

# Die Krankenversicherung in Oesterreich

Autor(en): **Schneider, Friedrich**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Gewerkschaftliche Rundschau : Vierteljahresschrift des Schweizerischen Gewerkschaftsbundes**

Band (Jahr): **43 (1951)**

Heft 1

PDF erstellt am: **25.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-353478>

## **Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

## **Haftungsausschluss**

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

# Die Krankenversicherung in Oesterreich

## I.

Die nur zähflüssig vor sich gehende Revision des KUVG und die mehr oder minder sachlichen Diskussionen über den englischen und den geplanten amerikanischen Gesundheitsdienst haben bei uns das Interesse für die Krankenversicherung im *Ausland* erneut geweckt. Das Büro des Leitenden Ausschusses des Konkordates der schweizerischen Krankenkassen fühlt sich verpflichtet, typische Einrichtungen in andern Ländern durch seine Mitglieder studieren zu lassen. Dabei ist es sich durchaus klar, dass für die Schweiz keine Kopien fremder Lösungen in Frage kommen können. Die Formen der sozialen Sicherheit werden durch die *Eigenarten* und wirtschaftlichen Möglichkeiten von Land und Volk bestimmt, so dass es keine allgemein gültige Norm geben kann.

Eine Delegation des Büros (Schmid, Germann) war in *Frankreich* (Paris), eine andere (Germann, Schneider, Tiefenauer) in *Oesterreich* (Wien). Beide haben wertvolles Material und viele Anregungen nach Hause gebracht. Eines ist offenbar eine internationale Erscheinung: Ueberall ist, wie bei uns, jeder Zweig der Sozialversicherung in den führenden Schichten des Volkes viel besser bekannt und im Bewusstsein weiterer Kreise verankert als die Krankenversicherung! Sie scheint eine Art Stiefkind zu sein, obwohl sie für die soziale Sicherheit von entscheidender Bedeutung ist. Das haben wir auch in Oesterreich feststellen können. Es dürfte wohl daher kommen, dass die Krankenversicherung überall aus dem praktischen Bedürfnis der *kleinen Leute* herausgewachsen ist und eigentlich nie Gegenstand grosser theoretischer Erörterungen wurde. Auch die stille und laute Gegnerschaft vieler Aerzte dürfte eine Rolle spielen.

Eingeladen vom *Hauptverband* der Sozialversicherungsträger Oesterreichs mit Sitz in *Wien*, ist der Delegation alles gezeigt worden, was für sie von Interesse war. Sie interessierte vor allem die Krankenversicherung, deren organisatorische Struktur, Grundlagen und Leistungen.

Fünf verschiedene Arten von Versicherungsträgern bilden ihr Gerippe: 1. Gebietskrankenkassen, 2. Landwirtschaftskrankenkassen, 3. Betriebskrankenkassen, 4. Meisterkrankenkassen, 5. Krankenkasse für Bundesangestellte. Es besteht die *Versicherungspflicht*. Ihr unterliegen:

1. alle Arbeiter, Gehilfen, Gesellen, Lehrlinge, Hausgehilfen;
2. Betriebsbeamte, Werkmeister und andere Angestellte in ähnlich gehobener Stellung, wenn diese Beschäftigung den Hauptberuf bildet;

3. Handlungsgehilfen und -lehrlinge, Gehilfen und Lehrlinge in Apotheken;
4. Bühnenmitglieder und Musiker ohne Rücksicht auf den Kunstwert ihrer Leistung;
5. Lehrer und Erzieher;
6. Angestellte in Berufen der Erziehung, des Unterrichts, der Fürsorge, der Kranken- und Wohlfahrtspflege, wenn diese Beschäftigung den Hauptberuf und die Hauptquelle der Einnahmen bildet;
7. Seeleute sowie die Besatzung von Fahrzeugen der Binnenschifffahrt.

Es handelt sich also um ein *Teilobligatorium*, das aber nicht durch die Einkommenshöhe begrenzt, sondern durch den Charakter der Stellung im Arbeitsprozess bedingt ist, eine Lösung, wie sie einst die Lex Forrer vorsah, aber wie sie in der Folge in der Schweiz nicht zur Anwendung kam. Voraussetzung der Versicherungspflicht ist für alle erwähnten Personen, dass sie gegen *Entgelt* beschäftigt werden. Nur für Lehrlinge aller Art besteht die Krankenversicherungspflicht ohne Rücksicht darauf, ob sie gegen Entgelt beschäftigt werden oder nicht. Dieses Obligatorium erfasst also nur *Arbeitnehmer*, und zwar ohne Rücksicht auf Alter und Geschlecht. Auch die Staatszugehörigkeit spielt keine Rolle. Massgebend für den Bestand der Versicherungspflicht ist das Vorhandensein eines gegen Entgelt ausgeübten, abhängigen Beschäftigungsverhältnisses. Die Krankenversicherung ist für Arbeiter und Angestellte gemeinsam. Grundsätzlich fallen Beginn der Beschäftigung und Beginn der Versicherungspflicht zusammen.

Es gibt aber auch eine Versicherungspflicht *selbständig* erwerbender Personen, und zwar für

1. Hausgewerbetreibende, das heisst Gewerbetreibende, die in eigenen Betriebsstätten im Auftrag und für Rechnung anderer Gewerbetreibender gewerbliche Erzeugnisse herstellen oder bearbeiten;
2. selbständige Lehrer und Erzieher, die in ihrem Betriebe keine Angestellten beschäftigen;
3. Artisten;
4. Hebammen mit Niederlassungserlaubnis;
5. selbständige, staatlich anerkannte Wochenpflegerinnen, die in ihrem Betrieb keine Angestellten beschäftigen.

Die Ausnahmen von der Versicherungspflicht, auf die näher einzutreten wir uns ersparen können, sind nicht zahlreich. Bestimmte, der Versicherungspflicht nicht unterstellte Personen können sich *freiwillig* versichern. Es hat also nicht jeder Oesterreicher, wie die Schweizer nach Art. 5 des KUVG, das Recht, sich gegen Krankheit zu versichern.

## II.

Die Krankenversicherung umfasst folgende *Leistungen* der Krankenkassen: Krankenhilfe, Wochenhilfe, Sterbegeld und Familienhilfe. Die Barleistungen werden nach einem Grundlohn bemessen, der nicht mit dem wirklichen Lohn übereinstimmt. Die Krankenhilfe umfasst zwei Leistungen:

- a) die *Krankenpflege* vom Beginn der Krankheit an. Dazu gehören ärztliche Behandlung, Versorgung mit Arzneien sowie mit Brillen, Bruchbändern und andern kleineren Heilmitteln;
- b) das *Krankengeld* in der Höhe des halben Grundlohnes (also des versicherten Lohnes) für jeden Kalendertag bei Arbeitsunfähigkeit des Versicherten. Das Krankengeld wird vom vierten Tag der Arbeitsunfähigkeit an gewährt.

Für die Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe muss vorher ein *Krankenschein* besorgt werden, der gebührenfrei ist. Die Krankenpflege wird ohne zeitliche Beschränkung gewährt, während das Krankengeld nur für 26 Wochen bezahlt wird. Die einzelne Krankenkasse kann durch ihr Statut die Bezugsdauer bis auf 52 Wochen verlängern. Der Anspruch auf Krankengeld ruht, wenn der Versicherte den Lohn erhält. Bei längerer Krankheit kann das Krankengeld für unterstützungspflichtige Kranke vom 43. Tag an erhöht werden. Der Zuschlag beträgt für den Ehegatten 10 Prozent und für jeden sonstigen Angehörigen 5 Prozent des Grundlohnes.

An Stelle der Krankenpflege kann die Kasse Krankenhauspflege gewähren, deren Dauer sich nach den Bestimmungen über das Krankengeld richtet. Die Kasse kann auch Hauspflege bezahlen. Wenn einem Versicherten, der Angehörige ganz oder vorwiegend zu erhalten hat, Krankenpflege gewährt wird, so ist ein Hausgeld in der Höhe des halben Krankengeldes für die Angehörigen zu zahlen. Das Hausgeld kann durch die Statuten auf zwei Drittel des Krankengeldes und für Versicherte mit mehr als einem Angehörigen durch Zuschläge von je 5 Prozent erhöht werden.

Unter der Bezeichnung *Wochenhilfe* sind die Leistungen verstanden, die den weiblichen Versicherten österreichischer Staatsangehörigkeit vor und nach der Niederkunft nach dem Mutterschutzgesetz vom 17. Mai 1942 zukommen. Die Wochenhilfe umfasst das Wochengeld, Stillgeld, die ärztliche Hilfe, den Hebammenbeistand, Entbindungsbeitrag usw. Beim Tode eines Versicherten wird das 20fache des Grundlohnes als *Sterbegeld* bezahlt. Im Statut kann diese Leistung bis zum 40fachen Grundlohn erhöht werden.

Wenn sie vom versicherungspflichtigen Ehegatten, bzw. Elternteil erhalten werden, sind bei Arbeitern und Angestellten der andere Ehegatte, bzw. die Kinder mitversichert. Auch den Familienange-

hörigen wird ärztliche Behandlung unbegrenzt gewährt. Sie haben auch Anspruch auf die übrigen Leistungen der Krankenpflege. Die Familienangehörigen erhalten die Leistungen der Wochenhilfe nicht nach dem Mutterschutzgesetz, sondern nach den Bestimmungen über die Krankenversicherung. Es gibt dann Sonderbestimmungen für Arbeitslose, unregelmässig Beschäftigte, Hausierer, Hausgewerbetreibende, Rentner usw., auf die wir nicht einzugehen brauchen.

Die Mittel der Krankenversicherung werden ausschliesslich durch die *Beiträge* aufgebracht, die von Arbeitnehmern und Arbeitgebern zu gleichen Teilen zu tragen sind. Die Höhe der Beiträge wird durch die Statuten der einzelnen Kasse bestimmt.

Die Wiener Gebietskrankenkasse für Arbeiter und Angestellte, die, ohne die Jahre ihrer Vorläufer seit 1867 zu zählen, nun 60jährig geworden ist, erhob im Jahre 1949 für Arbeiter 7 Prozent und für Angestellte 4,5 Prozent des monatlichen Höchstgrundlohnes von 1050 Schillingen. Daran haben die Versicherten die Hälfte und der Arbeitgeber die andere Hälfte zu bezahlen. In den Bundesländern variieren die Beitragssätze zwischen 6 und 5,6 Prozent für Arbeiter, bzw. 4,2 und 4,5 Prozent für Angestellte. Die Beiträge sind ungenügend, so dass die Kassen mit Defiziten abschliessen.

Unter Annahme eines durchschnittlichen Versicherungsbestandes der Wiener Gebietskrankenkasse von 765 126 Personen (ohne Familienangehörige) betrug der mittlere Jahresbeitrag Sch. 360.83 pro Mitglied oder Sch. 30.07 pro Monat. Die Gesamteinnahmen betrugen Sch. 284 405 828.27, während die Ausgaben auf Sch. 311 481 417.05 anstiegen, so dass ein Defizit von Sch. 27 075 588.78 entstand. Von den Einnahmen entfallen auf die Beiträge 97,1 Prozent. Ueber die enorme *Kostensteigerung* der Leistungen ergibt folgende Aufstellung ein eindruckliches Bild: Für die Mitglieder und deren Familienangehörige entfielen im Jahre

	Barleistungen %	Sachleistungen %	Kosten der Leistungen in Sch.
1947	43,1	56,9	119 275 098.21
1948	37,0	63,0	211 452 461.94
1949	31,9	68,1	284 344 595.63

Die Barleistungen vom Jahre 1947 sind im Jahre 1948 um 33 Prozent, die Sachleistungen aber um 96,8 Prozent gestiegen. Das Verhältnis des Jahres 1949 gegenüber 1948 war ein ähnliches: die Barleistungen stiegen um 14,4 Prozent, die Sachleistungen aber noch einmal um 44,2 Prozent. Alle Arten der Sachleistungen sind an der Kostensteigerung beteiligt.

Die *Bezahlung* der Aerzte erfolgt nach einem Pauschalsystem. Es wird also nicht die einzelne Leistung des Arztes, sondern der vom Patienten übergebene Krankenschein bezahlt. Der Krankenschein

ist ein Vierteljahr gültig. Während die durchschnittliche Bezahlung der praktischen Aerzte im Jahre 1948 rund 2000 Schilling pro Monat betrug, erreichte der Durchschnitt in den letzten Monaten des Jahres 1949 einen Betrag von 2375 Sch. Auch die Bezahlung der Fachärzte wurde erhöht. Unter dem Durchschnittshonorar von 2375 Sch. bleiben 445 praktische Aerzte, während 398 mehr verdienen.

### III.

Die Wiener Gebietskrankenkasse betreibt 16 eigene *Ambulatorien* und 160 Ambulanzen, die von vielen Mitgliedern der Behandlung durch frei praktizierende Aerzte vorgezogen werden. In den Ambulatorien der Kasse waren im Jahre 1949 im ganzen 191 Aerzte und 451 Schwestern beschäftigt. Die kasseneigenen Ambulatorien führten 554 860 und die Ambulanzen 2 609 670 Behandlungen durch. Insgesamt weisen sie 1949 eine Behandlungszahl von 3 164 520 auf. Der Zahnbehandlung und dem Zahnersatz wird grosser Wert beigelegt. In den Zahnambulatorien waren im Jahre 1949 beschäftigt: 129 Zahnärzte, 31 Dentisten, 38 Zahntechniker und Hilfskräfte, 1 Mechaniker, 159 Ordinationsgehilfinnen, 12 Büroangestellte und 21 Hausangestellte. Es wurden im ganzen 452 407 Behandlungsfälle gezählt, wovon auf die eigenen Ambulatorien 147 763, auf die Vertragszahnärzte 78 685 und auf die Vertragsdentisten 225 959 entfielen. Für Zahnbehandlung und Zahnersatz wurden Sch. 17 476 066.68 ausgegeben, gegenüber dem Vorjahr eine Steigerung von 69,5 Prozent.

Von den Kosten der Zahnbehandlung und des Zahnersatzes entfielen auf die kasseneigenen Ambulatorien Sch. 8 774 748.07, auf die Aerzte, Dentisten und Laboratorien Sch. 8 701 318.61. Die Leitung der Wiener Gebietskrankenkasse findet, dass die Versorgung der Versicherten auf dem Gebiete der gesamten Zahnbehandlung — trotz den grossen Ausgaben — nicht zufriedenstellend war. Erst der weitere Ausbau der Zahnambulanzen und der Abschluss eines alle Teile befriedigenden Vertrages mit den Zahnärzten und Dentisten werde eine Verbesserung herbeiführen.

Es wird sich lohnen, die Wiener Gebietskrankenkasse und ihre Leistungen in einem besonderen Aufsatz näher zu betrachten. Für diesmal sei betont, dass die Kasse drei eigene Spitäler (Hanusch-Krankenhaus, Heilanstalt Gersthof, Frauenhospiz) betreibt. Daneben standen den Versicherten noch folgende Heilstätten zur Verfügung: Aland, Felbring, Gröbening, Hochzirl, Stolzalpe, Strassengel, Strengberg und Weyer, und für Kuraufenthalte: Baden, Badgastrin, Bad Hall, Gleichenberg, Schallerbach und das kasseneigene Kurheim Hofgastein. In St. Radegund (Steiermark) betreibt die Kasse ein Erholungsheim für Lehrlinge. Sie hat auch eigene Heime für gesundheitsgefährdete Kinder, in denen 1949 im ganzen 5915 Kinder mit 167 526 Pflagetagen betreut wurden.

Die Ambulatorien werden scharf bekämpft. Früher beunruhigten die Gegner die Mitglieder mit der Behauptung, in den Ambulatorien erfolgte eine «Pauschalbehandlung». Da dies nichts nützte und die Mitglieder sich immer mehr in den Ambulatorien der Kasse behandeln liessen, wird nun gesagt, sie seien «nicht rentabel». Diese Seite des Problems hat auch die schweizerische Delegation besonders interessiert. Sie konnte auf Grund vorgenommener Rentabilitätsrechnungen feststellen, dass rein kostenmässig der Ambulatoriumsbetrieb *billiger* zu stehen kommt als die Behandlung durch die frei praktizierenden Aerzte. Qualitativ ist die Behandlung in den Ambulatorien bei weitem besser als bei den freien Aerzten.

Seit fünf Jahren unterhält die Kasse eigene Ambulatorien, die sie ständig ausbaut und vermehrt. In der Nachkriegszeit wurden 188 Ambulanzen für alle Fachgebiete der Medizin in den verschiedensten Gegenden von Wien errichtet. Nach den gesammelten Erfahrungen dürfte die Form des *Grossambulatoriums* die zweckmässigste sein. Diese «Gesundheitszentren» haben drei Aufgaben in der medizinischen Betreuung der Versicherten zu erfüllen, sagte *Dr. Emil Tuchmann*, Chefarzt der Wiener Gebietskrankenkasse:

1. die Prophylaxe (Krankheitsverhütung),
2. die Begutachtung und konsiliare (beratende) Tätigkeit und
3. die kurative (heilende) Behandlung.

Die prophylaktische Tätigkeit erstreckt sich auf das gesamte Gebiet der *Krankheitsverhütung*, der Berufsschädigungen und der medizinischen Fürsorge. Die Einrichtungen des Gesundheitszentrums sind für die begutachtende Tätigkeit ideal. Sie bieten den Patienten wie den Aerzten grosse Vorteile. Es stehen in der gleichen Anstalt alle modernen medizinisch-technischen Einrichtungen der Diagnostik, aber auch alle Fachärzte sämtlicher Spezialfächer jedem Gutachter zur Verfügung. Die Untersuchungsbefunde und spezialärztlichen Gutachten werden ohne Zeitverlust erstellt. Dass die Ambulatorien eine immer grössere Bedeutung erhalten, geht aus der ständig zunehmenden Zahl der Behandlungen hervor:

Jahr	Behandlungen
1947	1 476 166
1948	2 469 711
1949	4 176 084

Mit eigenen Augen konnten wir den Ablauf der Behandlung beobachten. Leute, die auf dem Standpunkt stehen, dass die *Qualität* der Behandlung von der Honorierung der *einzelnen* Leistung des Arztes abhängt, werden eines besseren belehrt, wenn sie sich belehren lassen wollen. Da das Einkommen des Arztes nicht von der Zahl der Patienten oder der ärztlichen Verrichtungen abhängt

— da sie von der Gebietskrankenkasse fix angestellt sind — können sie sich des einzelnen Falles annehmen, wozu ihnen alle diagnostischen und therapeutischen Hilfsmittel und die Ratschläge der Spezialärzte zur Verfügung stehen. Nach unserer Gesetzgebung könnten die öffentlichen und obligatorischen Krankenkassen die ärztliche Behandlung Heilanstalten übertragen (Art. 17 KUVG). Ihnen wäre also die Möglichkeit gegeben, *kasseneigene Ambulatorien* nach dem Vorbild jener der Wiener Gebietskrankenkasse ins Leben zu rufen. Schon durch ihre Existenz bewirken sie einen edlen Wettstreit mit den frei praktizierenden Vertragsärzten, der sich allenfalls nur zum Wohle der Versicherten auswirken kann.

Diese Schlussfolgerung *Dr. Tuchmanns* hätte auch bei uns vieles für sich, wenn zu den öffentlichen Polikliniken noch die kasseneigenen Ambulatorien kämen. Wenn sich die Feindschaft der Aerzteorganisatorien gegen die Krankenversicherung weiter verschärft und dadurch eine vernünftige Revision des KUVG verhindert wird, so werden sich die öffentlichen Krankenkassen überlegen müssen, ob sie nicht von den Rechten noch mehr Gebrauch machen wollen, die ihnen der Art. 17 des KUVG gibt.

#### IV.

Seit dem 1. Januar 1948 besteht bei den Krankenkassen wieder die *Selbstverwaltung*, die ihnen während der Nazizeit genommen war. Es gibt folgende Verwaltungsorgane: *a)* die Hauptversammlung, *b)* den Vorstand und *c)* den Ueberwachungsausschuss. Von den Kammern der Arbeitnehmer und Arbeitgeber oder vom Gewerkschaftsbund wurden die *Delegierten* der versicherten Arbeiter und Angestellten sowie der Arbeitgeber in den Krankenkassen bestellt. Die Hauptversammlung und der Vorstand sind zu *vier* Fünfteln aus Vertretern der Arbeiter und Angestellten und *einem* Fünftel aus Vertretern der Arbeitgeber zusammengesetzt. Die Zahl der Delegierten in der Hauptversammlung schwankt je nach dem Versichertenstand zwischen 30 und 180 und die Zahl der Vorstandsmitglieder zwischen 10 und 20. Der Ueberwachungsausschuss besteht bei allen Krankenkassen aus vier Vertretern der Arbeitgeber und einem Vertreter der Arbeitnehmer.

Die Hauptversammlung hat die wichtigsten Beschlüsse zu fassen. Sie tritt ein- oder zweimal jährlich zusammen. Der Vorstand führt die Geschäfte der Kasse. An der Spitze der Krankenkasse steht der Obmann. Er vertritt die Kasse nach aussen und ist für die ordnungsgemässe Führung der Kasse dem Vorstand und der Hauptversammlung verantwortlich. Es bestehen dann eingehende Vorschriften über das Verfahren in der Krankenversicherung.

Obwohl der Staat die Krankenversicherung durch Gesetz bis ins einzelne ordnet, leistet er an ihre Durchführung gar *nichts*. Die



Mittel werden, wie bereits gesagt, durch die Arbeitnehmer und Arbeitgeber aufgebracht. Die österreichische Krankenversicherung ist ein imposantes Gebilde, das aber auch krisenhafte Erscheinungen, wie in andern Ländern, zeigt. Der neuralgische Punkt liegt, wie anderwärts, im Verhältnis der Aerzteorganisationen zu den Krankenkassen. Das ist ein internationaler Breiten, dessen Heilung nicht leicht, aber auch nicht unmöglich ist. Jedenfalls haben wir dem Hauptverband der Sozialversicherungsträger Oesterreichs und seinen leitenden Personen für die Möglichkeit zu danken, die Krankenversicherung ihres Landes studieren zu können und für die restlose Unterstützung, die uns zuteil wurde.

*Friedrich Schneider, Basel.*

### Die letzten fünfzig Jahre und die amerikanische Arbeiterschaft

Das Jahr 1950 gab mannigfach Anlass zur *Rückschau* auf die letzten 50 Jahre. Allein man begnügte sich bei uns und anderswo mit einem Rückblick auf die Mode, auf den technischen Fortschritt, auf die kriegerischen Mittel der Vernichtung, auf die Tagesereignisse und dergleichen. Davon nimmt sich die vom Statistischen Büro des Arbeitsministeriums der USA veranlasste Artikelserie «*50 Jahre Fortschritt der amerikanischen Arbeiterschaft*», die in der Zeitschrift dieses Amtes, in der «*Monthly Labor Review*», vom Juli 1950 veröffentlicht worden ist, recht vorteilhaft aus. Weil es nicht möglich ist, einen Auszug aus den von Wissenschaftern, Beamten und Gewerkschaftsfunktionären verfassten Aufsätzen zu geben, soll versucht werden, auf Grund dieses Materials ein Bild über die Einwirkung des vergangenen halben Jahrhunderts auf die amerikanische Arbeiterschaft nachzuzeichnen, und zwar so weit, als es für den schweizerischen Arbeiter von Interesse sein kann. Indem wir die Striche setzen, werden wir mit der kritischen Würdigung, die uns geziemt, nicht zurückhalten, uns aber auch hüten, den Inhalt dieser Aufsätze zu verzerren.

Ein halbes Jahrhundert ist eine kleine Zeitspanne, nicht einmal ein Menschenalter, in unserer Geschichte nur ein kurzes Kapitel, und trotzdem will uns scheinen, das Jahr 1900 liege unendlich weit zurück, es gehöre einer Zeit an, die sich mit der unsrigen, der heutigen nur bedingt messen könne. Dieser Eindruck wird hervorgerufen durch die rasche technische Entwicklung, welche die wirtschaftliche Ergiebigkeit in einer Weise gesteigert hat, dass für uns heute unentbehrliche Güter des täglichen Bedarfes selbstverständlich sind, von denen unsere Grossväter keine Ahnung hatten oder die als unerhörter Luxus für sie nicht erreichbar schienen. Unsere