

Zeitschrift: Gewerkschaftliche Rundschau : Vierteljahresschrift des Schweizerischen Gewerkschaftsbundes
Herausgeber: Schweizerischer Gewerkschaftsbund
Band: 64 (1972)
Heft: 4

Artikel: Probleme der österreichischen Krankenversicherung
Autor: Schranz, Edgar
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-354552>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 16.04.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Probleme der österreichischen Krankenversicherung

Edgar Schranz

Kürzlich wurden die Ergebnisse der Enquete über die soziale Krankenversicherung in Oesterreich publiziert, die im Vorjahr auf Initiative von Sozialminister Rudolf Häuser – er ist auch Vizepräsident des Oesterreichischen Gewerkschaftsbundes und Vorsitzender der Gewerkschaft der Privatangestellten – abgehalten worden war. An der Tagung nahmen die Delegierten aller interessierten Institutionen teil: Ministerien, Interessenvertretungen der Arbeitnehmer und Arbeitgeber, Sozialversicherungsträger, Parlamentsfraktionen der Parteien, Interessenvertretungen der Vertragspartner der Krankenversicherung – Aerzte, Dentisten, Apotheker, Rechtsträger der Krankenanstalten – Länder, Städte, Gemeinden, Vertretungen von Rentnerorganisationen usw.

Die *Resultate der Fachtagung* wurden in einer 124 Druckseiten umfassenden *Broschüre* zusammengefasst, in deren Einleitung ausgeführt wird: «Die soziale Krankenversicherung Oesterreichs kann auf eine vieljährige Tradition verweisen. Das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz (ASVG), als einer der Meilensteine in der Entwicklung der sozialen Sicherheit, war den folgenden Sozialversicherungsgesetzen in vielen Beziehungen Vorbild. Nichtsdestoweniger musste das ASVG aber immer wieder der Entwicklung der sozialpolitischen Zielsetzungen und den wirtschaftlichen Gegebenheiten angepasst werden. Vor allem die Begrenztheit der Mittel der sozialen Krankenversicherung hat zu finanziellen Engpässen geführt, die in der Vergangenheit den Gesetzgeber wiederholt zwangen, den Krankenversicherungsträgern höhere Einnahmen zu verschaffen. Diese an sich schon unbefriedigende Einnahmen-Ausgaben-Entwicklung wurde in letzter Zeit noch dadurch verschärft, dass in Teilbereichen ein überproportionales Ansteigen der Kosten zu erwarten war. Es drängte sich daher die Frage auf, ob die gegebene Finanzsituation in der sozialen Krankenversicherung eine zwangsläufige Folge des Systems sei oder ob nicht Wege gesucht und Vorschläge erarbeitet werden könnten, um für einen überschaubaren Zeitraum die finanziellen Mittel für die Leistungserbringung bereitzustellen und damit ein grösstmögliches Mass an Sicherheit zu bieten. Dabei war es selbstverständlich, dass ein Finanzierungskonzept, das für einen mittelfristigen Zeitraum ein finanzielles Gleichgewicht zwischen Einnahmen und Ausgaben herstellen soll, sich nicht bloss auf die Abschätzung der Ausgabenentwicklung und damit in Zusammenhang auf die Erschliessung neuer Einnahmequellen beschränken durfte, sondern vielmehr auf die Entwicklungstendenzen in der Krankenversicherung – insbesondere im Leistungsrecht – Bedacht nehmen und dabei den Aufbau der inneren und äusseren Organisa-

tion sowie die Beziehungen zu den Vertragspartnern überdenken müsse. Bei der Bedeutung der zu beantwortenden Fragen und der zu lösenden Probleme sollte allen an einem wohlfundierten System der sozialen Krankenversicherung interessierten Gruppen und Verantwortlichen Gelegenheit gegeben werden, in sachlicher Erörterung ihre Meinung zu äussern. Entsprechend den sich abzeichnenden grossen Fragenkomplexen wurden fünf Arbeitskreise eingesetzt, welche die Themen Leistungsrecht, Beziehungen zu den Aerzten und sonstigen freiberuflichen Vertragspartnern, Beziehungen zu den Krankenanstalten, Organisation und Finanzierung behandeln sollten.»

Die Enquete hatte sich nicht vorgenommen, sogleich in Gesetzesform zu giessende Vorschläge für Reformen der Krankenversicherung vorzulegen. Vielmehr wollte man zu einer Bestandsaufnahme der Meinungen gelangen, die wenigstens in jenen Bereichen, wo eine Uebereinstimmung der Enqueteteilnehmer erzielt werden konnte, die grosse und wichtige Gruppen repräsentierten, in naher Zukunft ihren Niederschlag in Beschlüssen der gesetzgebenden Körperschaften finden werden.

Plenum und Arbeitskreise der Enquete beschränkten sich vorsätzlich auf *systemkonforme Aenderungen im Bereich der sozialen Krankenversicherung*. Sensationen sind ihrem Bericht daher nicht zu entnehmen. In Oesterreich werden immer grössere Bevölkerungsteile von der sozialen Krankenversicherung erfasst, vor allem durch die Schaffung neuer Systeme für die Selbständigen. Derzeit stehen 92 Prozent der österreichischen Bevölkerung im Schutz der sozialen Krankenversicherung. Und diese Entwicklung wird weitergehen. Dazu der Bericht: «Bevölkerungsgruppen, für die aus sozialen Gründen ein Versicherungsschutz notwendig wäre, sollten – wenn dies die betreffende Gruppe wünscht – grundsätzlich in die Pflichtversicherung einbezogen werden. Wird keine Pflichtversicherung vorgesehen, wäre allgemein der Beitritt zur freiwilligen Versicherung zu eröffnen, wobei Massnahmen gegen eine negative Risikenauslese zu setzen wären.»

Die Enquete sprach sich dafür aus, die in Oesterreich bestehende Differenzierung des Leistungsrechtes der Krankenversicherung in gesetzliche Mindest- und satzungsmässige Mehrleistungen zu beseitigen. Mit allem Nachdruck trat sie dafür ein, *Vorsorgemedizin, Krankheitsverhütung und -früherkennung, periodische Gesundheitskontrollen usw. in den Vordergrund* zu rücken, was aber nicht nur Aufgabe der Krankenversicherung, sondern auch der öffentlichen Hand sein muss.

Angesichts der Tatsache, dass für Wohnungskosten immer höhere Beträge ausgegeben werden müssen und dies für manche Versicherte dann eine besondere Belastung bedeutet, wenn das Einkommen infolge Krankheit gekürzt wird, sprach man sich dafür aus, in

solchen Fällen den Versicherten eine *ausserordentliche Barleistung zur Sicherung des für den Wohnbedarf erforderlichen Aufwandes* zu gewähren.

Die Enquete wandte sich entschieden gegen den von ärztlicher Seite stammenden Vorschlag, an die Stelle von Sachleistungen in grösserem Mass Geldleistungen der Krankenversicherung zu setzen. Dazu der Bericht: «Die Realisierung eines solchen Vorschlages würde die Einheit der Risikengemeinschaft zerstören. Sie hätte unmittelbare Auswirkungen auf die Lohnpolitik, weil für einen Teil der Versicherten durch den vermehrten Eigenaufwand bei Krankheiten der Reallohn verringert würde. Bei kinderreichen Versicherten wirkt sie ausgesprochen familienfeindlich. Die Administration der Krankenversicherung würde erschwert und verteuert werden.»

Vor dem Hintergrund mancher öffentlicher Auseinandersetzungen zwischen Krankenversicherungsträgern und Aerzten erscheint Ausserstehenden das Ergebnis der Beratungen über die Beziehungen der Krankenversicherung zu den Aerzten überraschend positiv. Sowohl die Träger der Krankenversicherung als auch ihre Vertragspartner kommen nämlich zur Ansicht, dass ihre *vertraglichen Beziehungen* und die diesen zugrundeliegenden gesetzlichen Vorschriften eine gesunde Grundlage für eine gedeihliche Zusammenarbeit bilden. Trotz der natürlich gegebenen Differenzen in Einzelbereichen besteht allgemein Zufriedenheit über die derzeitige Gesetzeslage, welche die Regelung des Zusammenwirkens der Sozialversicherungsträger mit den verschiedenen Gesundheitsberufen privatrechtlichen Verträgen überlässt. Darüber hinaus wurde prinzipiell auch allgemeine Zufriedenheit mit dem Inhalt dieser privatrechtlichen Verträge ausgedrückt.

Eingehend nahm die Enquete zu Problemen der *ärztlichen Versorgung der Versicherten* Stellung und formulierte hierzu: «Der Mangel an praktischen Aerzten bedroht vor allem auf dem Land eine ausreichende ärztliche Versorgung der Versicherten. Die Vertreter der Krankenversicherungsträger und der Landwirtschaftskammern hielten es für besonders dringlich, festzustellen, ob und unter welchen Voraussetzungen eine Lenkung hinsichtlich der Niederlassung der Aerzte möglich wäre. Von seiten der Aerzteschaft wurde darauf hingewiesen, dass der Aerzteberuf nach den gesetzlichen Bestimmungen ein freier, dirigistischer Lenkungsmaßnahmen unzugänglicher Beruf sei. Wohl werden Massnahmen als nötig erachtet, welche die Aerzte zur Niederlassung an bestimmten Orten veranlassen sollten. Das Kernproblem wird darin gesehen, dass die Praktiker-ausbildung gegenüber der Fachärzteausbildung zurückblieb. Eine Restriktion der Ausbildungsstätten für Fachärzte sowie eine Systemierung der Facharztausbildungsstellen im Sinne einer Verminderung im Bereiche der Kliniken wären zweifellos geeignete Mittel, hier Abhilfe zu schaffen. In einer Studie des Institutes für allge-

meine Medizin in Klagenfurt wird ausdrücklich auf die Möglichkeit hingewiesen, die Ausbildung der praktischen Aerzte zum Teil bei praktischen Aerzten zu besorgen. Es fällt primär in den Aufgabenbereich der staatlichen Gesundheitsverwaltung – wie übereinstimmend festgestellt wurde – das ärztliche Nachwuchsproblem zu lösen und gezielte Massnahmen in dieser Richtung vorzusehen. Eine Aenderung der Ausbildungsvorschriften der Aerzte wurde für notwendig gehalten. Die Honorarordnungen sollten so gestaltet werden, dass sie einen finanziellen Anreiz für praktische Aerzte im allgemeinen und für Landärzte im besonderen darstellen. Uebereinstimmend wurde in Aussicht genommen, dass die Oesterreichische Aerztekammer dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger ein Programm der in Betracht kommenden Massnahmen zur Förderung des praktischen Arztes und damit auch des Landarztes vorlegen wird. Die Grundformen der Systeme der Arzthonorierung wurden eingehend diskutiert. Ohne die Schwierigkeiten des Problems zu verkennen, wurde übereinstimmend die schrittweise Angleichung der derzeit zum Teil sehr stark voneinander abweichenden Honorarordnungen der einzelnen Bundesländer, aber auch der einzelnen Krankenversicherungsträger, für notwendig erachtet. Eine bundeseinheitliche Arzthonorierung wäre erstrebenswert. Man regte an, zumindest einen Modellvertrag für jene Krankenversicherungsträger vorzubereiten, die nach dem Einzelleistungssystem honorieren und eine zweite Modellvariante für Kassen und Aerztekammern, die eher das Pauschal- bzw. Mischhonorierungssystem vorziehen. Es sollen so in absehbarer Zeit an Stelle vieler nur zwei Vertragssysteme treten. Nach Auffassung der Aerzteschaft erleichtert der Funkdienst die Tätigkeit des praktischen Arztes auf dem Land wesentlich und gewährleistet eine bessere ärztliche Versorgung der Versicherten. Zunächst müssten allerdings die technischen Voraussetzungen durch einheitliche Planung auf Bundesebene, um Doppelgleisigkeiten zu vermeiden, geschaffen sowie gemeinsam mit den Krankenversicherungsträgern ein Weg der Finanzierung gefunden werden.»

Wie vor ihr schon der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und die Weltgesundheitsorganisation (WHO), verlangte auch die Krankenversicherungsenquête eine grundlegende *Reform des österreichischen Krankenhauswesens* und kam dabei zu nachstehenden Schlussfolgerungen: «Neben der Besorgung der Diagnostik und Therapie jener Kranken, die in der freien Praxis nicht ausreichend versorgt werden können, werden die Krankenanstalten mehr als bisher ihre Aufgaben als Untersuchungs- und Behandlungszentren zu erfüllen haben, da die modernen medizinischen, diagnostischen und therapeutischen Techniken immer häufiger eine Aufnahme in eine Anstalt nötig machen. Schon die immer kostspieliger werdenden technischen Geräte verlangen aus wirt-

schaftlichen Gründen eine ausreichende Auslastung, die in der Regel nur in zentralen Einrichtungen (Krankenanstalten) gegeben sein wird. Das Krankenhaus wird in zunehmendem Mass auch Aufgaben im Rahmen der Krankheitsverhütung zu übernehmen haben. Die immer weitergeführte Spezialisierung wird jedoch von der Gefahr begleitet, dass sich der Kranke zwischen Teams von hochspezialisierten Organdiagnostikern oder Spezialtherapeuten verliert und Koordinatoren fehlen, die ihn durch all die vielen Untersuchungs- und Therapiewege führen und schliesslich über die endgültig vorzunehmende Behandlung beraten. Hier erwachsen auch den frei praktizierenden Aerzten – sei es nun der praktische Arzt oder Facharzt – sicherlich neue und wichtige Aufgaben; es wird notwendig sein, dass sich die niedergelassenen Aerzte in einem noch grösseren Masse als bisher an der Krankenhausarbeit (etwa in Belegkrankenhäusern oder Belegstationen) beteiligen. Eine intensivere Zusammenarbeit zwischen den niedergelassenen Aerzten und den Krankenanstalten könnte auch eine Verkürzung der (im Vergleich zu anderen Ländern in Oesterreich zu langen) Verweildauer, eine Intensivierung der Vor- und Nachbehandlung und eine Verringerung der Zahl der Spitaleinweisungen bewirken; das Bettenangebot wäre dadurch grösser. Die Grenzen zwischen dem «Arzt draussen» und den Krankenanstalten müssten zunehmend verwischt werden. Es wurde die Ansicht vertreten, dass die Fürsorge- und Beratungsdienste in Zukunft in eine besonders enge Beziehung zum Krankenhaus treten sollten. Die Krankenanstalten müssen sozusagen auch Gesundheitszentren werden, die an der Erfüllung jener Aufgaben in geeigneter Weise mitwirken, die den Entwicklungen prophylaktischer und frühdiagnostischer Art entsprechen (zum Beispiel Serienuntersuchungen, manche Schutzimpfungen, Mutterberatung, Säuglingsfürsorge, Tbc-Fürsorge, Suchtgiftbekämpfung, psychologischer Beratungsdienst). Das Krankenhaus soll vor allem immer dann auf diesem Gebiet tätig werden, wenn bereits bestehende Einrichtungen dies nicht ausreichend besorgen können oder wenn diese Aufgaben (zum Beispiel wegen technischer Erfordernisse) nicht ausreichend dezentral von den frei praktizierenden Aerzten (zum Beispiel Gemeindeärzten) erfüllt werden können. Der rasche medizinische Fortschritt, die Technisierung und Spezialisierung erfordern eine erweiterte Ausbildung und Fortbildung der Aerzte und des medizinischen Hilfspersonals in den Krankenanstalten. Das medizinische Studium wird sich mehr als bisher mit einer Basisausbildung begnügen und durch noch längere Ausbildung im Krankenhaus ergänzt werden müssen. Die postpromotionelle Ausbildung sollte sich nicht nur auf die Behandlung von Spitalpatienten erstrecken, sondern auch Kenntnisse für die Behandlung der ausserhalb des Spitals befindlichen Kranken vermitteln. Es ist zu erwägen, ob die praktische Ausbildung für die zweite Aufgabe nicht im

Rahmen einer Tätigkeit bei einem frei praktizierenden Arzt erfolgen sollte. Auch die Fortbildung des niedergelassenen Arztes muss in zunehmendem Masse von der Krankenanstalt übernommen werden. Die Aus- und vor allem die Fortbildung des medizinischen Hilfspersonals müsste weitgehend in den Krankenanstalten vorgenommen werden. Insbesondere wäre die Ausbildung des medizinischen Hilfspersonals an Regionalkrankenhäusern zu erleichtern. Die Zahl der klinischen Befunde und Laborbefunde steigt ständig. Die Krankenanstalten sind die geeigneten Zentren für die Erfassung und Weitergabe medizinischer Daten unter Wahrung des ärztlichen Berufsgeheimnisses. Solche medizinische Datenbanken könnten auch für statistische Erhebungen dienen; schliesslich werden sie in Zukunft wohl auch als Hilfsmittel für die ärztliche Diagnose herangezogen werden. Soweit nicht andere Organisationen solche Aufgaben erfüllen, wird das Krankenhaus in Zukunft in zunehmendem Mass auch als Zentrale für gewisse hochspezialisierte Notdienste (zum Beispiel Herzalarm, «Vergiftungs»-Zentren) fungieren müssen. Um der Gefahr der Mechanisierung der Krankenanstalten in Zukunft zu begegnen, soll die menschlich-seelische Betreuung neben dem Arzt und dem Seelsorger ein besonders ausgebildeter «Sozialarbeiter» besorgen, der in der Lage ist, Kontakt zu den bestehenden Fürsorgeeinrichtungen zu halten und dem Patienten in persönlichen Angelegenheiten behilflich zu sein (zum Beispiel Zahlung der Miete, Behördenwege). Der Krankenfürsorgedienst hätte auch festzustellen, ob der Patient nach der Entlassung versorgt und betreut wird bzw. entsprechende Massnahmen zu veranlassen (Hauskrankenpflege, Heimhilfe) sowie im Rehabilitationsverfahren mitzuwirken.»

Die Teilnehmer der Enquete treten dafür ein, im Rahmen eines Krankenhauskonzeptes die Spitäler in Kleinst-, Regel- und Schwerpunkt- und Sonderkrankenanstalten zu gliedern, wobei selbstverständlich Mischtypen entstehen können. «Es wird notwendig sein, in zunehmendem Mass die *Finanzierung der Krankenanstalten* aus anderen Quellen als den Sozialversicherungsbeiträgen zu suchen», stellt der Bericht weiter fest.

Obgleich in Oesterreich die *Zahl der Krankenversicherungsträger* relativ klein ist und 1974 durch die Fusion der jetzt noch existierenden acht Gewerblichen Selbständigenkrankenkassen mit der Pensionsversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft zur Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft auf 33 reduziert wird – neun Gebietskrankenkassen, neun Landwirtschafts-Krankenkassen, zehn Betriebskrankenkassen, die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft, die Oesterreichische Bauernkrankenkasse, die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, die Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen und die Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaues – beschäftigte man sich

nicht mit der noch notwendigen weiteren Konzentration der österreichischen Krankenversicherung, hingegen mehr mit Fragen der *inneren Organisation*, mit der sich ohne allzu viele Aenderungen häufig Rationalisierungseffekte erzielen lassen, die neben finanziellen und verwaltungsökonomischen Auswirkungen auch den Versicherten wesentliche Vorteile bringen könnten. Für Versicherungsträger und Vertragspartner sollen Organisationsfachleute beim Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, der gesetzlichen Dachorganisation der österreichischen Sozialversicherung, bereit stehen, die in Fragen der Rationalisierung beratend beigezogen werden könnten. Für die Versicherungsträger soll der Hauptverband einen *Computerplan* ausarbeiten. Für die Abwicklung des Leistungswesens soll unter Berücksichtigung der Versichertennummer eine Musterorganisation aufgebaut werden, die von allen Krankenversicherungsträgern auf eigenen Wunsch übernommen werden kann. Es soll geprüft werden, ob jeweils auf Landesebene ein Versichertenkataster von dem Versicherungsträger mit der leistungsfähigsten EDV-Anlage errichtet und verwaltet werden kann. Man sprach auch von gemeinsamen Einkaufsstellen und von Möglichkeiten, mit den anderen, im selben Bundesland tätigen Versicherungsträgern zusammenzuarbeiten, zum Beispiel durch gemeinsamen Beitragseinzug, gemeinsame Oeffentlichkeitsarbeit, Koordination und Abstimmung von Sprechtagen der Funktionäre und Angestellten, Uebernahme gewisser eingeschränkter Aufgaben durch Aussenstellen der Gebietskrankenkassen für andere Versicherungsträger (Chefarztgenehmigung, Entgegennahme von Anträgen und ähnliches). Es wurde weiter empfohlen, Aerzte-, Spitäler- und Apothekerrechnungen zusammenzulegen, gemeinsame Rationalisierungs- und Gesundheitseinrichtungen (vor allem Gesundenuntersuchungsstellen) und Aussenstellen für die Verwaltung zu schaffen. Schliesslich wurde die Intensivierung und bessere Koordinierung der Oeffentlichkeitsarbeit gefordert.

Für die *Finanzierungsprobleme der österreichischen Krankenversicherung* bestehen gleiche Gründe wie in anderen vergleichbaren Staaten. Sie sind besonders darin zu suchen, dass der Aufwand für Sachleistungen (vor allem ärztliche Hilfe, Krankenhauspflege, Heilmittel) stark und überproportional wächst. Auch die vergrösserte Lebensdauer der Menschen schlägt bei den Krankenversicherungsträgern zu Buch und dasselbe gilt für das Teurerwerden der modernen Medizin überhaupt. Die Enquete, die sich gegen eine Erweiterung der Kostenbeteiligung in der Krankenversicherung aussprach, nannte als Möglichkeit für eine Verbesserung der finanziellen Lage vor allem die Hinaufsetzung der Höchstbeitragsgrundlage (bis zu dieser Grenze leisten die Arbeitnehmer in Oesterreich ihre Krankenversicherungsbeiträge, versicherungspflichtig bleiben auch die Bezieher höherer Einkommen, Entgeltteile über der Höchstbeitrags-

grundlage sind nicht in die Versicherung einbezogen) in der Krankenversicherung der Arbeitnehmer von derzeit 4800 auf 5400 bis 5700 Schilling monatlich (also auf 900 bis 950 sFr.) und dann die Dynamisierung der Höchstbeitragsgrundlage. In der Diskussion wurde auch die Möglichkeit einer Erhöhung des in der ASVG-Krankenversicherung geltenden Beitragssatzes, der in Oesterreich recht niedrig ist, einbezogen. Momentan macht der Beitragssatz, der je zur Hälfte von Arbeitgebern und Arbeitnehmern getragen wird, für Arbeiter 7,3 und für Angestellte 4,8 Prozent des versicherungspflichtigen Entgelts aus.

Die nächsten Schritte hat nun der Gesetzgeber zu machen. Er findet einen von der Enquete über die soziale Krankenversicherung schon etwas geebneten Weg vor.

Glück und Ende des allumfassenden «Weltgewerkschaftsbundes»

J. W. Brügel

Julius Braunthals «Geschichte der Internationale» liegt nun mit dem dritten Band, der die Nachkriegszeit behandelt, abgeschlossen vor ¹⁾ und ein Rezensent hat das ganze Werk mit Recht «die sozialdemokratische Weltgeschichte der Gegenwart» genannt, denn es ist weit mehr als eine Geschichte der Sozialistischen Internationale, deren Sekretär der heute 81jährige Autor von 1949 bis 1956 war. Es handelt sich bei dem dritten Band um eine vom Standpunkt des demokratischen Sozialismus gesehene Darstellung der Nachkriegsgeschichte unter besonderer Berücksichtigung der sozialistischen und der kommunistischen Bewegung. Der grosse Vorzug des Buches ist, dass es sich nicht auf die Betrachtung der Vorgänge in Europa beschränkt, sondern Sozialismus und Kommunismus in Asien in allen Einzelheiten zum ersten Male zusammenfassend – gegründet sowohl auf persönliche Erfahrung wie auf ein eifriges Studium der Literatur – in deutscher Sprache beschreibt.

Natürlich kommen in dem Buch auch die Probleme des Neuaufbaus der gewerkschaftlichen Organisationen nach dem Zweiten Weltkrieg im innerstaatlichen und im internationalen Bereich nicht zu kurz. Mit grosser Eindringlichkeit wird besonders die Eroberung der Ge-

¹ Julius Braunthal, *Geschichte der Internationale*, Band 3, Hannover 1971, Verlag J. H.W. Dietz, 724 Seiten.