maximum 20 615 M.); auf jeden Arzt kommt durchschnittlich ca. 400 M. — Die Summe für Hinterbliebene vertheilt sich auf 46 Kassen; durchschnittlich entfällt also auf jede Kasse 4395 M. (Minimum 15 M., Maximum 55 535 M.); auf jede Hinterbliebene kommt durchschnittlich ca. 142 M. — Subtrahiren wir aber von diesen Summen die Beträge, die ausschliesslich für Berechtigte gezahlt worden sind, so erhalten wir für bedürftige Aerzte eine Unterstützungssumme von 29 376 M., durchschnittlich pro Arzt ca. 360 M., für Hinterbliebene 92 253 M., durchschnittlich pro Hinterbliebene ca. 128 M.

Ich habe nun schliesslich noch versucht, über die Ursachen der Bedürftigkeit und über die Lebensverhältnisse einiger unterstützten Aerzte Einzelheiten zu erfahren, und ich gebe mehrere Notizen, die mir von einzelnen Kassen zur Verfügung gestellt sind, in Folgendem wieder. Von den 55 Aerzten, über die in Rubrik 17 überhaupt etwas ausgesagt worden ist, litten 13 an vorübergehender Noth, 42 an dauernder Erwerbslosigkeit (Invalidität etc.). Die Lebensverhältnisse von 38 Aerzten sind in umstehender Tabelle charakterisirt.

Mehr fast als die sämmtlichen übrigen Ziffern unserer Statistik illustriren die Angaben der umstehenden Tabelle die traurige Noth, die manches Mitglied unseres Standes in seine Fesseln schlägt, und fordern in überzeugender Sprache zu werththätiger Abhilfe auf. Nicht allein nach der Gesamtzahl aller bedürftigen, Unterstützung suchenden Aerzte, sondern viel mehr noch nach den Lebensverhältnissen jedes Einzelnen und

¹⁾ Bei No. 6 der Tabelle ist in der entsprechenden Rubrik ein Fragezeichen zu setzen.

²⁾ Hierunter sind zumeist Doppelwaisen zu verstehen.

No.	Alter	Muthmaassliches Jahres- einkommen	Zahl der Familien- mitglieder
	derjenigen Aerzte, welche in den Jahren 1893/94 um Unterstützung nachgesucht haben		
1.	70 Jahre	ca. 900 M.	Frau und verheirathete Tochter
2.	30 Jahre	ohne Einkommen	unverheirathet (i. e. Anstalt)
3.	70 Jahre	unter 500 M.	zwei Söhne, die stellenlos sind
4.	32 Jahre	3-4000 M.	Frau und kleine Kinder
5.	37 Jahre	ohne jede Einnahme	Frau (zur Zeit bei ihrem Vormund)
6.	60 Jahre	ca. 2000 M.	unverheirathet
7.	50 Jahre	keine Praxis (gelähmt)	Frau
8.	60 Jahre	?	Ehefrau
9.	70 Jahre	1000 M.	?
10.	45 Jahre	3500 M.	?
11.	53 Jahre	?	Frau und ein Kind
12.	77 Jahre	ca. 800 M.	Frau und vier Kinder
13.	69 Jahre	unter 1000 M.	Frau und zwei Kinder
14.	41 Jahre	kein Einkommen	—
15.	57 Jahre	ohne Praxis, kein Einkom- men (14 M. Einkommen- steuer)	Frau und sechs Kinder
16.	80 Jahre	kein Einkommen	—
17.	84 Jahre	kein Einkommen	Vier Kinder
18.	85 Jahre	kein Einkommen	Drei Kinder
19.	80 Jahre	kein Einkommen	Frau und sieben Kinder
20.	38 Jahre	kein Einkommen	Frau und zwei Kinder
21.	42 Jahre	kein Einkommen	—
22.	47 Jahre	kein Einkommen	Frau und drei Kinder
23.	80 Jahre	kein Einkommen	Frau und zwei Kinder
24.	47 Jahre	kein Einkommen	—
25.	67 Jahre	kein Einkommen	?
26.	46 Jahre	1100 M. Vermögensrente	Frau und eine Tochter
27.	29 Jahre	kein Einkommen	—
28.	26 Jahre	kein Einkommen	—
29.	61 Jahre	Zinsen eines geringen Ver- mögens	Frau und zwei Kinder
30.	67 Jahre	sehr geringe Praxis	Frau und sechs Kinder
31.	40 Jahre	(8 M. Einkommensteuer)	Frau und drei Kinder
32.	30 Jahre	kein Einkommen	Frau
33.	83 Jahre	kein Einkommen	sieben Kinder (3 versorgt)
34.	59 Jahre	kein Einkommen (geistes- krank)	sechs Töchter
35.	61 Jahre	kein Einkommen (geistes- krank)	Frau und drei Söhne
36.	54 Jahre	kein Einkommen (erblindet)	Frau und vier Kinder
37.	81 Jahre	kein Einkommen	Frau und zwei Kinder
38.	79 Jahre	1100 M.	1

nach der Menge der ihres Ernährers beraubten Angehörigen müssen wir den Grad der socialen Bedrängnis, die unter unseren Standesgenossen sich fühlbar macht, ermessen und unsere Unterstützungsmaassregeln einrichten.

Wer aber die Resultate unserer Statistik über den Ausbau des deutschen ärztlichen Unterstützungswesens genauer verfolgt, wird sich der Ueberzeugung nicht verschliessen, dass wir zwar eine grosse Zahl von Kassen besitzen, dass indess der Leistungswert sehr vieler unter ihnen im einzelnen nicht hinreichend ist. Multa non multum! Und das ganz besonders in Preussen. Zweifellos darf nicht erwartet werden, dass jeder bedürftige Arzt oder seine mittellosen Hinterbliebenen von den Unterstützungskassen jahrelang mit Subsistenzmitteln unterhalten werden, die einen Luxusverbrauch ermöglichen und Ansprüchen, wie sie von den Besitzenden an das Leben gestellt werden können, genügen. Allein dem nobile officium darf sich der Stand als solcher nicht entziehen, dass er seine in unverschuldeter Noth befindlichen Mitglieder oder deren Hinterbliebene mit ausreichendem Lebensunterhalt versieht und sie nicht der öffentlichen Mildthätigkeit preisgibt. Sind die dargereichten Unterstützungen schon mit der bedrückenden und für manchen Darbenden sehr peinvollen Darlegung der Misère erkaufte, so sollen dieselben nicht den Charakter von Almosen haben, die als standesunwürdig bezeichnet werden müssen. Es lässt sich nicht leugnen, dass nicht wenige unserer Unterstützungskassen mit ihren statutarisch festgesetzten Minimal- und selbst Maximalleistungen für den einzelnen Fall diese gerechte Anforderung nicht erfüllen.

Am günstigsten unter den grösseren Staaten Deutschlands liegen die Verhältnisse in Bayern und Sachsen. In Bayern bestehen, wenn wir von den beiden kleinen Lokalkassen (No. 39 und 41) absehen, im ganzen drei Landeskassen. Von diesen entsprechen die beiden zu Gunsten der Hinterbliebenen gestifteten im Prinzip dem Ideal einer Unterstützungskasse insofern, als sie auf rechnungsmässiger Grundlage sich aufbauen, alle berechtigten Mitglieder unterstützen und somit ihre Gaben nicht als Almosen, sondern als wohlverdienende Rechtsansprüche vertheilen. Jede demüthigende Empfindung seitens der Empfänger fällt hier fort, die Hinterbliebenen erhalten gleich den Relicten von Beamten eine einmalige (Sterbekasse) oder fortlaufende (Pensionsverein), nicht von dem Ermessen des Kassenvorstandes abhängige Unterstützung und geniessen so den Segen der Fürsorge ihres früheren Ernährers, der bei Lebzeiten von seinem oft sauer genug erworbenen Einkommen die jährliche Beitragsquote für die Unterstützungskassen abgezweigt hat, um seine Familie auch nach seinem Tode vor bitterster Noth geschützt zu wissen. Freilich ist die Höhe der Einzel-

unterstützung bei beiden Kassen nicht gerade sehr stattlich zu nennen, und selbst hier tritt also ein Hauptübel unserer Unterstützungskassen — die unzureichende Unterstützungssumme — zu Tage. Zur Erklärung dieses Mangels sind auch hier die beiden wesentlichsten Gründe, die im allgemeinen maassgebend sind, anzuführen: die relativ geringe Betheiligung (ca. 20 und 25% aller bayerischen Aerzte) und die — namentlich bei der Sterbekasse — zu geringe Beitragssumme.

Wie sehr schon eine grosse Mitgliederzahl allein die Leistungsfähigkeit einer Kasse fördern kann, beweist die dritte Landeskasse Bayerns. Für diese, einzig für Aerzte gegründete Kasse ist der Beitritt in den meisten ärztlichen Bezirksvereinen obligatorisch, und so zählt die Kasse ca. 70% aller bayerischen Aerzte zu Mitgliedern. Ihre Unterstützungssumme schwankt von 50—120 Mark monatlich, d. h. eventuell 600 bis 1500 Mark jährlich, und entspricht somit thatsächlich der Forderung, die wir oben an die Höhe einer Subvention gestellt haben. Freilich entbehrt diese Kasse den geschilderten Vorzug einer Rechtskasse, und für die Erlangung einer Unterstützung ist der Nachweis der Bedürftigkeit erforderlich. Dagegen erfreut sie sich — im Gegensatz zu den genannten beiden Hinterbliebenenkassen — der vierten Eigenschaft, die für eine gute Unterstützungskasse verlangt werden muss, nämlich der Berechtigung, auch Nichtmitgliedern, also Aerzten, die aus diesem oder jenem Grunde der Kasse nicht angehören, ihre Wohlthaten angedeihen zu lassen. Es ist indess nicht zu leugnen, dass dieser zuletzt postulierte Charakter einer Unterstützungskasse in praxi nur in beschränktem Umfange Geltung gewinnen darf, sonst würde die Gefahr naheliegen, dass die in so vielen Kassenberichten beklagte Sorglosigkeit der Collegen auf dem Gebiete des Unterstützungswesens eine nicht erwünschte Förderung erführe.

Als besonders bemerkenswerth verdient auch an dieser Stelle hervorgehoben zu werden, dass die Pensions- und die Invalidenkasse durch einen Staatszuschuss ethisch und materiell gefördert werden.

In Sachsen finden wir dieselben Vorzüge und Nachtheile, wie wir sie bei den Kassen Bayerns geschildert haben, wieder, nur in etwas anderer Vertheilung. Hier sind von den drei grossen Landeskassen (die Radius- und Gräbner-Burkhardt-Stiftung haben keine selbstständige Bedeutung) zwei für Aerzte und zwei für Hinterbliebene gegründet. Allein die Betheiligung der Aerzte an der rechnungsmässigen Invalidenkasse (No. 44) ist so geringfügig (11 Mitglieder!), dass sie kaum in Betracht kommen kann. Indess ist auch die Fürsorge für die Hinterbliebenen bei dieser Kasse, die fortlaufende Pensionen gewährt, eine ganz unzünftliche (192 Mitglieder). Der um das ärztliche Unterstützungswesen Sachsens hochverdiente Leiter der Kasse, Hofrath Winter in Leipzig, dem ich für seine lebenswürdigen zahlreichen Mittheilungen an dieser Stelle besonders danken möchte, bemerkt daher in einem Schreiben mit Recht: „Bei einer durchschnittlichen Zahl von mindestens 1000 berechtigten Personen hat die Anzahl der Beigetretenen binnen des Zeitraums von 45 Jahren nur die Höhe von 107 erreicht. Es ist in der That kaum glaublich, mit welcher Sorglosigkeit so viele jüngere Aerzte der Zukunft ihrer Familie gegenüber stehen. Und doch hätte durch die gewiss erschwierbaren Opfer für den Beitritt zum Vereine so unendlich viel Noth verhütet werden können.“ Dieser beklagte Uebelstand ist sicherlich mit Schuld daran, dass die Höhe der Einzelunterstützung für Hinterbliebene von 75 Mark auf 70 Mark (pro Antheil) hat abgemindert werden müssen und — nach der Mittheilung von Professor Winter — wahrscheinlich noch weiter abgemindert werden muss.

Nicht viel anders liegt es in dieser Beziehung bei der zweiten Kasse für Hinterbliebene, der Sterbekasse, die nur circa 23% aller sächsischen Aerzte umfasst. Immerhin ist hervorzuheben, dass die — einmalige — Unterstützung Dank den zweckmässigen statutarischen Einrichtungen die Höhe von 600 Mark erreicht und somit diejenige der meisten übrigen Sterbekassen Deutschlands übertrifft.

Die für bedürftige Aerzte geschaffene Invalidenversorgungskasse Sachsens theilt mit der bayerischen den Vorzug einer grossen Mitgliederzahl (circa 69% aller Aerzte). Dieser Vortheil wird, da in den ärztlichen Bezirksvereinen der Beitritt zu der Kasse obligatorisch ist, in der nächsten Zeit den idealen Höhepunkt erreichen, sobald nämlich die Verordnung, dass auch der Beitritt zu den Bezirksvereinen selbst obligatorisch ist (s. diese Wochenschrift, S. 489), gesetzliche Kraft erhalten hat. Denn der Satz, den Hoffmann in den bezüglichen Verhandlungen des Aerztes-tages 1880 aufgestellt hat, „Der obligatorische Beitritt ist eines der gesunden Zeichen unseres Vereinslebens“, muss auch heute noch als durchaus vollberechtigt anerkannt werden. — Für Nichtmitglieder zahlt die sächsische Invalidenversorgungskasse, zum Unterschied von der bayerischen, keine Unterstützung; hier tritt die rechnungsmässige Wittwen-, Waisen- und Invalidenkasse mit ihren beiden Appendices (No. 45 u. 46) aushelfend ein.

Gegenüber diesen wenigstens relativ günstigen Einrichtungen in Bayern und Sachsen zeichnen sich die Unterstützungskassen Preussens durch einen wenig vorteilhaften Gesamtcharakter aus. Wir besitzen hier lediglich in den Hufeland'schen Stiftungen zwei Landeskassen, je eine für Aerzte und Wittwen (Waisen sind ausgeschlossen!); beide nicht rechnungsmässig, mit nicht obligatorischem Beitritt (jede der beiden zählt auch nur circa 20% der preussischen Aerzte zu Mitgliedern), mit Maximalunterstützungen von 400 bzw. 200 Mark und mit Ausschluss von Nichtmitgliedern aus dem Unterstützungsbereich — also ohne alle diejenigen günstigen Bedingungen, die wir für die ärztlichen Unterstützungskassen als dringend erforderlich bezw. wünschenswerth bezeichnet haben. Und ganz dieselben Mängel finden wir bei den meisten übrigen Kassen mit wenigen, auch nur bedingten Ausnahmen (z. B. Berlin, Ostpreussen, Hannover, ganz besonders Hessen-Nassau — mit seinem rechnungsmässigen Frankfurter Pensions- und Hilfsverein, dem Wiesbadener Unterstützungsverein [Einzelunterstützung für Hinterbliebene 600 bis 800 Mark] und den reichen Casseler Stiftungen — und

die Rheinprovinz, wo namentlich der obligatorische Beitritt unter allen Provinzen Preussens am meisten festgesetzt ist).

Wirft man einen Rückblick auf das Gesamtbild der deutschen ärztlichen Unterstützungskassen, so wird man, wie ich glaube, den Satz, den ich im Eingang meiner Abhandlung aufgestellt habe, dass nämlich auf dem in Rede stehenden Gebiete viel, in manchen Theilen unseres Vaterlandes alles zu thun übrig sei, gerechtfertigt finden. Ziel und Wege zur Besserung sind im Prinzip vorgezeichnet:

Jeder deutsche Arzt muss die Möglichkeit finden, sich gegen Verminderung des Einkommens oder gegen die Untergrabung seiner Existenz, die aus vorübergehender oder andauernder Erwerbsunfähigkeit entspringt, rechnungsmässig oder nicht, zu versichern.

Er muss ferner in der Lage sein, seine Angehörigen vor der Noth, in die sie der Tod des Ernährers versetzen kann, durch Versicherung bei einer Unterstützungskasse — Rechtskasse oder Bedürftigkeitskasse — zu schützen.

Jedem deutschen Arzt und seinen Hinterbliebenen, die sich in unverschuldeter Noth ohne irgend ein Anrecht auf Unterstützung befinden, sollen von einer ärztlichen Hilfskasse genügende Subsistenzmittel gewährt werden können.

Die Höhe der Einzelunterstützung soll statutarisch so bemessen sein, dass sie zur Erhaltung einer standeswürdigen Existenz ausreicht; insbesondere darf die Minimalleistung nicht den Charakter eines kärglichen Almosens besitzen.

Um diesen Anforderungen zu genügen, muss die Betheiligung der Aertzwelt an dem Unterstützungswerk einen grösseren Umfang gewinnen. Jeder Standesverein hat den obligatorischen Beitritt seiner Mitglieder zu einer ärztlichen Unterstützungskasse für Aerzte und deren Hinterbliebene einzuführen. Ferner sind die Jahresbeiträge zweckentsprechend zu erhöhen. (Eintrittsgelder sind, um die Mitgliedschaft zu erleichtern, möglichst abzuschaffen).

Durch freiwillige Zuweisungen und Legate — welche (neben der geringen Höhe der Verwaltungskosten) den ärztlichen Unterstützungskassen, insbesondere den rechnungsmässigen, einen grossen Vorzug vor den allgemeinen Versicherungsgesellschaften gewähren — seitens der Standesgenossen ist die Leistungsfähigkeit der Kassen zu steigern, speciell eine Erhöhung des Betrags der Einzelunterstützung über Verhältniss der geleisteten statutarischen Jahresbeiträge zu fördern. In dieser Beziehung genügt es, auf die Beispiele hinzuweisen, die bisher in der Geschichte der Unterstützungskassen verzeichnet sind: Ueberweisung von Honoraren aus litterarischen Unternehmungen (Hufeland), einer Promille-Quote der ärztlichen Einnahme (Lübeck), Ueberweisung von Honoraren für Consultationen von Collegen, für hausärztliche Lebensversicherungsatteste, von Strafgelehrten, von Jubiläumsstiftungen etc. Zu demselben Zwecke ist anzustreben die Erlangung von Bonificationen der Vereine seitens der allgemeinen Versicherungsgesellschaften bei Abschluss von Verträgen (s. oben S. 807), — Zuweisungen seitens medicinischer Zeitungen, in Analogie der Wittwengabe des Aertztlichen Centralanzeigers (No. 66 der Tabelle) oder des Lancet Relief Fund in London, — endlich Staatszuschüsse auch in ausserbayerischen Staaten, als eine gewisse Recompensation für die materielle Schädigung, die dem ärztlichen Stande durch die Krankenkassengesetzgebung erwachsen ist.

Die Lösung der alten Frage, ob bei diesem geforderten Ausbau des ärztlichen Unterstützungswesens die lokalen oder centralen Kassen zu bevorzugen sind, wird meiner Meinung nach durch die Prüfung der bisherigen Resultate in hohem Grade erleichtert. Nach den Erfahrungen in Bayern, Sachsen, Baden, Mecklenburg und anderen Staaten ist die Einrichtung der Landeskassen in erster Linie zu unterstützen. Wo die Neigung zu enge begrenzten lokalen Kassen besteht, kann derselben unbeschadet der Betheiligung an den Landeskassen nachgegeben werden. Andererseits verhütet im allgemeinen die Existenz einer leistungsfähigen Landeskasse, wie wir in den citirten Staaten sehen, von selbst den Bestand oder die Neugründung eines grossen Multiplum von Kassen und Kässchen und damit die Zersplitterung von Theilnehmerzahl und Geld. Auch für Preussen ist deshalb mit besten Kräften die Schöpfung einer Landeskasse mit Versicherungszwang für die Unterstützung von hülfsbedürftigen Aerzten und deren Hinterbliebenen, aber auch von Nichtmitgliedern zu erstreben. Die Kasse ist am besten an die officiellen ärztlichen Körperschaften, an die Aertzekammern anzuschliessen: Der Aertzekammerausschuss bildet die Centralbehörde, die einzelnen Kammern repräsentiren die lokalen Abtheilungen der Landeskasse.

Ob neben den Landeskassen oder an Stelle derselben eine — schon früher wiederholt projectirte — Unterstützungskasse des Deutschen Aertzevereinsbundes zu gründen ist, diese Frage wäre erst zu discutiren, wenn die erweiterten bzw. neueingerichteten Landeskassen eine gewisse Zeit functionirt haben. Zweifelloso besässe eine deutsche Centralkasse dieselben Vorzüge in erhöhtem Maasse, wie wir sie den Landeskassen gegenüber den engbegrenzten Lokalkassen zuerkannt haben: speciell die auf eine grosse Mitgliederzahl und ein grosses Kapitalvermögen¹⁾ basirte Steigerung der Leistungsfähigkeit. Allein bei der ungleichen Beschaffenheit der einzelnen Landeskassen, speciell in Anbetracht der günstigen Position der süddeutschen, würde die Vereinigung derselben in eine Centralkasse heute viel früher auf grosse Schwierigkeiten stossen. — Eine Centralkasse neben den Landeskassen zu gründen, würde einstweilen, ohne eine gleichmässige Unterstützung seitens der Landeskassen, die Zahlkraft der Aerzte in übermässiger Weise anspannen.

Diejenigen Collegen aber, die eine werththätige Förderung der Unterstützungskassen in der von mir — heute nur programmatisch — an-

gedeuteten Weise für schwer durchführbar oder gar für aussichtslos halten, möchte ich auf die Leistungen anderer Berufsstände in unserem Vaterlande verweisen. So auf die Unterstützungskasse des Deutschen Apothekervereins, der fast sämtliche deutschen Apotheker zu seinen Mitgliedern zählt (vgl. die Darstellung seiner, 1893 etwas erweiterten, Organisation im Aertztlichen Vereinsblatt 1877, S. 186), die Hilfskasse der deutschen Rechtsanwälte,¹⁾ deren Mitgliederzahl 75% aller Rechtsanwälte umfasst (Jahresbeitrag 20 M.), die Allgemeine Deutsche Pensionsanstalt für Lehrerinnen und Erzieherinnen (Unterstützungen 1894 ca. 13 000 M., Pensionen ca. 95 000 M.), schliesslich die Genossenschaft deutscher Bühnengehöriger mit einem auf ihre Pensionsanstalt, Wittwen- und Waisen-Pensionsanstalt, Sterbekasse, Darlehns- und Unterstützungskasse und Unterstützungskasse der Pensionsanstalt sich vertheilenden Vermögen von ca. 4½ Millionen Mark. — Ich möchte ferner hinweisen auf die Thätigkeit der ärztlichen Unterstützungskassen im Ausland, so in England, über die in einer der nächsten Nummern dieser Wochenschrift ein besonderer Bericht folgen soll, in Frankreich, wo z. B. die „Association générale de prévoyance et de secours mutuels“ mit ihren 98 Lokalvereinen über ein Vermögen von ca. 3000 Millionen Francs verfügt — endlich auf die Bestrebungen der Aertzekammern in Oesterreich, die eine obligatorische Versicherung für eine Altersrente der Aerzte und für eine Wittwen- und Waisenpension zum Ziele haben.

X. Zum Falle Weber-Andernach. Wir erhalten die nachfolgenden Zuschriften, denen wir im Interesse der Unparteilichkeit unverkürzt Raum geben:

Der Artikel von Professor Finkelnburg (Godesberg) hat in den ärztlichen Kreisen Rheinlands das peinlichste Aufsehen erregt. Infolge W. Nasse's umfassender Irrenreform sind seitens der Rheinprovinz etwa 15 Millionen Mark allein auf Irrenanstalts-Neubauten verwendet worden. Seit der einen „reinen Heilanstalt“ Siegburg sind in Merzig, Andernach, Gerresheim, Düren und Bonn neue Heil- und Pflegeanstalten entstanden. Auch damit war dem Aufnahmebedürfniss von Kranken noch nicht genügt. Aus den, den Klagen über Steuerdruck gegenüber billig, wenigstens zu erklärenden Sparsamkeitsrücksichten machte die Provinz mit über 100 theils grossen, theils kleinen kirchlichen Ordensniederlassungen Verträge über Aufnahme von Kranken. Ununterbrochen war die öffentliche Irrenpflege Gegenstand behördlicher Fürsorge. Da kam, ganz unabhängig von provinzialen Zuständen, vielmehr ganz offenkundig infolge der Schwäche der preussischen Kirchenpolitik gegenüber clerical-conservativen Mächten die Zeit des Ansturms gegen die ärztliche Vormacht in der Irrenpflege. Nach den Recepten von Heinroth sollte die Religion die Vorhand in der Irrenheilkunde haben. Nicht laut und öffentlich in wissenschaftlicher Discussion erfolgte der Angriff. In geräuschlosen Machenschaften vollzog er sich. Die deutsche Psychiatrie hat voll ihre Schuldigkeit gethan. Verbesserungen und Neuerungen zum Guten folgten sich ununterbrochen. Die 30 Jahrgänge der grünen Hefte der einst Damerow-Lährschen Zeitschrift sind ein laut redendes Zeugniß von der rastlosen Arbeit der deutschen Irrenärzte auf allen den verschiedenen Gebieten des theoretischen wie praktischen Könnens. Brauche ich die Namen der Jacobi, Roller, Flemming, Snell, Dick, Nasse, Damerow, Gudden und so vieler anderer erst zu nennen? Gerade das Rheinland war Pflanzstätte der Psychiatrie.

Allein das Hallali gegen die Irrenärzte war auf jenem clericalen Gebiete geblasen. Die Unruhe und Unsicherheit unserer Zeit aber hat das Misstrauen am Ruckschoss. Es bedurfte also nur eines Führers, um ein leidenschaftliches Empfinden der misstrauenden Volksseele gegenüber irrenärztlichem Fehle zu erwecken. In diesen Laufgraben hat sich Professor Finkelnburg postirt. Seit etwa fünf Jahren führt er den Krieg mit einer Feder, gleich gewandt, anzugreifen, um im selben Angriff den Angegriffenen moralisch zu rechtfertigen. Charakteristisch für Finkelnburg's Vorgehen ist der famose Fall Feldmann. Lücken oder Versäumnisse in der Handhabung des Düsseldorf'schen Vormundschafswesens (das Detail ist hier nebensächlich) hatten es verschuldet, dass dem endmüthigen Feldmann eine halbe Million veruntreut worden war. Feldmann war krank und ist krank geblieben bis auf den heutigen Tag. Darüber ist jeder Zweifel ausgeschlossen. Finkelnburg hatte dem Feldmann brieflich zur Dissimulation angehalten, hatte ihm gerathen, seinen Wahn zu verbergen, um seine Krankheit nicht zu verrathen. Es kann ja geboten sein, einen Kranken zu bitten, seine Wahnideen nicht zu laut auszuplaudern. Finkelnburg aber rieth ihm Dissimulation an zum Zweck, damit Andere zu täuschen. Er kam in Conflict mit sämtlichen Collegen. Keiner derselben konnte seine so schroff auftretende Dissenz begreifen. Ausser ganz unwesentlichen, mit wissenschaftlicher Correctheit in nichts verbundenen Formalien konnte keinem Arzt irgend eine Irrung in dem Behandeln des Falles Feldmann nachgewiesen werden. Nicht ein Schatten von Schuld hat deshalb auf einen Arzt geworfen werden können, dass Feldmann seines halben Vermögens verlustig ging. Trotzdem hält Professor Finkelnburg fortwährend sich am Auspielen mit diesem keinerlei irrenärztlichen Fehl aufweisenden Fall Feldmann. — Es folgt der Fall Forbes. Finkelnburg hat den Fall Forbes durchaus klar erfasst, aber er selbst hat den Schlüssel zu demselben mit dem durchschlagenden Wort gefunden: „die den angeblich kranken Forbes behandelnden dirigirenden Aerzte wurden selbst dirigirt“, nämlich von der

¹⁾ Ausser dieser centralen Hilfskasse giebt es eine Pensionsanstalt für Hinterbliebene der Advokaten und einen Unterstützungsfond für Advokaten in Bayern, sechs Pensionsvereine für Rechtsanwälte, fünf Wittwen- bzw. Waisenkassen und einige kleinere Stiftungen in Preussen, einen Anwaltpensionsverein in Sachsen, eine Unterstützungskasse für Anwälte in Mecklenburg, eine Unterstützungskasse für Anwälte und deren Hinterbliebene im Bezirk des Oberlandesgerichts Hamburg.

¹⁾ Wie oben bemerkt, besaßen die angeführten 68 deutschen Unterstützungskassen im Jahre 1894 zusammen ein Vermögen von über 5 Millionen Mark.

dominirenden Stellung der Ordensleute. — Der Fall Forbes rubricirt unter der preussischen Kirchenpolitik und hat nichts mit dem Thun der deutschen Irrenärzte zu schaffen, denn in Mariaberg waren keine Irrenärzte von Fach angestellt.

Jetzt debutirt Finkelnburg mit dem Fall Weber-Andernach. Wieder fragt jeder ruhig denkende College „cui bono?“, was hat das wieder für einen Zweck? Finkelnburg steht auch wieder im Fall Weber unter den etwa 50 rheinischen Irrenärzten ganz allein. Mindestens ein allgemeines bedauerndes Kopfschütteln herrscht darüber, dass ein College seinen Stand angreift. Spricht Finkelnburg doch: die psychiatrischen Collegen „begeisterten“ ihn. Er behauptet das Stellen einer falschen Diagnose seitens der Andernacher Anstaltsärzte. Es sei! Finkelnburg bezeichnet die Persönlichkeit des Andernacher Directors als eine ganz unantastbare. Warum dann diese Diagnosendissens vor das urtheilsunfähige Publikum schleppen, zumal in einem Fall, wo vor Ablauf eines Jahres ein Urtheil nicht möglich ist? Der Andernacher Rendant soll bescholten sein. Warum die eingeleitete Untersuchung nicht abwarten? Ein junger Beamter soll die Entmündigung über's Knie gebrochen haben. Warum nicht gegen den Entmündigungsprocess sich wenden? Man erzählt, Professor Finkelnburg betreibe diese Jagd gegen die Irrenärzte als Sport. Wir wollen's ihm nicht nehmen, wollen aber an dieser Stelle feierlich dafür Zeugniß ablegen, dass es nicht „Gewissenspflicht“ eines nicht in der Anstaltspraxis der Psychiatrie stehenden Arztes ist, laut, geräuschvoll und hier zumal mit Hülfe der unerklärt hergeliehenen starken Hand der Kölnischen Zeitung notwendige Reformen und Correcturen psychiatrischer Irrungen und Fehlgriffe so lange zu fordern, als die Anstaltsleute mit unentwegter Treue und gewissenhafter Hand selbst sorgen, dass erprobtes Gute nicht unbenutzt bleibt. Finkelnburg nennt sie inmitten seiner Angriffe „ehrenwerthe Männer“.

Dr. L. Besser.

Der vorstehende Klageerguss bildet einen recht dankenswerthen Beitrag zur Kennzeichnung des Standpunktes, in welchen ein Theil unserer Irrenanstaltsdirectoren durch jahrzehntelange Gewöhnung an eine ganz beispiellos souveräne, uncontrolirte Herrschaftsstellung innerhalb ihrer Anstaltsmauern sich hineingelebt hat. Niemand ausserhalb dieser Mauern soll sich herausnehmen dürfen, Missstände zur öffentlichen Kenntniss zu bringen — auch wenn er, wie der Unterzeichnete, solche in den traurigsten Gestaltungen während eines ganzen Menschenalters kennen gelernt und sich von der Aussichtslosigkeit einer Reform seitens der unmittelbar zuständigen Aufsichtsbehörde überzeugt hatte? Das Schicksal tausender der hilflosesten, aller Selbstverfügung entkleideter Unglücklichen soll nur die „Anstaltsleute“ angehen? Und wenn jemand auf Grund immer zwingender werdender persönlicher Erfahrungen den Appell an die Öffentlichkeit als Gewissenspflicht endlich erfüllt, so kann dies nur als ein „Sport“ gedeutet werden? Wahrlich, wäre es um letzteren zu thun und nicht lediglich um die zur Anbahnung zweckmässiger Reformen erforderlichen Aufklärungen, so hätten Enthüllungen von ganz anderen persönlichen Folgen für die Betheiligten dem Unterzeichneten zur Verfügung gestanden! Dass ein rein sachliches Reformziel in einer das Gemeinwohl so nahe angehenden Frage verfolgt werden könne ohne persönliche Verunglimpfung, scheint dem Einsender des obigen Artikels schwer begreiflich, da er sogar Anstoss daran nimmt, dass der Unterzeichnete seiner Kritik gewisser Anstaltsvorkommnisse den ausdrücklichen Vorbehalt einer für ihn zweifellosen bona fides der betreffenden Directoren beifügte! Irrthümlich behauptet Dr. Besser, dass der Unterzeichnete die „Anstaltsleute“ überhaupt als „ehrenwerthe Männer“ bezeichnet habe. Dazu lag keine Veranlassung — vermöge seiner Erfahrungen auch in so allgemeinem Sinne keine Berechtigung vor.

Gegenüber den sachlichen Behauptungen Dr. Besser's seien nur folgende Punkte hier von neuem richtiggestellt:

Der diagnostische Streit betreffend Feldmann hat sich nie auf die Frage bezogen, ob derselbe überhaupt — und zwar wiederholt — geisteskrank gewesen sei, sondern darauf, ob er während der Jahre 1886 bis 1887 sowie dann wieder in den Jahren 1892 bis 1893 noch geisteskrank, anstalts- und entmündigungsbedürftig gewesen sei. Es ist in irrenanstaltsärztlichen Kreisen leider vielfach, wenn auch nicht „allgemein üblich“, in ähnlichen Fällen die Streitfrage in derselben Richtung zu verschieben, wie es in diesem Falle trotz besseren Wissens immer wieder geschieht. Dass Feldmann geisteskrank gewesen und leicht wiedererkrankbar geblieben, hat der Unterzeichnete bei jedem Anlass anerkannt. Aber das hindert nicht, dass Feldmann als Genesener jahrelang unberechtigterweise entmündigt gehalten und nach erfolgtem vorübergehendem Rückfalle wiederum jahrelang unmotivirter Weise internirt gehalten wurde, — mittels welcher Irreleitung der Aerzte und zu welchen Zwecken, lese man in der actenmässigen Darstellung von Dr. Reinartz nach. Und dieselbe Darstellung möge Herrn Dr. Besser's Gedächtniss bezüglich des so dreist in Abrede gestellten „Schattens von Schuld, der auf irgend einen Arzt geworfen werden könne“, wenigstens bezüglich seines persönlichen Antheils zu Hülfe kommen. Die Behandlung des über seine plötzliche Wiedereinsperrung aufgebrauchten Patienten durch fünfstündige Fesselung in Zwangstuhl und Fussketten, wie sie auf Grund eidlicher Zeugenvernehmung S. 64 der Reinartz'schen Schrift wiedergegeben ist, hat freilich seitens der rheinischen Aerzte keine Rüge erfahren, wird aber doch als peinlicher Anachronismus wohl einiges Kopfschütteln — natürlich streng interner Form — erregt haben.

Dr. Besser wärmt auch den durchsichtigen Kunstgriff einer im Feldmann'schen Process schwer compromittirten Persönlichkeit wieder auf, die eindringlichen ärztlichen Bemühungen des Unterzeichneten zur Beruhigung des in neue Erregung gehetzten Patienten und zur Unterdrückung wiedererwachender krankhafter Aeusserungsweisen als „Auf-

forderung zur Simulation“ und gar „zum Zwecke der Täuschung“ zu missdeuten, um dadurch die Objectivität seiner Stellung als Gutachter in Frage zu stellen. Selbst bei aller Kenntniss der bequemen Passivität unserer durchgängigen Anstaltstherapie kann eine solche Verkenning eines der wichtigsten Grundsätze der psychischen Behandlung beginnender Erregungszustände unmöglich den Anspruch erheben, als bona fide aufgestellt zugelten; — sie kann nur als ein auf kritiklose Leser gezogener Wechsel gelten und ist als solcher auch bereits öffentlich hinreichend gekennzeichnet worden.

Was Dr. Besser über den Fall Weber schreibt, beweist so sehr seine Unbekanntschaft mit den Thatsachen, dass eine Berichtigung sich nicht lohnt. Als charakteristisch ist nur die Forderung eines „Psychiaters“ hervorzuheben, dass über das Bestehen von secundärem Schwachsinn „vor Ablauf eines Jahres ein Urtheil nicht möglich sei“. Mit solchen Vorgefchern wird die rheinische Anstaltspsychiatrie gewiss jeglicher Sorge um ihr forensisches Ansehen sich entheben fühlen können!

Finkelnburg.