

(Aus der Poliklinik für versicherungsrechtliche Medizin, Berlin.)

Zum Umbau der sozialen Gesetzgebung¹⁾.

Von
Privatdozent Dr. L. Bürger.

Kaum ein Jahrzehnt ist seit der Verabschiedung der R. V. O. vergangen und schon verlangen die neuen wirtschaftlichen Verhältnisse in Deutschland einen völligen Umbau. Bei der immer sinkenden Kaufkraft unseres Geldes erfüllen die Renten der Sozialversicherung schon längst nicht mehr ihren Zweck. Automatisch müßten sich die Renten dem Geldwert unseres Papiergeldes anpassen, wie es die Arbeiter für ihren Lohn, die Beamten für ihr Gehalt schon längst mit Recht verlangen. Nur so können wir verhüten, daß Handel, Industrie, Landwirtschaft und freie Berufe sich auch weiterhin auf Kosten der Rentner bereichern, wie es zum Nachteil aller Leute mit festem Einkommen schon seit Jahren geschieht. Die fortschreitende Verarmung unseres Volkes zwingt uns in der Sozialversicherung zu äußerster Sparsamkeit. Alles Kosten verursachende Beiwerk muß verschwinden, am Notwendigen aber müssen wir mit äußerster Zähigkeit festhalten.

Bei der Neugestaltung der R. V. O., die natürlich nur langsam vor sich gehen kann, wird hoffentlich Behörden sowohl wie Gerichten größere Freiheit gegeben und hierdurch die Zahl der Paragraphen ganz wesentlich eingeschränkt, wie es bei früheren Gesetzen war und wie es auch heute in der sozialen Gesetzgebung vieler unserer Nachbarn z. B. der Schweiz und Schwedens ist.

Auf alle diese Fragen will ich nicht näher eingehen, sondern nur einige Paragraphen des R. V. G. und der R. V. O. besprechen, die uns Ärzte interessieren und die meines Erachtens möglichst bald geändert werden müßten. In der neuen R. V. O. brauchten sie keineswegs in dem Gesetz, sondern könnten vielleicht besser in den Ausführungsbestimmungen Platz finden.

Der erste Punkt, den ich behandeln will, betrifft die Annahme von D.B. Der Absatz 2 des § 2 RVG. lautet: „Zur Anerkennung einer Gesundheitsstörung als Folge einer Dienstbeschädigung genügt die Wahrscheinlichkeit des ursächlichen Zusammenhangs.“

¹⁾ Vorgelesen auf der Tagung der Deutschen Gesellschaft für gerichtliche und soziale Medizin in Erlangen, September 1921.

Nach den Ausführungsbestimmungen des RVG. besteht ein Versorgungsanspruch nur dann, „wenn erwiesen oder mindestens wahrscheinlich ist“, daß der schädigende Vorgang eingetreten ist im ursächlichen Zusammenhang mit dem Militärdienst oder einem während dieses Dienstes erlittenen Unfall und eine Gesundheitsstörung zur Folge hat. Für die Auslegung des Begriffs „wahrscheinlich“ ist nach den Ausführungsbestimmungen der allgemeine Sprachgebrauch maßgebend; es genügt daher nicht, wenn ein ursächlicher Zusammenhang nur im Bereich der Möglichkeit liegt.

Die Fassung der Ausführungsbestimmungen: „Ein Versorgungsanspruch besteht nur, wenn D.B. erwiesen oder mindestens wahrscheinlich ist“ gibt uns von den Absichten des Gesetzgebers ein falsches Bild. Der Gesetzgeber hat ausdrücklich hervorgehoben, daß die Wahrscheinlichkeit einer D.B. genügt. Die Fassung der Ausführungsbestimmungen müßte also lauten: „Ein Versorgungsanspruch besteht schon, wenn D.B. wahrscheinlich ist.“

Fragen wir uns, geht der Gesetzgeber, was das Entgegenkommen gegenüber den Kriegsbeschädigten anbetrifft, zu weit oder besteht ein Rückschritt gegenüber den früheren Bestimmungen? Diese letztere Frage müssen wir bejahen. Für die Anerkennung der D.B. war früher die Versorgungsabteilung des stellvertretenden Generalkommandos oder in letzter Instanz das beim Kriegsministerium gebildete, aus drei Offizieren oder Beamten gebildete Kollegium maßgebend. Früher wurde nach § 104 der D.A.M.D.F. gefragt, ob der Zusammenhang eines Leidens mit D.B. „erwiesen“, „wahrscheinlich“, „zweifelhaft“ oder „nicht annehmbar“ sei. Auch wenn D.B. zweifelhaft war, bewilligten Versorgungsabteilungen von Bezirkskommandos, Generalkommandos oder Kriegsministerium in vielen Fällen eine Rente. Heute ist das fast ausgeschlossen. Die Macht der Versorgungsabteilung und der Gerichte ist durch das neue Versorgungsgesetz außerordentlich beschnitten. Sie haben nicht den großen Spielraum wie früher. Fragen wir uns: Rechtfertigen unsere Kenntnisse über den Zusammenhang von Krankheit und D.B. eine derartige Gesetzgebung? Diese Frage müssen wir verneinen. Der Einfluß äußerer Momente ist uns selbst bei Krankheiten, deren Ätiologie wir kennen, wie z. B. bei Gehirnerweichung, noch wenig bekannt. In vielen Fällen müssen wir erklären, daß es zweifelhaft ist, ob ein Leiden mit einer erlittenen D.B. im Zusammenhang steht. Es würde in solchen Fällen 50% für und ebensoviel gegen die Annahme eines Zusammenhangs des Leidens mit einer erlittenen D.B. sprechen. In allen solchen Fällen, wo der Arzt sein Gutachten dahin abgeben muß, daß D.B. zweifelhaft sei, war früher das Drei-Männer-Kollegium im Kriegsministerium oder auch die Versorgungsabteilung beim Bezirkskommando oder Generalkommando berechtigt, einen Zusammen-

hang mit einer erlittenen D.B. anzuerkennen. Dem Beschädigten mußte dann die Versorgung bewilligt werden. Diese Handhabung, wie sie das Mannschaftsversorgungsgesetz und Offizierpensionsgesetz mit sich brachten, atmete Wohlwollen gegenüber den Beschädigten. Wir Ärzte hatten uns damals nach der D.A.M.D.F. dahin auszusprechen, ob D.B. „erwiesen“, „wahrscheinlich“, „zweifelhaft“ oder „nicht annehmbar“ sei. Als erwiesen nahmen wir D.B. an, wenn 100% Wahrscheinlichkeit für das Vorhandensein einer D.B. sprach, wobei ich mir natürlich darüber klar bin, daß man von 100% Wahrscheinlichkeit eigentlich nicht sprechen kann, daß dann vielmehr eine Sicherheit vorliegt, soweit man in der medizinischen Wissenschaft, die ja eine Erfahrungswissenschaft und keine Mathematik ist, überhaupt von Sicherheit sprechen kann. Wenn über 50% aber unter 100% für das Vorliegen von D.B. sprechen, redeten wir von „Wahrscheinlichkeit“, und zwar von „hoher Wahrscheinlichkeit“, wenn wir nahe an 100% herankamen, etwa von 75–100%, während wir bei unter 75 aber über 50% von „Wahrscheinlichkeit“ sprechen.

Wenn 50% der Momente für und ebensoviel gegen den Zusammenhang des Leidens mit einer erlittenen D.B. sprechen, so ist D.B. zweifelhaft. In allen solchen Fällen müssen wir nach dem R.V.G. unser Gutachten dahin abgeben, daß ein Zusammenhang des Leidens mit der erlittenen D.B. nicht wahrscheinlich ist. Es wird dann von Versorgungsamt, Hauptversorgungsamt, Militärversorgungsgericht und Reichsmilitärversorgungsgericht D.B. meist abgelehnt.

Ich halte ein derartiges Vorgehen für durchaus falsch. Der Gesetzgeber hat das nicht gewollt, er wollte nur verhüten, daß bei den Kriegsbeschädigten ebenso wie in der Unfallversicherung und vor den ordentlichen Gerichten die „hohe Wahrscheinlichkeit“ für die Anerkennung eines Zusammenhangs verlangt wird.

Ich habe mich schon früher dahin ausgesprochen, daß auch bei Unfallverletzten bereits bei 50% Wahrscheinlichkeit ein Zusammenhang des Leidens mit dem erlittenen Unfall angenommen werden muß. In dieser Weise müßten meines Erachtens die Instanzen der sozialen Versicherung und ganz besonders die ordentlichen Gerichte entscheiden. Hier würde ich die Annahme eines Zusammenhanges zwischen Krankheit und Unfall bei 50% Wahrscheinlichkeit als gerecht annehmen. Ich würde also erwarten, daß die ordentlichen Gerichte nicht nur bei hoher Wahrscheinlichkeit oder gar Sicherheit, sondern bei Wahrscheinlichkeit einen Zusammenhang annehmen.

Die Kriegsbeschädigten haben aber nicht nur Anspruch auf Gerechtigkeit, wie etwa die Prozeßgegner vor dem ordentlichen Gericht, sondern sie haben Anspruch auf größtes Wohlwollen. Um zu verhüten, daß auch bei Kriegsbeschädigten „die hohe Wahrscheinlichkeit“ des

Zusammenhanges eines Leidens mit einer erlittenen D.B. verlangt werde, hat der Gesetzgeber die Wahrscheinlichkeit für ausreichend erklärt. Damit aber ist den Kriegsbeschädigten keineswegs Gerechtigkeit widerfahren. Bei Kriegsbeschädigten, denen das größte Wohlwollen entgegen gebracht werden muß, müßte meines Erachtens vom Richter noch ein Zusammenhang angenommen werden können, wenn z. B. nur 10% Möglichkeit für einen Zusammenhang sprächen, aber 90% dagegen.

Nach dem alten Gesetz, dem MVG. und OPG., waren derartige Entscheidungen möglich. Im MVG. vom 31. Mai 1906 hieß es einfach: § 1. „Die zur Klasse der Unteroffiziere und Gemeinen gehörenden Personen des Soldatenstandes haben bei der Entlassung aus dem aktiven Dienste Anspruch auf eine Rente (Militärrente), wenn und solange ihre Erwerbsfähigkeit infolge einer D.B. aufgehoben oder wenigstens um 10% gemindert ist.“ Wann D.B. anzunehmen war, überließ der Gesetzgeber den Versorgungsabteilungen. Der Absatz 2 des § 2 des MVG. genügt also keineswegs. Wollen wir den Kriegsbeschädigten Wohlwollen entgegenbringen, so muß der Absatz 2 des § 2 lauten:

„Auch in zweifelhaften Fällen ist möglichst D.B. anzunehmen.“

Krankenhausbehandlung.

Eine weitere Änderung sollte das Verfahren bei Krankenhausbehandlung betreffen. Nach der RVO. soll die Kasse in den Fällen, die der Zustimmung des Kranken nicht bedürfen, also wenn die Behandlung in der Familie nicht durchführbar ist, oder wenn eine fortgesetzte Beobachtung nötig ist, möglichst Krankenhausbehandlung gewähren. „Die Begründung zur RVO. erklärte es zwar für erwünscht, wenn in gewissen Fällen selbst der Erkrankte oder die Aufsichtsbehörde eine Krankenhauspflege verlangen können. Sie sah aber von einer dahingehenden Bestimmung ab, weil für ein Recht auf Krankenhauspflege Zweifel- und Streitfälle ausschließende Grenzen schwer zu finden wären¹⁾.“ Trotzdem hat die Reichstagskommission in § 184 der RVO. einen Absatz 4 eingeschaltet, nach welchem die von der Zustimmung des Kassenmitglieds unabhängige Krankenhauspflege beim Vorliegen ihrer Voraussetzungen „möglichst“ gewährt werden sollen. Auch nach dem § 11 der RVO. soll in den obengenannten Fällen „möglichst“ Heilanstaltspflege gewährt werden.

Heute liegt die Entscheidung über Krankenhauspflege zunächst sowohl für die nach der RVO. gegen Krankheit Versicherten als auch für die Kriegsbeschädigten bei der Krankenkasse. Die Entschlüsse der

¹⁾ Zitiert nach Kaufmann.

Krankenkasse sind leider in vielen Fällen nicht allein auf sachlichen Motiven aufgebaut. Wer sich gegen die zwangsweise Hospitalisierung sträubt, erreicht bei der Krankenkasse nicht selten seinen Willen, auch wenn er dadurch sich selbst, seine Familie und den Staat durch Verschleppung der Heilung und Ausbreitung ansteckender Krankheiten schädigt, auch wenn sowohl behandelnder Arzt wie Vertrauensarzt der Kasse Krankenhausbehandlung für erforderlich hielten.

Andererseits wird bei Kranken und Kriegsbeschädigten gelegentlich Krankenhausbehandlung abgelehnt, trotz wiederholter Anträge seitens der Kranken und ihrer Ärzte, weil den Vertrauensärzten der Krankenkasse die ungünstigen Familienverhältnisse und die Gefahren der Kranken für die Umgebung doch nicht in dem Maße bekannt sind, als dem behandelnden Arzt. Oft sollen Kranke, die nach Ansicht des Hausarztes, der sie seit Jahren, vielleicht seit der Kindheit kennt, der Krankenhauspflege nicht bedürfen, da die Wohnungsverhältnisse günstig sind und die Kranken die liebevollste Pflege durch Familienangehörige genießen, gegen ihren Willen zwangsweise in Krankenhäusern untergebracht werden. Weigert sich der Kranke, den Ratschlägen seines behandelnden Arztes entsprechend in ein Krankenhaus zu gehen, so wird ihm sofort das Krankengeld entzogen. Die Not in der Familie, die ohnehin schon infolge Krankheit des Ernährers groß ist, wird noch vermehrt. Mangels jeder Existenzmöglichkeit infolge Ausbleibens des Krankengeldes muß der Versicherte sich, entgegen dem Rat des behandelnden Arztes, dem Machtsprüche der Krankenkasse fügen. Es fehlt ihm an Geld, um durchzuhalten, bis die höheren Instanzen, Versicherungsamt und Oberversicherungsamt, entschieden haben.

Noch jüngst kam ein Fall zu meiner Kenntnis, wo ein Kranker mit Gehirnsyphilis, an dessen Krankheit der Vertrauensarzt der Kasse trotz charakteristischen Krankheitsbefunds und trotz eindeutigen Befundes im Blut zweifelte, eine schwere akute Verschlimmerung erlitt, weil er gegen seinen Willen auf einer Nervenstation beobachtet werden sollte. Der Kranke war ruhig, leicht zu leiten, war in seiner Familie gut untergebracht, hatte besonderes Krankenzimmer, befand sich in Behandlung seines Hausarztes, der ihn seit 10 Jahren kannte und genoß die liebevollste Pflege durch seine um ihn sehr besorgte Familie, Frau und Kinder. Er machte gerade eine Silbersalvarsanquecksilberkur durch und lehnte meines Erachtens mit vollem Recht eine Krankenhausaufnahme ab. Trotzdem wurde ihm das Krankengeld entzogen. Nach fast einem Jahre, erst nachdem Versicherungsamt und Oberversicherungsamt zugunsten des Kranken entschieden und sich dem Gutachten des behandelnden Arztes angeschlossen hatten, erhielt die Familie das Krankengeld. Hier ist dringend Abhilfe nötig, soll nicht Vernunft Wahnsinn, Wohltat Plage werden. In der sozialen Gesetzgebung dürfen bei

aller Wahrung des Vorteils der Allgemeinheit, der selbstverständlich nie aus den Augen verloren werden darf, die Gutachten des behandelnden Arztes nicht allzu niedrig bewertet werden.

Wie können wir nun in diesen Fällen eine bessere Würdigung der Meinung des behandelnden Arztes erreichen? Meines Erachtens würden wir am einfachsten durch einen Paragraph, ähnlich dem § 1582 RVO., der sich auf Unfallrenten bezieht, zum Ziele kommen. Dieser § 1582 lautet: „Soll auf Grund eines ärztlichen Gutachtens die Entschädigung abgelehnt oder nur eine Teilrente gewährt werden, so ist vorher der behandelnde Arzt zu hören, wenn er nicht schon vorher ein ausreichendes Gutachten erstattet hat.“

Steht der behandelnde Arzt zu dem Versicherungsträger in einem nicht nur vorübergehenden Vertragsverhältnis, so ist auf Antrag ein anderer Arzt zu hören.“

Durch folgenden Paragraphen würde man unseren Wünschen gerecht werden: „Sollen Krankenhauspflege, Bade- und Heilstättenkur angeordnet oder abgelehnt werden, so ist vorher der behandelnde Arzt zu hören, wenn er nicht schon ein ausreichendes Gutachten erstattet hat.“

Aber auch das genügt noch nicht. Wenn ein Versicherter im Einverständnis mit seinem behandelnden Arzte Krankenhausbehandlung ablehnt, so muß der Versicherungsträger verpflichtet sein, das Krankengeld so lange zu zahlen, bis die Sache endgültig entschieden ist.

Ich schlage daher an Stelle des Absatz 4 des § 184 RVO., der wegfallen soll, vor, folgenden Zusatz zu machen: „Bei Streitigkeiten ist das satzungsmäßige Krankengeld bis zur endgültigen Entscheidung zu gewähren.“

Wie der Präsident des Reichsversicherungsamtes Dr. Kaufmann mit Recht betont, drängen der Absatz 4 des § 184 RVO. und des § 11 RVG. auf eine Zwangshospitalisierung hin. Kaufmann begrüßt dies offenbar, denn er schreibt: „Sie wird dazu führen, die Kassenaufwendungen für Arzneimittel und Behandlung in der ärztlichen Sprechstunde zu den Ausgaben für Krankenhausbehandlung in ein noch befriedigenderes Verhältnis zu bringen.“

Wie sollen wir Ärzte uns dazu stellen? Die Kranken in noch weit größerem Maße, wie es heute schon geschieht, in Krankenhäusern unterzubringen oder gar eine weitgehende Zwangshospitalisierung durchzuführen, die einen schweren Eingriff in die persönliche Freiheit des Einzelnen darstellt, scheint mir nicht erwünscht.

So leicht es uns fällt, einen Kranken in die erste Klasse einer Krankenanstalt zu überweisen, wo er bei bester Pflege in ruhigem Einzelzimmer rasch genesen kann, so wenig verlockend ist die Unterbringung in Krankensälen mit 10 oder mehr Betten. Das dauernde Husten und

Stöhnen der Kranken, ihre häufigen Stuhlentleerungen, die Tätigkeit des Pflegepersonals zur Nachtzeit sind Unannehmlichkeiten, die bei manchen Krankheitsarten die Vorzüge der besseren ärztlichen Versorgung wieder aufheben.

Die ungesunden Wohnungen der Kranken, bald feuchte kalte Kellerwohnungen ohne Luft und Sonne, bald Bodenwohnungen, im Sommer unerträglich heiß, im Winter ungenügend heizbar, die überfüllten beschränkten Räume, die eine Isolierung des Kranken ausschließen, der immer zunehmende Lärm von Straßen, Kneipen und Betrieben herrührend, die Erwerbstätigkeit der Hausfrau, wodurch diese oft viele Stunden dem Haushalt entzogen wird, zwingen uns freilich, in immer zunehmender Zahl auch solche Kranken Hospitälern zu überweisen, die der Krankenhausbehandlung sonst nicht bedürfen. Ehe es nicht gelingt, das Wohnungselend und die Mitarbeit der Hausfrau, die beiden Totengräber unserer Volksgesundheit, zu bekämpfen, ist leider an eine Einschränkung der Krankenhospitalisierung nicht zu denken.

Aber auch andere Gründe kommen in Frage. Zunächst einmal die Zerreißung der Familie. Wochen- oder gar monatelange Abwesenheit des Vaters hat in vielen Fällen eine sittliche Verwahrlosung der Kinder, besonders der heranwachsenden Jugend zur Folge. Dasselbe beobachten wir bei langem Krankenhausaufenthalt der Mutter, nur daß in diesem Falle auch noch eine körperliche Verwahrlosung der kleineren Kinder dazukommt.

Vor allen Dingen sollten Sparsamkeitsrücksichten uns dazu veranlassen, nur dann Kranke dem Krankenhaus zu überweisen, wenn eine Notwendigkeit vorliegt. Der Preis für das einzelne Bett im Krankenhaus ist derartig hoch, daß wir hierfür einer ganzen Familie Wohnung bieten können. Ich würde es daher sehr begrüßen, wenn ohne Schaden für die Allgemeinheit gelänge, eine weitere Hospitalisierung der Kranken zu verhüten, ganz besonders aber eine Ausdehnung der Zwangshospitalisierung, wie sie der Absatz 4 des § 184 RVO. und der § 11 RVG. anbahnen.

So wichtig es ist, daß die Krankenkasse in der Lage ist, notwendigenfalls speziell in den Fällen des § 184 RVO. eine Zwangshospitalisierung durchzuführen, so wenig praktisch erscheint mir der Absatz 4 dieses Paragraphen, der lautet:

„In den Fällen des Absatz 3 Nr. 1, 2 und 4 soll die Kasse möglichst Krankenhauspflege gewähren.“

Nehmen wir z. B. den Punkt 2 des § 184 RVO., der besagt: „Der Zustimmung bedarf es nicht, wenn die Krankheit ansteckend ist.“ Wir wissen alle, daß noch lange nicht jeder ansteckende Kranke der Krankenhausbehandlung bedarf. Wohin würden wir kommen, wenn jeder Erkrankungsfall an ansteckender Krankheit zwangsweise in ein

Krankenhaus sollte. Die Kasse muß in der Lage sein, in notwendigen Fällen einen Kranken mit ansteckender Krankheit einem Krankenhause zu überweisen, aber es wäre durchaus verfehlt und ein unnötiger Eingriff in die persönliche Freiheit, bei allen ansteckenden Erkrankungen Zwangshospitalisierung durchzuführen.

Dasselbe gilt von Nr. 4 des Absatz III des § 184 RVO. Sie lautet: „Der Zustimmung bedarf es nicht, wenn: 4. der Zustand und das Verhalten des Kranken seine fortgesetzte Beobachtung erfordert.“ Auch hier ist es durchaus erwünscht, daß der Arzt notwendigenfalls die zwangsweise Überweisung in ein Krankenhaus durchsetzen kann. In sehr vielen Fällen aber wird sich eine fortgesetzte Beobachtung auch in der Familie durchsetzen lassen. Ich glaube daher, daß es besser wäre, wenn der Absatz 4 des § 184 der RVO., welcher im Regierungsentwurf nicht enthalten war, sondern der Initiative der Reichstagskommission entstammt, in Zukunft wegfallen würde. In notwendigen Fällen wird der Kranke beim Versicherungsamt oder Oberversicherungsamt Krankenhausaufnahme sicherlich durchsetzen. Aus denselben Gründen halte ich auch den Absatz 4 des § 11 RVG. nicht nur für überflüssig, sondern für schädlich.

Kapitalabfindung.

Dringender Änderung bedarf auch die Praxis bei der Kapitalabfindung. Betrachten wir zunächst die RVO. Ihr § 616 lautet: „Beträgt die Rente eines Verletzten, gemeint ist die Unfallrente, $\frac{1}{5}$ der Vollrente oder weniger, so kann ihn die Genossenschaft mit seiner Zustimmung nach Anhören des Versicherungsamtes mit einem dem Werte seiner Jahresrente entsprechenden Kapital abfinden.“

Zweierlei haben wir an diesem § 616 auszusetzen. Zunächst einmal, daß nur Renten bis 20% abgefunden werden können. Wir wissen, daß andere Länder, z. B. die Schweiz, gemäß Art. 95 des Bundesgesetzes über die Kranken- und Unfallversicherung vom 13. Juni 1911 auch höhere Renten auskaufen, wenn der Berechtigte damit einverstanden ist.

Wichtiger noch wie dieser Art. 95 ist der Art. 82 des Bundesgesetzes, wonach der Unfallverletzte statt einer Rente eine Abfindung erhält, wenn anzunehmen ist, daß der Versicherte nach Erledigung seiner Versicherungsansprüche und bei Wiederaufnahme der Arbeit die Erwerbsfähigkeit wieder erlangen werde. Die Höhe der Abfindungssumme entspricht dem Barwert einer gleichbleibenden oder sinkenden Rente für höchstens drei Jahre. Mit dieser Art der Kapitalabfindung hat man in der Schweiz besonders in der Bekämpfung der Rentenhysterie gute Erfahrungen gemacht. Es ist daher angeraten worden, daß der Gesetzgeber auch bei uns aus diesen Erfahrungen die Folgen ziehen und die RVO. entsprechend ändern solle. Ich kann mich für diese letztere in der Schweiz geübte Kapitalabfindung nicht sehr begeistern, will

aber, weil ich dann die Frage der Unfallhysterie ausgiebig besprechen müßte, hierauf nicht näher eingehen.

In zweiter Linie haben wir an dem § 616 der RVO. auszusetzen, daß die Kapitalabfindung eine endgültige ist. Wir sehen etwas Ähnliches auch bei andern Völkern. In der Schweiz ist z. B. auch jede mit Zustimmung des Berechtigten ausgekaufte Rente endgültig erledigt. Dagegen steht es in der Schweiz jedem Bürger einer ohne seine Zustimmung ausgekauften Invalidenrente (— entspricht unserer Unfallrente —) frei, für die Folgezeit die Gewährung einer entsprechenden Zusatzrente zu verlangen, wenn nach dem Auskauf seine Erwerbsunfähigkeit erheblich größer wird.

Bei uns besteht, nachdem einmal eine Kapitalabfindung gemäß § 616 RVO. stattgefunden hat, kein Anspruch mehr auf Rente, auch wenn die Unfallfolgen sich bis zur völligen Invalidität verschlimmern sollten. Der § 1583 Absatz 2 RVO. besagt ausdrücklich: „In dem Bescheide, der eine Kapitalabfindung feststellt, ist der Berechtigte darauf hinzuweisen, daß er nach der Abfindung keinen Anspruch auf Rente mehr hat, auch wenn sich die Unfallfolgen verschlimmern sollten.“

Derartige Paragraphen atmeten nicht den Geist der heutigen Zeit. Überall sehen wir, wie der Gesetzgeber den Staat ängstlich vor Schaden hütet. Vergessen aber hat er, was viel nötiger wäre, den Rentenempfänger vor Not zu schützen. In zahlreichen Fällen haben wir Ärzte den Wunsch, durch eine Kapitalabfindung dem Versicherten die Möglichkeit zu einer Tätigkeit zu verschaffen, die seiner Krankheit entspricht. Und doch können wir zur Kapitalabfindung nicht raten, weil bei Eintritt einer Verschlimmerung keine Möglichkeit besteht, die Rente oder das Kapital entsprechend zu erhöhen. Es ist daher dringend geboten, den § 616 der RVO. sowie den § 1583, Absatz 2, welche die Kapitalabfindung behandeln, nach zwei Gesichtspunkten abzuändern. Einmal muß die Möglichkeit bestehen auch höhere Renten als solche bis 20% abzufinden, sodann aber muß jederzeit ein Antrag auf Gewährung einer entsprechenden neuen Rente oder einer höheren Kapitalabfindung gestellt werden können, wenn eine Verschlechterung eintritt. Ob der neue Anspruch in Form erneuter Kapitalabfindung oder in Form einer Rente oder durch Kapital und Rente abgefunden wird, muß vom einzelnen Fall abhängen. Bei der Unsicherheit des heutigen Geldwertes und dem niedrigen Stand des Geldes wird man niemandem zur Kapitalabfindung raten können, zumal die heutigen Renten keineswegs dem heutigen Geldwert entsprechen. Jede Kapitalabfindung, die heute stattfindet, ist eine Schädigung des Rentners. Dies gilt um so mehr, als die Mehrzahl der Rentenempfänger nicht in der Lage ist, die empfangene Kapitalabfindung in Goldwerten anzulegen. Bei den neuen Paragraphen über die Kapitalabfindung gemäß RVO. können die einschlägigen Paragraphen des RVG. als Grundlage dienen.
