

Bayerisches Aerztliches Correspondenzblatt

Bayerische Aerztezeitung.

Amtliches Blatt der Bayerischen Landesärztekammer und des Bayerischen Aerzteverbandes (Geschäftsstelle Nürnberg, Luitpoldhaus, Gewerbemuseumsplatz 4, Telephon 23045, Postscheck-Konto Nürnberg Nr. 15376, Bankkonto Bayerische Staatsbank Nürnberg Offenes Depot 32926).

Schriftleiter San.-Rat Dr. H. Scholl, München, Pettenbeckstrasse 8. Tel. 92 001.

Verlag der Aerztlichen Rundschau Otto Gmelin München 2 NO. 3, Wurzerstr. 1 b, Tel. 20443, Postscheckkonto 1161 München.

Das »Bayer. Aerztl. Correspondenz-Blatt« erscheint jeden Samstag. Bezugspreis vierteljährlich 4 Mk. — Anzeigen kosten für die 6 gespaltene Millimeterzeile 15 Goldpfge. — Alleinige Anzeigen- u. Beilagen-Annahme: ALA Anzeigen-Aktiengesellschaft in Interessengemeinschaft mit Haasenstein & Vogler A.-G. Daube & Co., G. m. b. H. München, Berlin und Filialen.

Nr. 27.

München, 7. Juli 1928.

XXXI. Jahrgang.

Inhalt: Eröffnungsrede zum 47. Deutschen Aerztetag in Danzig. — Die volkswirtschaftliche Bedeutung der Krankenversicherung. — Der Arzt als Gesundheitslehrer und Erzieher. — Bericht des Prüfungsausschusses für Fachärzte. — Zur Heufieber- und Asthmabekämpfung. — Arzt und Klinik. — Vereinsmitteilungen: Sterbekasse Oberbayern-Land. — Münchener Aerzterein für freie Arztwahl. — Fachnormenausschuss Krankenhaus. — Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten. — 33. ärztliche Studienreise.

Einladungen zu Versammlungen.

Aerztlicher Bezirksverein und Aerztlich-wirtschaftlicher Verein Mittelschwaben.

Die Sitzung findet am Sonntag, dem 15. Juli, nachmittags 2½ Uhr, im Hotel „Drei Mohren“ in Augsburg statt. Hauptpunkt der Tagesordnung: Vorstandswahl, Einlauf, Sonstiges und Wünsche.

Aerztlicher Bezirksverein Gemünden-Lohr.

Am Sonntag, dem 15. Juli, gesellige Zusammenkunft mit Damen in Bad Brückenau. Treffpunkt ab 3 Uhr nachmittags im Kurgarten-Café, bei ungünstiger Witterung im Kurhaus. Zahlreiche Beteiligung erwünscht.
Dr. Vorndran.

Eröffnungsrede zum 47. Deutschen Aerztetag in Danzig am 29. Juni 1928.

Von Geh. Sanitätsrat Dr. Alfons Stauder.

Zum zweiten Male in der Geschichte des Deutschen Aerztereinbundes tagt der Deutsche Aerztetag in Danzig. Wie verschieden sind die äußeren Verhältnisse jener ersten Tagung im Jahre 1908 und heute, nach 20 Jahren! Damals waren es 292 Abgeordnete, die der ehrwürdigen Stadt Danzig, der Hauptstadt Westpreußens, und der Aerzteschaft Westpreußens ihren Besuch abstatteten als Vertreter von 309 Vereinen, die insgesamt 21920 stimmfähige Mitglieder zählten. In diesem Jahre eine Wallfahrt der Vertreter von zirka 530 ärztlichen Standes- und 801 wirtschaftlichen Vereinen, die eine Gesamtzahl von 44000 deutschen Aerzten umfassen, in die durch einen die deutsche Freiheit und das deutsche Selbstbestimmungsrecht zerstörenden Friedensschluß vom deutschen Vaterlande zwangsweise getrennte freie Stadt. Das schwere Schicksal des Vaterlandes und die Folgen seiner Entrechtung treten uns in diesen Tagen deutlich vor das Auge. Mit tiefem Schmerz und mit um so größerer Liebe grüßen wir Danzig, seine staatlichen Vertreter, seine Bevölkerung und seine Aerzte. Unsere Fahrt nach dem deut-

schen Osten soll beweisen, daß die deutsche Aerzteschaft ob der Sorge um das Schicksal unseres Standes die größere um die deutsche Not nicht vergißt.

Der Deutsche Aerztetag wurde am gestrigen Abend im allehrwürdigen Artushof durch den Herrn Senatspräsidenten der Freien Stadt Danzig auf das liebenswürdigste willkommen geheißen. Heute rufe ich Ihnen, dem hier erschienenen Vertreter der Freien Stadt, dem Senat und der Bevölkerung, den hier anwesenden Ehrengästen aus Danzig und nicht zuletzt seiner Aerzteschaft zu: Ich bringe Ihnen den Gruß der deutschen Heimat. Gott schütze Danzig!

Seit den Septembertagen des Vorjahres und dem wundervollen Würzburger Aerztetag hat die Arbeit der Leitung und der Geschäftsstelle des Deutschen Aerztereinbundes keinen Tag geruht und gefeiert, um die durch die Beschlüsse der letzten Aerztetage umschriebenen Ziele unseres Standes zu verwirklichen und ihrer befriedigenden Lösung entgegenzuführen. Der umfangreiche Geschäftsbericht zeigt Ihnen den stets an Ausdehnung seines Aufgabenkreises wachsenden Bund in rüstigem Vorwärtsschreiten. Der Ausbau unseres Aerztereinbundes, der durch die Beschlüsse des 45. Aerztetages in Eisenach 1926 seinen Wirkungskreis neu in Satzungen gründete und festlegte, bedurfte einer unermüdlichen Kleinarbeit, die mühevoll Boden gewinnt und das satzungsgemäß umschriebene Fundament unseres Bundes, seine Gliederung und gegenseitige Durchflechtung neu schafft und durch Ausgleich und Beseitigung vorhandener Meinungsverschiedenheiten und Gegensätze die notwendige Voraussetzung für ein erfolgreiches Wirken nach außen erstrebt, nämlich die innere Einigkeit und Geschlossenheit als deutsche Standesvertretung der Aerzte. Das Ziel dieser inneren Organisationsarbeit des Bundes ist das Streben zu einer einheitlichen Willensbildung der Gesamtheit des Standes und zu deren Vertretung. Diese Willensbildung kann gewonnen werden, wenn die weitgehende Differenzierung und Zersplitterung der ärztlichen Sonderverbände aller Art den Weg zu gemeinsamer Beschlußfassung durch die Spitzenverbände unseres Standes, den Deutschen Aerztereinbund und in Wirtschaftsfragen den Hartmannbund, nicht verbaut und die Zuständigkeit des Deutschen Aerztetags zu einer dort allein möglichen

Aufstellung von Standesgrundsätzen und Standeszielen nicht erschwert durch Vorwegnahme der Entscheidung in Beschlüssen einzelner Aerztegruppen oder durch nachträgliche Anfechtung der Beschlüsse und Erschwerung ihrer Durchführung. Es muß erreichbar sein, daß die Stellungnahme der Bundesvereine und der ärztlichen Sondergruppen zum Programm und zu den Leitsätzen der jeweiligen Aerztetage von diesen erfolgt, Anträge und Anregungen vor der Beschlußfassung verlaublichen, daß aber nach erfolgtem Beschluß allerseits der gute Wille zur Befolgung erkennbar und betätigt wird, daß Bedenken einzelner Aerztführer in Untergruppen zurücktreten und der beschlußmäßig festgelegte Weg allerseits tatkräftig begangen wird. Nachträgliche Kritik an den Beschlüssen darf sich nie und nimmer in Nichtbefolgung des Beschlossenen oder gar in Bekämpfung ergehen, soll die Leitung des Bundes Erfolge nach innen und außen erzielen.

In diesem Zusammenhang muß die am 1. November 1927 veröffentlichte Vereinbarung des Aerztevereinsbundes mit dem Hartmannbund über die Notwendigkeit engster Zusammenarbeit der beiden Spitzenverbände auf dem Boden der bereits im Kölner Abkommen 1903 festgelegten Grundlagen freudig begrüßt werden. Die gemeinsame Arbeit, die Pflege treuester Umsorgung der ärztlichen Standesprobleme, die Einigung über die jeweilige Zuständigkeit, sei es des Aerztevereinsbundes, sei es die seiner großen Wirtschaftsabteilung, des Hartmannbundes, bei der Verteilung und Bearbeitung der einzelnen Aufgabengebiete hat den überall vorhandenen Willen zur ungetrübten, unzertrennbaren Zusammengehörigkeit aufs neue gekräftigt. Dieser Wille ist auch in den Arbeiten dieses Geschäftsjahres überall erfolgreich zutage getreten.

Die Auflösung des Bundes der Fachärzte Deutschlands ist Tatsache geworden. Die Verhandlungen mit dem Verband der praktischen Aerzte Deutschlands, um dessen Auflösung und organische Ueberleitung in die Hauptverbände nach den Beschlüssen des Bremer Aerztetages 1924 und der Würzburger Hauptversammlung des Hartmannbundes 1927 herbeizuführen, sind tatkräftig gefördert worden, leider aber noch nicht beendet. Möge diese organisatorische Notwendigkeit im kommenden Geschäftsjahr zur Wirklichkeit werden.

Neuerliche Bestrebungen auf Bildung eines Aerzteausschusses für wirtschaftliche Fachvertretungen müssen als eine Ueberschreitung der Richtlinien und der Willensmeinung früherer Aerztetage und als unnötige Ueberorganisation abgelehnt werden.

Ein Abkommen mit den Fürsorgearztverbänden im Sinne der Beschlüsse des vorigen Aerztetags ist seit Monaten schriftlich ausgearbeitet und niedergelegt, gründlichst durchberaten und wird hoffentlich nicht durch die Behandlung auf den Hauptversammlungen der fürsorgeärztlichen Sonderverbände neuerdings in Frage gestellt werden. Die dringend nötigen, aber erst im Anschluß an das vollzogene Einigungsabkommen mit den Fürsorgearztverbänden Erfolg versprechenden Verhandlungen mit den zuständigen kommunalen Spitzenverbänden müssen dann unverzüglich erfolgen, um das so schwierige und für den ärztlichen Stand so wichtige Fürsorgeproblem zu fördern und die ärztliche Mitarbeit an ihm zu sichern.

Leicht sind diese Arbeiten am inneren Ausbau des Bundes zu einer geschlossenen Vertretung des gesamten Standes keineswegs gewesen. Es gehört unbeugsamer Wille und ein durch gelegentliche Enttäuschungen ungebrochenes Vertrauen zur Richtigkeit und Notwendigkeit des Beschlossenen dazu, um diese mühevollen Innenarbeit zu leisten und die dabei unausbleiblichen Ent-

täuschungen zu überwinden. Auch heute muß ich daher eindringlichst an Ihre Standestreue und Bereitwilligkeit mich wenden, die Geschlossenheit und Einigkeit allen vermeintlichen Sondernotwendigkeiten und Sonderwünschen voranzustellen; im Kampf um die Lebensnotwendigkeiten und die Rechte des deutschen Aerztestandes hilft uns nur eigener Wille und die Geschlossenheit unserer Reihen. Helfen Sie alle, verehrte Kollegen, das Bollwerk zur Einigkeit zimmern! Erst gilt es, das Haus eines freien, sich selbst verantwortlichen und selbstverwaltenden Aerztestandes zu erbauen, bevor wir die einzelnen Räume in ihm verteilen und über seine zweckentsprechende Innenausstattung beraten. Ich werbe nachdrücklichst um Ihre Einsicht, Ihr Vertrauen und Ihre geschlossene, unverbrüchliche Einigkeit, denn nur sie hilft voran.

Auf dem Boden einer solchen willensstarken und unverbrüchlich zusammengeschlossenen Einheit des Standes allein können wir es wagen, der nach den großen Wahlen neugebildeten Reichsregierung und dem die Geschicke unseres Vaterlandes ebenso wie die unseres Aerztestandes formenden Reichsparlament, dem Reichstag gegenüber unsere Forderungen und Anträge vorzulegen und zu vertreten. Nachdrücklichst erkennen wir für Reichsregierung und Reichstag das Recht und die Notwendigkeit an, Anträge eines Standes zu prüfen unter dem Gesichtspunkte: Was nützt dem Vaterlande! Ebenso nachdrücklich aber können wir auf dem Gebiete der Gesundheitsfürsorge und der Sozialpolitik für uns das Recht der Mitberatung und der Mitarbeit fordern, weil wir in diesen großen, das Leben unseres Volkes so bedeutsam berührenden Fragen uns als Sachverständige betrachten dürfen und wissen, daß es ohne die freudige Mitarbeit des ganzen Aerztestandes überhaupt nicht vorwärts gehen kann, mit ihm und getragen von den in ihm wirkenden Kräften aber gelingen wird, der Volksgesundheit und der sozialen Entwicklung unseres Staates voranzuhelfen. Darum sind wir meines Erachtens geradezu verpflichtet, unsere Forderungen an heutigen Tage erneut zu formulieren und den Einzelbesprechungen von Sonderfragen der heutigen Tagesordnung voranzustellen.

Der Deutsche Aerztetag fordert auch heute wie an den Aerztetagen in Eisenach und Würzburg der beiden Vorjahre die Herausnahme des Arztes aus der Reichsgewerbeordnung. Nachdrücklichst bekennt er sich zu dem Grundsatz früherer Reichsgerichtsentscheidungen, daß der ärztliche Stand kein Gewerbe ist und kein Gewerbe werden darf, sondern ein freier Beruf.

Die Entwicklung der Beurteilung, die unser Stand auf Grund seiner Stellung in der Reichsgewerbeordnung erlebt, zeigt sich deutlich in der jüngeren Gesetzgebung einzelner deutscher Länder. Sie hat den von mir schon vor zwei Jahren in Eisenach geäußerten Befürchtungen Recht gegeben. Ist man doch in einer Reihe deutscher Länder dazu übergegangen, die Angehörigen der freien Berufe, also auch der Aerzteschaft, als Gewerbetreibende zu erachten und dementsprechend zur Zahlung einer Gewerbesteuer heranzuziehen.

Man plant in der Steuergesetzgebung des Reiches die ärztlichen Privatkliniken durch die Gewerbesteuer zu erfassen und vernichtet so den für die Gesundheit des Volkes unentbehrlichen Bestand an solchen Kliniken, die, wie insbesondere die Privatanstalten für Tuberkulose und Geisteskranke, ein öffentliches Bedürfnis darstellen und gar nicht entbehrt werden können. Nachdrücklich muß auf diesen Irrweg der Steuergesetzgebung hingewiesen werden, der den Charakter des ärztlichen Berufes gefährdet und ihn auf den Weg einer materialistischen Auffassung zwingt, den er gerade im Interesse des Volksganzen vermeiden will und vermeiden muß.

Gerade durch die Gesetzgebung der letzten Jahrzehnte ist eine neue Stellung des ärztlichen Standes zum Staate erfolgt, die von selbst alle Voraussetzungen des öffentlichen Charakters des Aerztestandes entwickelt. Jeder Arzt war ehemals ein für sich bestehender, selbständiger Träger des Berufes gewesen. Sich selbst sozial und wirtschaftlich genügend, hatte er auch sozialpolitisch bei seinem rein individuell gestalteten Dienste an den Krankenbetten des Volkes des Staates nur in Ausnahmefällen bedurft. Er lebte im Rahmen medizinisch-politischer Richtlinien, die der Staat aufstellte, sein Leben fast nur in seinem eigenen Zirkel.

Wie anders der neue Aerztestand, wie er auf Grund der organisierten Seuchenbekämpfung des Staates, seiner modernen Hygiene, des weitgedehnten Ausbaues der Sozialpolitik und der Fürsorgeeinrichtungen in allen ihren Abwandlungen sich darstellt.

Nunmehr bedarf der Staat seiner Aerzte und der Einzelarzt selbst des Staates. So sieht sich schließlich je länger je mehr auch der letzte Arzt gezwungen, den vielfach öffentlichen Charakter seiner besonderen Tätigkeit zu begreifen, wie umgekehrt auch der Staat sich veranlaßt sehen muß, die Tätigkeit der Aerzteschaft als Träger der Gesundheitspflege am deutschen Volke für sich als nötig und unentbehrlich anzuerkennen und sein Verhältnis zum Arzte gesetzlich zu regeln. Es kann gar nicht auf die Dauer ausbleiben, daß im vollen Erfassen dieser Zusammenhänge die Forderung der öffentlichen Rechtsstellung des ärztlichen Standes und des Einzelarztes begriffen und vollzogen wird.

So fordert die deutsche Aerzteschaft zum zweiten die Neuordnung des Aerzterechtes, den Erlaß einer deutschen Reichsärzteordnung, die Bildung einer deutschen Aerztekammer, die verantwortliche Mitarbeit auch in der Sozialgesetzgebung, das Recht der Selbstverwaltung in ihr und die gesetzliche Verpflichtung jedes deutschen Arztes, dieser neuen Aerzteordnung zu unterstehen. Nur so kann der Arzt dem Staate treu und selbstlos als Träger hoher Pflichten dienen, die notwendige Freiheit und Unabhängigkeit der Berufsausübung wahren, die allein ihn zum Berater der Kranken und Leidenden macht und doch zugleich ihn zum Dienste an der Gesundheit des deutschen Volkes befähigt.

Nicht die Verbeamtung der Aerzteschaft bringt dem deutschen Volk den wahren Arzt und Helfer. Seine doppelte Pflicht im Dienste des einzelnen Kranken und im Gesundheitsdienste des Vaterlandes verlangt von ihm sittliche persönliche Freiheit und lediglich Gebundenheit an einen für diesen Gesundheitsdienst am deutschen Volk verpflichteten und gesetzlich geordneten Gesamtstand, der fern von allem Standesdünkel nur die eine Pflicht kennt und übt und in der Ausübung dieser Pflicht geführt und überwacht wird von selbstgewählten Organen seiner eigenen Berufsführer, den Dienst an der Gesundheit seines Volkes.

Wenn es also unbestreitbar ist, daß der Staat mehr denn je eines innerlich und moralisch gesunden, zum Dienste hoher Pflichten erzogenen, ethisch und wissenschaftlich hochstehenden Aerztestandes bedarf, so muß er andererseits darauf bedacht sein, den Arzt einerseits wirtschaftlich sicherzustellen, das mühsam und nach langem Studium und staatlich vorgeschriebener Ausbildung und Prüfung erworbene Wissen nicht verkümmern zu lassen, andererseits dem Arzte das Vertrauen seines Volkes, dem er auf Grund seines Wissens und Bildungsganges dienen will und kann, zu wahren.

So fordert die deutsche Aerzteschaft zum dritten das gesetzlich feststehende Recht jedes Kranken auf den Arzt seines Vertrauens, die freie Arztwahl, weil nur auf dem Boden des restlosen Vertrauens des Erkrankten zum Arzte sich die wahre Heilkunst ent-

wickeln kann. Die deutsche Aerzteschaft, die für sich bei dem hohen Pflichtmaß, welches der Staat im öffentlichen Interesse ihr auferlegen muß, dieses Recht wirtschaftlicher Sicherstellung beanspruchen kann, stellt trotz dieses Anspruches auf materielle Existenz keineswegs eine wirtschaftliche Macht dar, wohl aber ein hochwertiges geistiges Kapital, das gerade im Interesse unseres Vaterlandes auf höchster Höhe erhalten werden muß.

Nun herrscht seit den letzten Jahrzehnten wie in den meisten akademischen Berufen eine beängstigende Ueberfüllung unseres Standes, die zur Bildung einer „ärztlichen Reservearmee“ geführt hat. So sicher es ist, daß auf die Dauer die weitere Auffüllung dieser Reserve durch ausgebildete, aus dem Rechte der Krankenbehandlung aber größtenteils durch gesetzliche Maßnahmen ausgeschlossene, wirtschaftlich oft in bitterster Not lebende Jungärzte zu den bedenklichsten Folgen führen muß, so notwendig ist es, daß die Aerzteschaft in ihren Bemühungen eine ungesunde Ueberfüllung des Berufes durch jährlich mehr als 1000 neue Medizinisch-studierende durch behördliche Maßnahmen unterstützt werden muß.

Die Frage, ob eine Ueberfüllung kleineren Umfangs vom wirtschaftlichen und allgemein kulturellen Standpunkte des Volksganzen aus ohne weiteres bedauert und daher verhütet werden soll, kann jedoch nicht einfach durch ja beantwortet werden. Man kann vielleicht im Gegenteil sagen, daß ein gewisses Ueberangebot, so sehr es dem Einzelinteresse der bereits zur Krankenbehandlung bei allen staatlichen Krankenkassen zugelassenen Aerzte oder dem der staatlichen Krankenkassen selbst zu widersprechen scheint, doch für die Allgemeinheit von Vorteil ist. Wichtig erscheint es vor allem, Aerzte von hervorragender Art zu erlangen. Ein Weg dazu ist die Auslese aus der Ueberzahl. Auch hier gilt das Wort, das Bertillon, der Erfinder des anthropometrischen Systems, einmal in bezug auf die Bevölkerung im allgemeinen sagt: Wer die Güte haben will, muß auch die Menge haben.

Die von politischer Seite geforderte Verbeamtung der Heilberufe, die in ihrem Endziel den Ersatz des frei praktizierenden Aerztestandes durch ärztliche Heilbeamte bedeuten würde, dürfte dem Bedürfnis des Vaterlandes nach bester Qualität seiner Aerzte kaum Rechnung tragen: eine solche Lösung scheint die Gefahr, Mittelmäßigkeiten zu konservieren, mit sich zu führen.

Im Interesse des durch die Ausschließung der Jungärzte aus der Behandlung der Krankenkassen vergebenden geistigen Kapitals unseres Aerztestandes fordern wir daher zum vierten den Abbau unsozialer, als verfehlte Zwangsbestimmungen und Maßregelungen empfundener Bestimmungen über die Zulassung zur kassenärztlichen Tätigkeit unter vorübergehender zeitlich zu begrenzender Einführung einer Planwirtschaft, welche die Zahl der zur Behandlung zugelassenen Aerzte nicht lediglich auf die Zahl der in den staatlichen Krankenkassen versicherten Bevölkerung abstellt, sondern dem Bedürfnis der Gesamtheit des Volkes angepaßt wird und auch der oben dargestellten Notwendigkeit der Qualitätsbildung aus einer gewissen Ueberzahl gerecht wird.

Ein zweiter Weg zur Gewinnung hervorragender Aerzte ist die Aenderung des ärztlichen Bildungsganges und der ärztlichen Prüfungsordnung. Die Ende 1927 amtlich bekanntgegebene Aenderung der ärztlichen Prüfungsordnung entspricht keineswegs den Wünschen des Eisenacher Aerztetages 1919 und der medizinischen Fakultäten nach Erweiterung des klinischen Bildungsganges, nach Erschwerung des medizinischen Studiums, nach einer fünf- bis sechsmonatlichen Zwangsamun-

latur in innerer Medizin und Chirurgie während der Studienzeit und einer dreimonatlichen Ausbildung in Geburtshilfe im praktischen Jahr. So darf man wohl von einer Enttäuschung der Aerzteschaft über diese Aenderung der Prüfungsordnung reden und als fünfte Forderung aufstellen,

5) die baldige Aenderung der ärztlichen Prüfungsordnung unter Mitberatung der ärztlichen Standesvertretung und der medizinischen Fakultäten, wobei insbesondere eine bessere Ausbildung der Medizinstudierenden auf dem Gebiete der sozialen Hygiene und der sparsamen Verordnungsweise gefordert werden muß.

Es kann heute nicht die Aufgabe der Eröffnungsrede des Aertzetages sein, hier genau umschriebene Forderungen aufzustellen. Das deutsche Volk hat aber das Recht auf den bestausgebildeten Arzt. Allenthalben klagt man, vielfach sicher mit Unrecht und teilweise aus durchsichtigen Gründen, über eine ungenügende Ausbildung der Aerzte. Mit Unrecht versucht man den Weg, ganze Behandlungsgebiete dem geprüften Arzte zu entziehen und einzelne Fürsorgeeinrichtungen besonders ausgebildeten und ausgewählten Aerzten zu überweisen. Nicht verkümmern lassen darf man den ärztlichen Beruf, man muß ihn durch Steigerung seines Bildungsganges veredeln. Dann aber muß man auch den approbierten Arzt schützen und ihn nicht durch nachträgliche Entziehung oder Schmälern der ihm verliehenen Approbationsrechte innerlich enterben.

So erscheint der von der Staatsregierung geplante Weg einer Konzessionspflicht für ärztliche Inhaber von Röntgenapparaten und die von den Krankenkassen aufgestellte Forderung eines Nachweises einer ausreichenden Röntgenausbildung für Fachärzte und praktische Aerzte verfehlt. Die ärztliche Technik ist ein Teil des Wissensgutes des Arztes. Er erwirkt dieses durch die ärztliche Prüfung und die Approbation. Man verbessere diese, wo sie Mängel aufweist, erhalte aber der Öffentlichkeit gegenüber den deutschen Arzt in dem Ansehen, welches er zur Ausübung seiner schweren Berufspflichten dringend bedarf.

6) Die deutsche Aerzteschaft fordert ferner die staatliche Bekämpfung des Kurpfuschertums durch Aenderung der einschlägigen Gesetzgebung, welche sich als völlig ungenügend erwiesen hat. Hier sei mit Dank auf den Runderlaß des preußischen Ministeriums für Volkswohlfahrt vom 29. Dezember 1927 verwiesen, der auf Grund der Verhandlungen im preußischen Landesgesundheitsrat am 9. und 10. März 1927 über die Mißstände auf dem Gebiete der Kurpfuscherei und Maßnahmen zu ihrer Beseitigung durch Anordnung behördlicher Aufklärung und planmäßiger Belehrung der Schuljugend einen guten Schritt vorwärts tat. Nahezu die ganze Kulturwelt hat die Ausübung der Heilkunde durch nichtapprobierte Heilbehandler gesetzlich verboten. Die schweren gesundheitlichen Schäden, die dem deutschen Volke durch die gesetzlich festgelegte „Kurrierfreiheit“ zugefügt wurden, sind so groß, daß der Gesetzgeber offenkundige Mißstände nicht länger im öffentlichen Interesse wird übersehen dürfen.

Die unermüdlige Tätigkeit der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung des Kurpfuschertums, der wir zur Feier des 25jährigen Bestehens herzliche Glückwünsche übermitteln durften, sei auch an dieser Stelle rühmend anerkannt. Fordern wir Aerzte aber vom Staate gesetzliche Hilfe gegen die schwere Volksschädigung durch Behandlung von Kranken durch nichtapprobierte Heilbehandler, dann müssen wir andererseits selbst unermüdllich auf diesen unverkennbaren Mißstand des Kurpfuschertums für unser Volk und seine Gesundheit hinweisen und uns nicht scheuen, im Kampfe gegen dasselbe in erster Linie zu stehen.

Unsere Anträge zu einer bevorstehenden Novelle der Reichsversicherungsordnung haben wir bereits am Aertzetag des Vorjahres formuliert. Es erübrigt sich daher heute, weitere Ausführungen hierzu zu machen. Bei Aufstellung der programmatischen Forderungen, welche die deutsche Aerzteschaft gegenüber der Gesetzgebung in Wahrung ihrer Pflicht, die Volksgesundheit zu hüten, kundgibt, muß auf die hier bereits vorliegenden Beschlüsse des Würzburger Aertzetages verwiesen werden.

Erfreulicherweise muß aber in diesem Zusammenhang betont werden, daß das vertrauensvolle Verhältnis, das wir im letzten Jahre bei unserem Zusammenarbeiten mit den Krankenkassenhauptverbänden gewonnen haben, auch in diesem Geschäftsjahr anhielt und hoffentlich den Beginn einer friedvollen Aera sichert, die zum Segen der gemeinsam zu bearbeitenden Aufgaben nicht genug gewünscht werden kann.

Zusammenfassend darf wohl gesagt werden, daß die Forderungen, die die deutsche Aerzteschaft zur Regelung ihres Verhältnisses zum Staate aufstellt, entstanden sind aus der sittlichen Pflicht des Sachverständigen, dem Vaterlande mit ganzer Kraft zu dienen und ihm einen freudig seine schwere Pflicht ausübenden Aerztestand zu erhalten. Vergleichen wir die von uns auf vergangenen Aertzetagen und auf Grund leidvoller Erfahrungen aufgestellten Forderungen und Bedürfnisse unseres Standes mit den Möglichkeiten, die uns auf Grund der gesamtpolitischen Lage bei der Vertretung derselben gegenüber Reichsregierung und Reichstag bestehen, so kann man wohl nur mit dem Gefühl tiefen Ernstes und aufrichtiger Besorgnis den kommenden Geschehnissen entgegensehen. Unklar ist die Lage unseres Staates, wenn nicht alle Zeichen trügen; ernst und schwer, was unser leidzerquältes Volk und mit ihm wir als Teil desselben an Prüfungen noch werden zu überstehen haben. Man kann nur hoffen, daß ehrliche Forderungen, geboren aus innerem Pflichtgefühl und aufrichtiger Ueberzeugung, daß sie notwendig sind, bei unbeugsamem Willen, sie zu vertreten und zu verteidigen, auf die Dauer nicht werden unerfüllt bleiben können. Es bleibt der deutschen Aerzteschaft kein anderer Weg, als auch in unklarer und sorgenvoller Lage das zu tun, was ernste Pflicht und eifrigste Selbsterforschung als nützlich für den Staat gefunden haben. Wir können nur hoffen und bitten, daß das von uns Geforderte zur Tat wird, weil wir überzeugt sind, daß diese Tat dem Vaterlande nützt.

Auch die vorliegende Tagesordnung, die wir in diesen zwei Tagen zu erledigen berufen sind, zeigt den Willen, unsere ärztliche Pflicht gegenüber dem Staate ernst zu nehmen und möglichst klar herauszustellen.

Das ärztliche Berufsgeheimnis soll uns in erster Linie beschäftigen. Hier stehen wir schon mitten in dem doppelten Pflichtenkreis, in dem der Arzt seine Berufarbeit zu vollbringen hat. Die Frage, wie bringt der gewissenhafte Arzt seine Pflichten gegenüber dem einzelnen Erkrankten, der ihm vertraut und vieles anvertraut, in Einklang mit seinen Pflichten zum Staate, führt in häufig genug in ernste innere Konflikte. Wo beginnt die Pflicht für den Arzt, das ihm Anvertraute bekanntzugeben? Möge die reiche Erfahrung unseres bedeutenden juristischen Beraters und Freundes Herrn Oberreichsanwalt Dr. Ebermayer, den ich herzlichst willkommen heiße, uns bei der Aussprache von Nutzen sein!

Nicht minder wichtig erscheint mir der zweite Hauptpunkt der Tagesordnung, der Arzt als Gutachter. Hier haben wir das ungeheuer ausgedehnte Gebiet vor uns, auf welchem der Arzt mit dem Staate, den öffentlichen Körperschaften, gesetzlichen Versicherungsträgern, Behörden und Gesellschaften bei Ausübung seines Amtes in Berührung kommt. Hier fordert der Staat, der

seine kostspieligen Bildungsmittel der medizinischen Jugend auf den Hochschulen und Akademien in reicher Fülle zur Verfügung stellt, um gute Aerzte zu haben, die Gegengabe von ihnen, nach bestem Wissen und Gewissen als Sachverständige mitzuhelfen bei den tausendfachen Fragen, die nur durch ärztliche Mithilfe gelöst werden können. Die dem Arzte hieraus erwachsenden Pflichten sollen in einer zusammenfassenden Berichterstattung dargestellt und umschrieben werden. Gilt es doch, das immer mehr sich mehrende Maß von Pflichten und Aufgaben, welche sich gerade hier in den letzten Jahrzehnten für den Arzt ergeben, klar zu erfassen, um sie meistern zu können. Gerade auf diesem Gebiete zeigt es sich, daß der Arzt im Dienste hoher Pflichten steht, die es ihm häufig gebieten, eigenes Interesse hinten zu stellen.

Zum dritten haben wir wie an den vergangenen Aerztetagen ein allgemeines soziales Problem von großer volkswirtschaftlicher Bedeutung zur Behandlung gestellt. Die vergangenen Aerztetage in Eisenach und Würzburg beschäftigten sich mit den Gefahren des Alkoholismus und der Wohnungsnot. Diesmal wollen wir darüber verhandeln, wie die Gefahren der Rauschgifte, des Morphoinismus und des Kokainismus zu bekämpfen sind, deren verheerende, Seelen und Werte zerstörende Wirkung wir Aerzte am besten beobachten können. Die Bedeutung dieser Fragen für das deutsche Volk soll durch die Berichterstattung dargestellt und die Wege zur Milderung und möglichst Beseitigung dieser schweren Schädigung des Volkskörpers beraten werden. Möge die Beschlußfassung gerade über diesen Punkt der Tagesordnung, bei dessen Beratung wir uns der sachverständigen Mithilfe des Reichsgesundheitsamtes erfreuen, dazu beitragen, der kommenden unentbehrlichen Gesetzgebung die Wege zu ebnen!

Neben diesen drei Hauptfragen sollen uns außer den rein geschäftlichen Punkten unserer Tagesordnung noch zwei, mehr interne Standesfragen beschäftigen, deren Ordnung nötig erscheint, die Frage der Abgrenzung der Facharztgebiete der inneren Medizin und der Kinderkrankheiten und die sogenannte Schilderfrage. Handelt es sich bei ersterer im wesentlichen um die Notwendigkeit einer Schlichtung von gegensätzlichen Standesanschauungen zwischen dem allgemein praktischen Arzt einerseits und zwei bedeutend im Wachsen begriffenen Facharztgruppen, so beschäftigt sich die zweite mit der nicht minder heiklen Frage der Ausbildung einer Standessitte hinsichtlich der Bekanntgabe ärztlicher Tätigkeit auf dem Arztschilder.

Als Unterton unter dem ersteren Frageproblem schwingt das Bedürfnis, dem deutschen Volke wiederum mehr, als es in dem letzten Jahrzehnt der Fall war, den deutschen Hausarzt zu sichern. Die Trennung, die der Bremer Aerztetag hinsichtlich der Zuständigkeit des Facharztes bei der häuslichen Behandlung der Erkrankten gefunden hat, ist gerade von diesen beiden Facharztgruppen wohl nicht überall mit der notwendigen kollegialen Vorsicht und Geschicklichkeit wahrgenommen worden. Die öffentliche Meinung ist vielfach dazu übergegangen, dem Facharzt für innere Medizin und dem Kinderarzt eine mehr hausärztliche Tätigkeit zuzumuten. Der Facharzt soll aber nicht Hausarzt sein. Die Beschäftigung seines Spezialgebietes zwingt ihn, Allgemeinpraxis zu vermeiden. Schon die Vorberatung zur Aufstellung von Richtlinien für diesen Punkt der Tagesordnung hat die unendlichen Schwierigkeiten aufgedeckt, die bei Lösung der Frage zu prüfen und zu verbescheiden sind. Es muß wohl im Interesse unseres Aerztetages nachdrücklichst gewünscht und gefordert werden, daß gerade bei der Behandlung dieser beiden Punkte das die Gegensätze Ueberbrückende und Einigende betont wird und daß das naturgemäß bei der Enge des Rahmens

sich ergebende Trennende möglichst zurückgestellt werde. Unser Stand kann sich in der jetzigen Lage nicht Gegensätze scharfer Art gestatten. Er kann Forderungen auch großer Aerztegruppen nur prüfen unter dem Gesichtswinkel des Nutzens für die Allgemeinheit des Standes. Allzu straffe und scharf umgrenzte Richtlinien dürften die Lage nicht meistern.

Bei der Lösung dieser Fragen aber ist das Entscheidende meines Erachtens die ärztliche Kollegialität und der akademische Takt. Möge bei der kommenden Aussprache über diese Punkte die gute Standessitte und der kollegiale Geist siegen!

Es entspricht der guten Sitte der Aerztelage und dem Gebot kollegialer Zusammengehörigkeit, vor Eintritt in die Tagesordnung unserer Toten zu gedenken. Unter den Tausenden, die in diesem Geschäftsjahre aus dem Leben schieden, die unsere Arbeitsgefährten und Freunde waren, möchte ich zwei Namen herausheben und dieser Männer besonders gedenken.

Am 22. September 1927 verschied völlig unerwartet Dr. Quaet-Faslem, Direktor des Privatsanatoriums Rasmühle, im Eisenbahnwagen nach einer ehrenamtlichen Sitzung. Ein aufrechter deutscher Mann, von glühender Liebe für sein Vaterland beseelt, war er seit 1921 Mitglied des preußischen Landtags. In ihm hat er mit großer Sachkenntnis an allen Beratungen und Verhandlungen über Gesetze teilgenommen, die sich mit Fragen der öffentlichen Gesundheitspflege beschäftigten. Für die Rechte und Würde des ärztlichen Standes ist er wiederholt öffentlich mannhaft eingetreten. Ein tüchtiger Sachwalter desselben, starb er viel zu früh.

Vor einigen Wochen verschied im 69. Lebensjahre der Führer der ober-schlesischen Aerzteschaft Dr. Karl Seiffert in Beuthen. Ein ausgezeichnete und unermüdliche Arzt, ein Förderer des Roten Kreuzes, Gründer einer Sanitätskolonne, Mitschöpfer des großen Krüppelheims zum Hl. Geist in Beuthen und leitender Arzt desselben, war er sozial und wissenschaftlich bis zu seinem Tode tätig. Trotz seiner 55 Jahre war er 1914 bis 1918 im Felde; auch schwerste eigene Krankheit hinderte ihn nur vorübergehend, seiner vaterländischen Pflicht im Feindesland zu dienen. Sein Hauptverdienst nach dem Kriege war der Wiederaufbau und die Neuorganisation des ober-schlesischen Aerzterverbandes. Jahrzehntelang war er, begeistert für die Standesideale, in Ehrenämtern tätig. Sein Tod hinterläßt eine schwer ausfüllbare Lücke in seiner engeren Heimat.

Wer seine Toten ehrt und ihr Andenken pflegt, ehrt sich selbst. So wollen wir in Ehrfurcht und Dankbarkeit unsere Toten grüßen!

Und nun zu den Lebenden. Es erfüllt uns große Freude, den Aerztetag in Gegenwart so vieler hochwillkommener Ehrengäste begehen zu dürfen.

Mein letzter, aber nicht minder herzlicher Gruß gilt Ihnen allen, hochverehrte Kollegen, die Sie in so überaus großer Zahl dem Rufe der Leitung zum Deutschen Aerztetag Folge geleistet haben. Aus allen Teilen des deutschen Vaterlandes sind Sie nach Danzig, dem blutsverwandten Land an der Weichsel, gekommen. Es wird unserer verehrten Danziger Kollegenschaft, die seit Wochen die Mühen und Vorarbeiten zum guten Gelingen der Tagung auf sich nahm, und denen wir gleich zu Beginn des Aerztetages für die Einladung und die Mühe der festlichen Ausgestaltung der Tagung einen besonders herzlichen Gruß und Dank zollen, ein Augenblick besonderer Freude sein, mit uns hier im deutschen Osten die Abgeordneten der besetzten Gebiete, der rheinischen, rheinpfälzischen und saarländischen Vereine begrüßen zu dürfen. Leid- und blutsverwandt reicht sich in Ihnen, meine verehrten Kollegen, ganz Deutschland die Hände. Mit aufrichtiger Dankbarkeit schlagen wir ein in die offenen Hände unserer Gastfreunde und

grüßen die Danziger, die ost- und westpreußischen Aerzte, die wir heute und an den folgenden Tagen in unserer Mitte wissen.

Sie alle, die Sie als Abgeordnete Ihrer örtlichen Vereine, oder veranlaßt durch die Tagesordnung und die Bedeutung der hier zur Erörterung stehenden Fragen als Einzelpersonen hier erschienen sind, werden sich nicht dem Gefühl entziehen können, daß der festliche Rahmen eines Aerztetages, die Anwesenheit hochgeehrter Ehrengäste und die über das Niveau örtlicher Beratungen hinausgehende Form und auch der Inhalt unserer Beratungen eine gehobene Feststimmung erzeugt, dem einzelnen Sorge und Not des Alltags verschleucht und ihn auslöst aus dem Gesichtskreis des Ortes und der Landschaft, aus der er zur Heerschau des Aerztetages kommt. Die Größe und die Bedeutung und die Lebensnotwendigkeiten des Standes für Volk und Vaterland werden uns allen auf diesem Höhepunkt unserer Standesarbeit immer wieder vors Auge gestellt. Und so bildet sich auch im Herzen des Enttäuschten oder Verzagenden, in der Seele des in der täglichen Sorge um die Zukunft des Standes bedenklich Gewordenen der Wille heraus, herausgehoben und verpflichtet für den Gesamtstand zu entscheiden, dennoch trotz allem, was den Aufschwung hemmt und stört, weiter zu schaffen und zu wirken für das Wohl des ärztlichen Standes und unseres Vaterlandes.

Unsere ganze Arbeit wäre nutzlos und verlan, würde sie nicht geleistet unter dem Gefühle der hohen Verantwortlichkeit und Verpflichtung, würde sie lediglich getan aus dem Gedankenkreis und aus den Sorgen des von uns vertretenen Vereins, und würde sie nicht endlich einmündend in den großen Strom begeisternder Hingabe und ehrlichen Willens, das Beste zu geben, das dem Gesamtstande nützt.

Und so wollen auch aus dem flutenden Leben des Aerztetages die Gedanken den Aufschwung nehmen zu der höchsten Verpflichtung, daß alles, was wir tun, getragen sein muß von der Rücksicht auf unser Volk und von der Liebe für unsere Heimat. Gerade auf Danziger Boden, wo wir auf dem umkämpften Gebiete stehen, und wo die Sorge um unser Volk, sein Leben und sein Weiterbestehen drückender auf der Seele lasten, wäre es kein deutscher Aerztetag, wenn wir nicht das Deutsche mit besonderer Begeisterung pflegen und ehren wollten.

Und so wüßte ich keinen besseren Beginn unserer Tagung, als daß ich Sie auffordere, Herz und Geist zu erheben und heißen Herzens unserem deutschen Vaterlande das Beste zu wünschen, in unserem Stande die Einigkeit zu pflegen, damit wir der so dringend notwendigen Einigkeit des Vaterlandes, die wir erhoffen und ersehnen, der Geschlossenheit aller Volksgenossen, deren Fehlen wir so sehr bedauern, ein Beispiel geben können im kleinen.

Wenn jeder Stand an sich arbeitet und im Hinblick auf die hohe Verpflichtung, dem deutschen Vaterlande das Wertvollste zu geben, was im Leben eines Standes möglich ist, die Gegensätze unterdrückt, die in ihm leben, und das Gemeinsame pflegt, dann muß es auch endlich aus der Zersplitterung und der Zerrissenheit des ganzen Landes heraus den großen Willen geben, der die Massen packt und das Volk eint, unter Zurückstellung aller so verheerenden Meinungsverschiedenheiten und Gegensätze Deutschland über alles zu lieben und ihm als Kind der Heimat alles zu geben, was Menschenkraft und Menschenwille zu leisten imstande ist.

Und so eröffne ich denn mit dem Gelöbniß, daß wir deutschen Aerzte unser deutsches Vaterland in tiefstem Herzen lieben und ehren und unsere Arbeit als deutsche

Arbeit leisten wollen, den 47. Deutschen Aerztetag in Danzig mit dem Rufe:

Es lebe, blühe und wachse die Einheit und die Größe unseres Vaterlandes und in ihm ein gesunder, vom idealen und edlen Willen erfüllter Aerztestand!

Die volkswirtschaftliche Bedeutung der Krankenversicherung, unter besonderer Berücksichtigung der Landkrankenkassen.

Richtlinien des Referates auf der 10. Verbandstagung des Reichsverbandes der deutschen Landkrankenkassen e. V., Dresden, 7. bis 9. Juni 1928.

Von Universitätsprofessor Dr. Moldenhauer, M. d. R., Köln.

Kein Zweig der deutschen Sozialversicherung ist in der öffentlichen Meinung zur Zeit so stark umstritten wie die Krankenversicherung. Es mag das damit zusammenhängen, daß sie absolut und in Prozenten des Lohnes die höchsten Beiträge verlangt und daß in den letzten Jahren neu errichtete Verwaltungsgebäude die Aufmerksamkeit auf sich gezogen haben. Es liegt dies aber auch darin begründet, daß die Träger der Krankenversicherung viel stärker in die Politik hineingezogen worden sind als irgendein anderer Träger der deutschen Sozialversicherung. Gegenüber den kritischen Stimmen darf man die große Bedeutung der Krankenversicherung nicht aus dem Auge verlieren. Sie liegt einmal in dem Ersatz des Lohnausfalles und damit in der Erhaltung der Kaufkraft der breiten Massen auch in Zeiten der Krankheit; sie liegt andererseits in der Hebung der Volksgesundheit. Von den eine Milliarde Mark übersteigenden Aufwendungen für Krankenhilfe entfallen fast 60. v. H. auf Sachleistungen, im wesentlichen also auf das Heilverfahren. Erst 1914 ist die Krankenversicherung für die Landwirtschaft obligatorisch geworden. Niemand kann die große Bedeutung der Krankenversicherung für das platte Land und ihre großen Aufgaben, die in der hygienischen Volksbelehrung gerade auf dem Lande liegen, leugnen. Dazu tritt als neues Problem die Versicherung der kleinen Landwirte, deren Lage vielfach unter der der Industriearbeiter steht.

Eine Frage ist nur, ob die großen Vorteile nicht zu teuer erkauft werden. Denn die Aufwendungen für die Krankenversicherung sind von 540 Millionen Mark im Jahre 1914 auf 1,5 Milliarden Mark im Jahre 1927 gestiegen. Ein weiteres Anwachsen dieser Ausgaben kann den Fortbestand der deutschen Sozialversicherung ernstlich gefährden. So entsteht der Ruf nach einer Reform der deutschen Krankenversicherung. Die einen sehen die Reform in organisatorischer Richtung, und erhoffen aus einer Vereinheitlichung der Krankenversicherung eine Verbilligung der Verwaltungskosten und eine Verbesserung der Leistungen. Eine nähere Betrachtung lehrt, daß diese Auffassung falsch ist. Mit der Größe der Kassen wachsen auch die Verwaltungskosten, während eine Steigerung der Leistungen nur mit erhöhtem Aufwand zu erreichen ist. Der große Fehler unserer sozialen Gesetzgebung liegt darin, daß großstädtische und großindustrielle Verhältnisse allzu leicht auf das platte Land und die kleinere Wirtschaft übertragen werden. Es war ein glücklicher Gedanke der Reichsversicherungsordnung, für die Landwirtschaft die Möglichkeit besonderer Krankenkassen zu schaffen. Die Erfahrung hat gelehrt, daß sich diese Kassen, die genügend Mitglieder verfügen, bewährt haben. Sie haben von allen Kassen, auf das Mitglied gerechnet, die geringsten Beiträge. Wenn dies auch zum Teil auf die niedrigen Löhne zurückzuführen ist, so spielt doch sehr stark jener Umstand mit, daß die Krankheits-

Eine Eigenheit Napoleons.

Bekanntlich war Napoleon in seiner Haushaltung und in seinen persönlichen Ansprüchen äusserst bescheiden. Nur in einem sparte er nicht, das waren seine Hemden. Jeden Morgen leistete er sich den Luxus eines frischen Hemdes. — Heute verstehen auch viele Laien mehr als damals die Eigenheit des grossen Mannes, denn auch uns geht nichts über ein frisches Hemd gediegener Qualität. Warum wollen Sie aber für Oberhemden im Laden immer bis zu 30 b. H.

mehr bezahlen? Bitte verlangen Sie kostenlos mein 44 Seiten Kunstdruck starkes Einkaufsbüchlein für gute Wäsche, mit vielen Photographien, Wäschemodereberichten, interessanten Aufsätzen, zahlreichen Stoffproben. Teilen Sie mir bitte mit, wofür Sie sich besonders interessieren: Herrenwäsche, Damenwäsche, Tischwäsche, Bettwäsche. Weberei und Wäschefabrik Paul Hein, Kötzschenbroda 83 b. Für Massarbeit kein Aufpreis.

Staats- Quelle

Nieder-Selters

Das natürliche Selters

Altbekanntes und bewährtes Heilmittel bei Erkrankungen der Atmungsorgane und des Halses.
Linderungsmittel für Brustkranke.

Ausführliche Brunnenschriften kostenlos durch das Zentralbüro Nieder-Selters, Berlin W 8, Wilhelmstrasse 55.

Die Staatsquelle Nieder-Selters in Hessen-Nassau ist der einzige Brunnen mit Selters Namen, der nur im Urzustand abgefüllt und versandt wird.

Aerztliches Rechnungs-Formular für Krankenkassen zum Durchschreiben

ermöglicht: Zustellung abgeschlossener Original-Rechnungen am 1. jeden Monats,

erspart: Rechnungsstellung und Führung eines Kranken-Journals,

ergibt: nach Krankenkassen geordnete Originalbelege.

Für die größeren Kassen wird am besten ein Heft als Eintrags-, ein zweites Heft als Rechnungsheft verwendet. Alsdann stehen dem Arzt die Rückseiten für zwanglose Aufzeichnungen zur Verfügung, und die abgeschriebenen Rechnungen machen einen sauberen Eindruck. Für verschiedene Kassen können mehrere Personen die Rechnungen gleichzeitig abschreiben, was eine bedeutende Entlastung und Zeiterparnis für den Arzt bedeutet.

Probekblock (50 Blatt) perforiert und gelocht Mark 2.— :: Bei Mehrbezug billiger.

Zu beziehen vom Verlag der Aerztlichen Rundschau Otto Gmelin München 2 NO 3, Wurzerstrasse 1b.

Fieberkurven

100 Stück Mk. 1.75

500 Stück Mk. 8.00

Zu beziehen durch den Verlag der
Aerztlichen Rundschau Otto Gmelin
München 2 NO 3, Wurzerstrasse 1b.

Buchführungs-Kartothekkarten

100 Stück Mk. 1.20 bis Mk. 1.70 :: :: Muster unberechnet.

Zu beziehen vom

Verlag der Aerztlichen Rundschau Otto Gmelin München 2 NO 3, Wurzerstrasse 1b.

Bei Wunden jeglicher Art, auch bei
refraktärsten Flächenwunden.
Kein Festkleben des Verbandes!



DESITIN-WERK
CARL KLINKE
HAMBURG 19

Soeben erschien:

DER ATMUNGS- BLUTKREISLAUF

in seinem Verhältnis zum Herz- und Lymph-Kreislauf
sowie in seiner Bedeutung für Gesunde, Kranke und
Scheintote.

Eine vierfache Ergänzung des Harvey'schen Gesetzes.

Von Dr. med. Johannes Haedicke



1928. — XVI. und 234 Seiten. — Oktav.

Preis broschiert Mk. 7.50, Hl. Mk. 10.—.

Verlag der Aertzlichen Rundschau Otto Gmelin, München.

ÄRZTLICHE RUNDSCHAU

Heft 13

Inhalt: Dr. R. F. Weiss, Schierke i. H.: Leber-Kochbuch. — Medizinalpraktikant Otto Fricke, Gütersloh: Ueber Rektalnarkose. — Dr. Hellmuth Jahn, Bremen: Ueber Hyperventilation und Epilepsie. — Stadtrat i. R. H. von Frankenberg, Braunschweig: Die zeitlichen Grenzen der Krankenkassenleistungen. — Amtsgerichtsrat i. R. V. Franz, Aschaffenburg: Arztkosten für die Behandlung der Ehefrau. — Ratschläge für die Praxis: Dr. med. M. Weiss, Breslau: Wie können und sollen Angiome behandelt werden?

DIE TUBERKULOSE

Heft 7

Inhalt: Dr. G. Simon: Die Kollapsbehandlung der kindlichen Lungentuberkulose. — Dr. K. Zehner: Gold und Tuberkulose. — Dr. M. Baumwell: Einiges über Darmerkrankungen bei Lungentuberkulose. — Dr. Bochall: Deutsche Tuberkulose-Tagung in Bad Wildbad vom 29. Mai bis 3. Juni 1928. — Mitteilung des Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose. — Referate.

Bestellzettel. Vom Verlag der Aertzlichen Rundschau Otto Gmelin, München 2 NO 3,
Wurzerstrasse 1b, erbitte ich

..... **Aertzliche Rundschau mit Tuberkulose**, M. 3.50 vierteljährlich,

..... **Tuberkulose** allein M. 3.— vierteljährlich (in besserer Ausstattung)

vom an.

Name: Adresse:

ziffer auf dem Lande erheblich günstiger ist. So entfielen 1926 auf 100 Kassenmitglieder bei den Landkrankenstellen 31,2 Krankheitsfälle, bei allen Kassen im Durchschnitt 51,5. Es würde im höchsten Grade bedenklich sein, die heute schwer mit dem Dasein kämpfende Landwirtschaft mit dem Durchschnittsrisiko zu belasten.

Die Reform muß auf einem anderen Wege gesucht werden, und zwar einmal auf dem Wege des verständnisvollen Zusammenarbeitens mit den Aerzten. Hier zeigen sich erfreuliche Ansätze, insbesondere in der Errichtung eines aus Krankenkassenvertretern und Aerzten zusammengesetzten Ausschusses zum Studium der Planwirtschaft in der ärztlichen Versorgung. Aber auch die Gesetzgebung muß einschreiten, indem sie gewisse Hemmungen gegen eine übergebührliche Inanspruchnahme der Krankenkassen vorsieht. Wichtiger als alles aber ist die Aufklärung und Erziehung der Versicherten dahin, daß sie sich selbst schaden, wenn durch übersteigerte Ansprüche die Beiträge für die Sozialversicherung wachsen, damit aber der Reallohn und die Lebenshaltung gedrückt wird. Nur durch verständnisvolles Zusammenarbeiten aller Beteiligten wird es möglich sein, die Krankenversicherung in ihrer hohen Blüte und großen Bedeutung für unser gesamtes deutsches Volk zu erhalten.

(„Die Deutsche Landkrankenkasse“, 1928/12.)

„Aerzte helft mit!“

Der Arzt als Gesundheitslehrer und Erzieher zu hygienischer Lebensweise durch Wort und Schrift! Wer hätte vor 50 Jahren gedacht, daß das ein Problem werden würde, welches die Aerzteschaft um ihres Ansehens willen auf das lebhafteste beschäftigen könnte.

Das Verlangen der Allgemeinheit nach Aufklärung und Belehrung über medizinische Fragen ist ein Gebot unserer Tage. Dieses Verlangen wurde nicht erst rege durch verstandesmäßiges Erfassen der Bedeutung solcher Fragen, sondern vielleicht vielmehr durch Mode, Sport, politische Umwälzungen und wirtschaftliche Umschichtungen. Das Verlangen ist vorhanden, es ist gut und muß deshalb erfüllt werden. Wer weiß, wann wieder einmal der Aerzteschaft so Gelegenheit geboten wird, zu zeigen, daß sie fähig ist, Führer zu sein, und ihrer Pflicht sich bewußt, es sein zu können! Deshalb ergeht auch für das populär-medizinische Schrifttum der Ruf an die deutschen Aerzte „Helft mit!“

Populär-verständliche Artikel verfassen ist ein Stück künstlerisches Schaffen. Man kann niemanden zeigen, wie er populär-verständlich schreiben muß, aber man kann jedem sagen, warum er es nicht tat. Es ist leichter, eine lange Abhandlung leidlich gut zu schreiben als einen kurzen und klaren Artikel. Daher sind die allgemeinverständlichen Abhandlungen der Aerzte meist zu lang. Gemeinverständliche Artikel sollen in knappen Worten belehren, aber nicht unterrichten, sollen unterhalten, aber nicht ein Thema erschöpfen. Wer populär-verständlich schreiben will, schreibe klar. Ein Fremdwort kann beim Laien alles verderben. Was das Schulkind mit 12 Jahren nicht gern liest und nicht ganz versteht, das ist meist auch für den Erwachsenen verfehlt. Denn im Gesundheitsunterricht sind auch die Erwachsenen wie Kinder zu behandeln. So z. B. soll man bekanntlich Kinder nicht „gruseln“ machen, wie das häufig mit Kindern durch den „schwarzen Mann“ geschieht. Auch Aerzte glauben zuweilen, ohne diesen Popanz nicht auskommen zu können. Nur nennen sie ihn anders, etwa „gesteigertes Blutdruck“ oder dergleichen. Sie vergessen dabei aber, wie bald das Kind an den „schwarzen Mann“ nicht mehr glaubt. Fanatiker und

Pharisäer sind ebenfalls keine Erzieher in der Gesundheitspflege. Man liest nicht gern dauernd, daß eine Zigarre oder ein Stück Fleisch ein Nagel zum Sarge sind und ein Glas Wein zu seltenen frohen Festen Säufertum beweise. Wer glaubt, sich durch populärwissenschaftliche Schriften mühelos und schnell einen Namen zu machen, ist ebenfalls auf dem Holzwege.

Mit einem Wort: Der Arzt als volkstümlicher Schriftsteller sei klar, sei knapp, schreibe möglichst im Plauderton, nicht über ungeklärte Probleme, sondern über hygienische Angelegenheiten des täglichen Lebens, und mache sich frei von wissenschaftlichen oder phantastischen Uebertreibungen. So wird er leicht dem Volke ein wertvoller Führer auf dem Gebiete der hygienischen Volksbelehrung werden können, anderen und sich selbst zum Heile. In diesem Sinne ergeht nochmals an die deutsche Aerzteschaft der Ruf „Aerzte helft mit!“

Kurze, nicht über zwei Schreibmaschinenseiten tragende Artikel, die obigen Anforderungen genügen, erbittet gegen ein bei Geeignetheit gern bewilligtes, im Rahmen der verfügbaren Mittel stehendes Honorar, die Pressestelle beim Reichsausschuß für hygienische Volksbelehrung, Berlin NW 6, Luisenplatz 2/4.

Bericht des Prüfungsausschusses für Fachärzte beim Aerztlichen Bezirksverein München-Stadt.

Von San.-Rat Dr. H. Ploeger, Obmann.

Der paritätische Prüfungsausschuß setzt sich aus folgenden Herren zusammen: (Auf Wunsch mitgeteilt.)

1. Den praktischen Aerzten: S.-R. Dr. Cohn, Dr. Neustadt, Dr. W. Horn; Stellvertretern: S.-R. Dr. Fild. S.-R. Dr. Hamm, Dr. Fr. Fischer;

2. den Fachärzten: Dr. Handwerck, Dr. Ebermeyer, S.-R. Dr. Lamping; Stellvertretern: Dr. Oppler, Prof. Dr. Gebele, Dr. Eggel. (Zugleich als Fachvertretern für Innere Medizin, Chirurgie, Gynäkologie.)

Bei Bedarf treten folgende Fachvertreter ein: Für Ophthalmologie Prof. Dr. Salzer (Stellv. Dr. Driver; für Otologie Prof. Dr. Haymann (Stellv. S.-R. Dr. Zimmermann); für Dermatologie S.-R. Dr. Ploeger, (Stellv. Prof. Dr. Heuck); für Neurologie S.-R. Dr. Wacker (Stellv. Prof. Dr. Isserlin); für Röntgenologie S.-R. Dr. Kastle (Stellv. Dr. Weltz); für Pädiatrie Dr. Hofstadt (Stellv. Prof. Dr. Hußler).

Sofort bei Einberufung der ersten Sitzung ergab sich die Notwendigkeit, zur einheitlichen Leitung und gleichmäßigen Geschäftsführung einen Obmann aufzustellen, der gleich mehrere Fälle in einer Sitzung vereinigen konnte. Gewählt wurde dazu S.-R. Dr. Ploeger.

Durch den ständigen Wechsel im Vorsitz und in allen anderen Stellen stellte sich von vornherein eine intensive, sachkundige Mitarbeit aller beteiligten Herren ein. In der Zeit vom 23. Mai 1927 bis 25. Juni 1928 wurden in 10 Sitzungen 54 Fälle erledigt, davon 47 anerkannt, 7 abgelehnt. Es wurden

	anerkannt:	abgelehnt:
Chirurgen	4	—
Gynäkologen	4	1
Orthopäden	1	—
Ophthalmologen	2	—
Laryngo-Otologen	6	—
Dermatologen	11	2
Neurologen	2	2
Internisten	8	2
Pädiater	7	—
Röntgenologen	2	—
	47	7

Es hat sich also gezeigt, daß gar nicht mehr so viel unberechtigte Forderungen gestellt wurden*). Wir hoffen, unsere verantwortungsvolle Arbeit mit größter Gerechtigkeit getan zu haben. Zweimal herrschte vielleicht zu große Milde, einmal veranlaßt durch ein gar zu wohlwollendes Zeugnis eines Lehrers.

Schwer war für uns die Entscheidung über die früheren Annonceure. Wir haben uns für Anerkennung ausgesprochen, wenn die nötige Ausbildung und Bewährung in der Praxis vorlag. Wir berücksichtigten also nicht, daß die Annonceure ihren Kollegen jahrelang in den Rücken gefallen waren; aber wir machten halt, wenn sich ein Schaden für die Patienten ergab.

Bei den Röntgenologen fand sich, daß für die Kassenpraxis noch eine andere Kommission maßgebend ist und daß wir bei Teil-Röntgenologen überhaupt nichts bestimmen können. Es wäre sehr zu wünschen, wenn die Entscheidung in diesen beiden Fällen einheitlich unserem Ausschuß überlassen werden könnte, da es sich hier ja um eine reine Standesfrage handelt. Zum mindesten sollte im KLB. eingefügt werden: „soweit nicht Prüfungsausschüsse für diese Fragen bei den Bezirksvereinen eingerichtet sind“.

Erfreulich war die große Übereinstimmung bei den Entscheidungen unter den Prüfern. Bei 52 Fällen entstand ein einstimmiger Beschluß, ablehnend oder bejahend. Nur bei 2 Fällen war keine Einigung zu erzielen. Da waren die praktischen Aerzte immer bei der Mehrheit, einmal ablehnend, einmal bejahend.

Es ergab sich also, daß der Prüfungsausschuß, um dessen Einrichtung (siehe Bayer. Aerztl. Correspondenzblatt vom 7. Mai 1927, Nr. 19, Seite 238) drei Jahre lang hart gestritten wurde, durch sachliche Arbeit zu einem Friedensinstrument geworden ist.

Zur Heufieber- und Asthmabekämpfung.

Die Forschungen der letzten Jahre haben die Frage nach dem Ursprung des Heufiebers und des Bronchialasthmas in bemerkenswerter Weise gefördert und damit den Weg gebahnt zu einer aussichtsreichen Bekämpfung. Es ist nun leider unter Laien und auch teilweise noch unter Aerzten die Meinung verbreitet, das Heufieber sei nicht heilbar, oder günstigenfalls könnten symptomatisch wirkende Mittel nur eine Linderung verschaffen. Dem ist nicht so. Das Prinzip der Heufieberbekämpfung ist klar vorgezeichnet. Auf Grund der diesjährigen Erfahrungen kann mit Genugtuung behauptet werden, daß sämtliche rechtzeitig vorbehandelten Kranken bis

*) Nur die jungen Aerzte müssen daran denken, daß vom April 1927 ab die Ausbildungszeit nur voll anerkannt wird, wenn keine Privatpraxis getrieben wurde.

zum 15. Juni ohne Heufiebererscheinungen geblieben sind, trotzdem bei Nichtvorbehandelten das Heufieber wie in früheren Jahren aufgetreten ist. Nach dem angegebenen Termin haben sich bei einzelnen Kranken — allerdings viel leichtere — Heufieberzeichen gezeigt, was zweifellos darauf zurückzuführen ist, daß Pflanzen zu blühen begonnen haben, deren Blütenstaub im letzten Jahr noch nicht gesammelt wurde und daher auch nicht zur Diagnose und Therapie herangezogen werden konnten.

Die erste Aufgabe in der Behandlung besteht darin, die in Frage kommenden Pflanzenpollen zu sammeln. Mit diesen wird die spezifische Diagnose gestellt, ferner wird aus diesen Pollen ein Extrakt bereitet, der, dem Kranken rechtzeitig eingespritzt, einen Schutz gegen den Ausbruch des Heufiebers verleiht. Dieser Extrakt muß für jeden einzelnen Kranken auf Grund der bei ihm gestellten spezifischen Diagnose gesondert bereitet werden.

Bei der Sammlung von Pflanzenpollen wurde ich bereits für dieses Jahr in dankens- und anerkennenswertester Weise von Herrn Regierungsrat Dr. Boshart der Bayerischen Landesanstalt für Pflanzenbau und Pflanzenschutz wirksamst unterstützt. Die genannte Anstalt hat auch bereits durch Vorarbeiten über die Blütezeit der Pflanzen in Bayern Wertvolles geleistet, und hat auch für dieses Jahr eine Rundfrage in ganz Bayern wieder erlassen.

Es wäre nun wünschenswert, die Ergebnisse dieser Rundfrage mit einer ärztlich zu veranstaltenden Rundfrage bei sämtlichen Aerzten zu verbinden. Dabei sollte beantwortet werden, wann und in welchem Grade in diesem Jahre das Heufieber aufgetreten ist, um so zu erkennen, welche Pflanzen an der Entstehung des Heufiebers beteiligt sein können.

Bekanntlich verläuft das Heufieber bei vielen Kranken unter schweren asthmatischen Beschwerden. Das nimmt nicht wunder, seitdem man weiß, daß die beiden Krankheiten ihrem Wesen nach nahe miteinander verwandt sind und zur gleichen Gruppe der „allergischen Krankheiten“ gehören. Es gibt gar nicht wenige Fälle von Asthmabronchiale, die durch Pflanzenpollen verursacht sind. Die Erkenntnisse, die in der Erforschung des Heufiebers gewonnen werden, kommen daher auch der Asthmaforschung zugute.

Es ergeht daher — unter Befürwortung der ärztlichen Ständesorganisation — an die Herren Kollegen die Bitte, dem Unterzeichneten mitzuteilen, wann in diesem Jahre das Heufieber bei ihren Kranken begonnen, und wie lange es gedauert hat. Darüber hinaus wären natürlich sonstige zweckdienliche Mitteilungen sehr erwünscht.

Dr. M. J. Gutmann, München, Karlsplatz 8.

Dolorsan

Jod organisch an Camphor u. Rosmarinöl, sowie an NH₃ gebunden, Ammoniak u. Alkohol

ANALGETIKUM

von eigenartig schneller, durchschlagender und nachhaltiger Jod- und Champhorwirkung bei

Pleuritis, Angina, Grippe, Gicht, Rheuma, Myalgien, Lumbago, Entzündungen, Furunkulose

Grosse Tiefenwirkung!

Kassenpackung RM 1.05, grosse Flaschen zu RM 1.75
Klinikpackung RM 5.70; in den Apotheken vorrätig.

Johann G. W. Opfermann, Köln 64

Tausch- gesuch

Praxis mit guter Einnahme wird gegen gleichwertige in schöner evang. Gegend (Allein- arzt) zu tauschen gesucht. Höhere Schulen am Ort. Angebote unter D. 3565 an ALA Haasenstein & Vogler, München.

INSERATE
finden weiteste Verbreitung
im
BAYER. AERZTL.
CORRESPONDENZ-
BLATT

Bei Darmkatarrhen

und ruhrähnlichen Erkrankungen bewährt sich

eine Wassersuppe mit

Stempfle Kindermehl

Zur Krankenkasse zugelassen.

Preis pro Dose M. 1.80 ist im Verordnungsbuch, da zu teuer angegeben, zu berücksichtigen.

Kostproben gratis.

Stempfle Kindernährmittelwerk, Oberstdorf.

Arzt und Klinik.

Eine Universitätsklinik, welche zu Bestrahlungen viel aufgesucht wird, gibt den Kranken einen Bogen mit nach Hause, wo auf anderthalb Seiten die Vorschriften über das Verhalten nach der Bestrahlung und die Behandlung etwaiger Störungen an den Feldern sich finden. Hier liest man u. a.:

„Die bestrahlten Hautstellen sind täglich zweimal mit der verordneten Salbe oder reinstem, salzfreiem Schweinefett 4 Monate lang einzufetten . . . Es ist streng verboten, irgendeine andere Salbe, auch wenn sie von einem Arzte verschrieben wäre*), zur Behandlung der bestrahlten Haut zu verwenden . . .

Auf das strengste verboten sind auf die Dauer von mindestens 2 Jahren nach der Bestrahlung feuchte und heiße Auflagen jeder Art . . . sie dürfen ebensowenig wie die anderen Mittel angewendet werden, selbst wenn sie von anderen Aerzten verordnet sein sollten*).“

Es gibt sicher andere Wege, um allenfalls mögliche Schäden durch ärztliches Handeln zu vermeiden. Jedenfalls dürfen sich solche Warnungen nur an die Aerzte selber wenden. Dr. Bullinger, Burgkunstadt.

Vereinsmitteilungen.

Sterbekasse des Aerztl. Kreisverbandes Oberbayern-Land.

(35. Sterbefall.)

Herr Dr. Bach, Schleißheim, ist gestorben. Das Sterbegeld wurde angewiesen. — Ich ersuche die Herren Kassiere der Vereine in Oberbayern-Land, ungehend M. 5.— pro Kopf ihrer Mitglieder einzusenden an die Adresse: Gemeindeparkasse Gauting, Postscheckkonto München 21827, unter der Mitteilung: Auf Konto Sterbekasse xmal M. 5.— für 35. Sterbefall.

Mitteilungen des Münchener Aerztervereins für freie Arztwahl.

1. Die Krankenkasse für Post- und Telegraphenbeamte ersucht die Herren Aerzte darauf aufmerksam zu machen, daß

a) beim Vorliegen einer Kriegsdienstbeschädigung die Mitglieder nicht auf Kosten der Postbeamtenkrankenkasse, sondern auf Kosten der zuständigen Orts- oder Landkrankenkasse zu behandeln sind, bei der sich die Mitglieder einen Reichsbehandlungsschein zu erholen haben;

b) daß von den Mitgliedern der Postbeamtenkrankenkasse jeweils der Aufnahmeschein zur Einsichtnahme vorzulegen und auf Rechnung und Rezepten

*) Im Original nicht gesperrt gedruckt.

siets die Mitgliedsnummer vorzutragen ist, damit unnötige Rückfragen in Wegfall kommen;

c) daß die „Wirtschaftliche Verordnungsweise“ auch für die Postbeamtenkrankenkasse Geltung hat. Gegebenenfalls kann Rückersatz der Kosten von dem betreffenden Arzte gefordert werden.

2. Zur Aufnahme in den Verein als außerordentliches Mitglied hat sich gemeldet: Herr Dr. Heinrich Lieser, Bothmerstraße 18/0, prakt. Arzt mit Geburtshilfe.

Amtliche Nachrichten.

Dienstesnachrichten.

Die durch die Berufung des ordentl. Professors Geh. Hofrates Dr. Sauerbruch nach Berlin freigewordene Stelle eines ordentlichen Mitgliedes des Medizinalkomitees wird mit sofortiger Wirksamkeit dem ordentl. Professor Geh. Medizinalrat Dr. Erich Lexer in München übertragen.

Vom 1. August 1928 an wird der Bezirksarzt in Burglengenfeld Dr. Franz Joseph Königer zum Bezirksarzt der Bezirksgruppe A2d in Freising in etatmäßiger Weise befördert.

Vom 1. Juli 1928 an wird der Aushilfsarzt an der Kreis-Heil- und Pflegeanstalt Ansbach Dr. Richard Lische als Assistenzarzt an dieser Anstalt in nicht-etatmäßiger Eigenschaft angestellt.

Fachnormenausschuß Krankenhaus (Fanok).

Der Fanokteil des Heftes 13 der Zeitschrift für das gesamte Krankenhauswesen (Verlag Jul. Springer, Berlin W 9) enthält neue, interessante Mitteilungen und Normblattentwürfe der Krankenhausnormung. Zunächst werden im Anschluß an die früheren Veröffentlichungen des Obmannes der Gruppe „Ärztliche Instrumente“, Prof. Dr. Mühsam, weitere Normblattentwürfe für die Gipshebelschere und die Gipschere mit einer Einspruchsfrist bis zum 31. Juli 1928 veröffentlicht.

Außerdem enthält die Zeitschrift einen Normblattentwurf für ein einfaches, billiges Säuglingsbett, 90 × 50 cm, das vom Fanok neben dem bereits früher bekanntgegebenen Säuglingsbett DIN 2308, 100 × 65 cm, zur Normung vorgeschlagen wird. Wesentlich hierbei ist, daß die ärztlichen Sachverständigen, die an den Vorarbeiten beteiligt waren, sich nur ungerne zur Normung dieses besonders billigen Bettes haben entschließen können. Die Beratungen unter der Leitung des Obmannes, Stadtoberinspektors Albeck, Krankenhaus Neukölln-Buckow, Berlin-Buckow, haben aber ergeben, daß tatsächlich auch ein billiges Normbett von verschiedenen Seiten verlangt wird. Um hier eine Klärung herbeizuführen, bittet der Fanok alle Interessenten, ihm ihre Ansicht zu diesem Entwurf mitzuteilen.

Die Gruppe „EB-, Transport- und Küchengeschirr“ hat nunmehr unter dem Vorsitz des Verwaltungsdirektors Kuppe, Rudolf-Virchow-Krankenhaus, Berlin, auch ihre Arbeiten über Transportkannen und -kübel verschiedener Größen für Kran-

Zugelassen

bei den

bayerischen

Krankenkassen!

Cayer Balsam

(Ungt. salicylicum compos. „Caye“)
bei **rheumatischen, gichtischen und neuralgischen Erkrankungen.**

Dr. Ivo Deiglmayr, München 25.

PLANTA-FLUID
 DIE BIOLOGISCHE FLUOR-THERAPIE!
 KASSENPACKUNG, 100gr FL.
 BRÜCKNER-LAMPE & CO. A. G.
 BERLIN - SCHÖNEBERG
 KOLONNENSTR. 29.

kenhäuser zum vorläufigen Abschluß gebracht, die ebenfalls als Normblattentwürfe erscheinen. Als Werkstoff wird vom Fanok für diese Geräte Aluminium vorgeschlagen, das sich nach seinen Feststellungen als zweckentsprechend erwiesen hat und schon in vielen Anstalten erprobt ist und gegenüber dem Nickel als Auslandsprodukt den Vorteil der Billigkeit hat. Ein besonderer Erläuterungsbericht gibt noch über Einzelfragen Aufklärung.

Die Einspruchsfrist der Normblattentwürfe für das Säuglingsbett und für die Transportkannen und -kübel läuft am 15. August 1928 ab.

Die Gruppe „Vordrucke“ des Fanok berichtet über eine Sitzung, in der die ersten Normblattentwürfe für Vordrucke zur abschließenden Vorberatung gelangten. Wenn, was zu hoffen ist, die Arbeiten auch dieser Fanokgruppe zu einem für alle Anstalten in Deutschland zufriedenstellenden Abschluß gelangen, so wird auf diesem Gebiete eine Vereinfachung und Vereinheitlichung erzielt werden, die nicht nur vom wirtschaftlichen, sondern insbesondere vom wissenschaftlichen Standpunkte aus lebhaft begrüßt werden wird.

In welchem Maße genormte Laboratoriumsgeräte verwendet werden können, zeigt eine Uebersicht über die Ermittlungen des Laboratoriums eines westlichen großen gemischten Eisenhüttenwerkes.

Schließlich wird noch über die Normung der Thermometer kurz berichtet.

Einladung zur 8. Tagung der Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten in Amsterdam vom 12. bis 14. September 1928 im Koloniaal Instituut, Mauritskade 62.

Vorläufiges Programm:

Dienstag, 11. September, 17 Uhr: Sitzung des Vorstandes und Ausschusses.

Ab 20 Uhr: Begrüßungsabend im »Pavillioen« (Vondelpark).

Referate:

Mittwoch, 12. September: Der Hunger.

Dr. J. Hudig (Apeldoorn): Der Hunger des Ackerbodens.

Prof. Morgulis (Omaha, U. S. A): Physiologie und Pathologie des Hungers.

Prof. Determann (Wiesbaden); Praktische Anwendung dosierten Hungers.

Donnerstag, 13. Sept.: Beziehungen zwischen Digestions-traktus und Blutkrankheiten.

I. Beziehungen zwischen Darm- und Blutkrankheiten:

Prof. Morawitz (Leipzig), Prof. Nordmann (Berlin).

II. Beziehungen zwischen Leber- und Blutkrankheiten:

Prof. Schottmüller (Hamburg).

III. Ueberwiegend in den Tropen vorkommende Darm- und Blutkrankheiten:

Prof. Schöffner und Snyders (Amsterdam).

Freitag, 14. September: Diagnostische und therapeutische Irrtümer auf dem Gebiete der Verdauungskrankheiten und ihre Verhütung.

Prof. von Bergmann (Berlin), Prof. L. Kuttner (Berlin), Prof. von Haberer (Düsseldorf), Priv.-Doz. Berg (Berlin).

Die Bedeutung der Rohkost.

Prof. Friedberger (Berlin), Prof. Scheunert (Leipzig), Prof. Stepp (Breslau).

Die Sitzungen beginnen pünktlich um 9 Uhr und werden mit kurzer Mittagspause (30 Minuten, Gelegenheit zu einem Frühstück) bis etwa 15 Uhr durchgeführt.

Anfragen wegen des wissenschaftlichen Teils an den Vorsitzenden. Anmeldungen zur Mitgliedschaft an das Generalsekretariat, zur Teilnahme an der Tagung auch an das Amsterdamer Bureau des Kongresses, Joh. Vermeerplein 18, das auch Wünsche betreffs Unterkunft usw. entgegennimmt und für alle sonstigen lokalen Anfragen zur Verfügung steht. Niederländer können den Betrag für die Teilnehmerkarte (10 M. oder fl. 6.—) auch an das Amsterdamer Bureau zahlen. Freiquartiere können in beschränkter Zahl vergeben werden. Weitere Vergünstigungen (u. a. Ermäßigung von Eisenbahnfahrt; Reichsdeutsche und Oesterreicher brauchen kein Visum nach Holland) sind in Aussicht genommen.

An Veranstaltungen sind u. a. vorgesehen: ein Konzert im »Concertgebouw«, ein Festessen im Kurhaus in Scheveningen, Stadtbesichtigungen, Hafenrundfahrten und am 15. September Besuch der Arbeiten zur Trockenlegung der »Zuidersee«.

Damenkomitee. Näheres durch Dr. W. H. J. Ivens, Joh. Vermeerplein 18, Amsterdam.

Mit der Tagung ist eine Ausstellung pharmazeutischer Präparate usw. verbunden. Näheres durch das Generalsekretariat.

Der diesjährige Vorsitzende:

Prof. A. A. Hijmans van den Bergh, Utrecht, Maliebaan 2.

Der Generalsekretär:

Prof. R. von den Velden, Berlin W 30, Bamberger Strasse 49.

33. deutsche ärztliche Studienreise.

Die 33. deutsche ärztliche Studienreise wird durch Schweden führen und folgende Orte berühren: Falsterbo, Ronneby, Visby, Stockholm (Saltsjöbaden), Upsala, Karlstad (Wänern- und Fryken-see), Trollhätan, Gotenburg, Marstrand, Bastad, Hälsingborg, Mölle, Helsingör, Klampenborg und Kopenhagen. Beginn der Reise am 19. August in Stralsund, Schluss am 3. September in Warnemünde. Preis für die Reise einschliesslich Eisenbahnfahrten, Dampfer- und Autofahrten, Unterkunft und Verpflegung (ohne Getränke) ungefähr 500 RM. Auskunft erteilt das Büro der Deutschen Gesellschaft für ärztliche Studienreisen in Berlin W 9, Potsdamerstr. 134 b.

Bayerische Landesärztekammer.

Spenden für die Stauderstiftung im 2. Vierteljahr 1928.

Aerztlicher Bezirksverein Nürnberg M. 1500.—; Aerztlicher Bezirksverein Fürth M. 300.—; Aerztlicher Bezirksverein München M. 132.—; Aerztlich wirtschaftlicher Verein Schweinfurt M. 35.—; Aerztlicher Bezirksverein Amberg M. 50.—; Dr. H. Schmid-Altötting M. 100.—; O. Gmelin-München. M. 100.—; Ungenannt M. 1000.—; O. Gmelin-München M. 50.—. Summe M. 3267.—.

Für alle Spenden wird hiermit herzlich gedankt!

Postscheckkonto Bayerische Landesärztekammer, Nürnberg 37596.

Für die Redaktion verantwortlich: Dr. H. Scholl, München.

Für die Inserate: Adolf Dohn, München.

Zur gefl. Beachtung!

Der Gesamtauflage dieser Nummer liegt ein Prospekt der Firma E. Merck - C. F. Boeringer & Soehne - Knoll A.-G. über MBK-Kohle-»Compretten« bei.

Wir empfehlen diese Beilage der besonderen Beachtung unserer Leser.

BRÜCKNER-LAMPE & CO. A. G. BERLIN-SCHÖNEBERG KOLONNENSTR. 29.
MINERALOGEN
 DIÄTETISCHE TUBERKULOSE-BEHANDLUNG!
 LITERATUR: SAUERBRUCH-HERMANNSDORFER, M.M.W. 1928 etc.

339

Bayerisches Aerztliches Correspondenzblatt

Bayerische Aerztezeitung.

Amtliches Blatt der Bayerischen Landesärztekammer und des Bayerischen Aerzteverbandes (Geschäftsstelle Nürnberg, Luitpoldhaus, Gewerbemuseumsplatz 4, Telephon 23045, Postscheck-Konto Nürnberg Nr. 15376, Bankkonto Bayerische Staatsbank Nürnberg Offenes Depot 32926).

Schriftleiter San.-Rat Dr. H. Scholl, München, Pettenbeckstrasse 8. Tel. 92001.

Verlag der Aerztlichen Rundschau Otto Gmelin München 2 NO. 3, Wurzerstr. 1 b; Tel. 20443, Postscheckkonto 1161 München.

Das Bayer. Aerztl. Correspondenz-Blatt erscheint jeden Samstag. Bezugspreis vierteljährlich 4 Mk. — Anzeigen kosten für die 6 gespaltene Millimeterzeile 15 Goldpfge. — Alleinige Anzeigen- u. Beilagen-Aannahme: ALA Anzeigen-Aktiengesellschaft in Interessengemeinschaft mit Haasenstein & Vogler A.-G. Daube & Co., G. m. b. H. München, Berlin und Filialen.

M 28.

München, 14. Juli 1928.

XXXI. Jahrgang.

Inhalt: Beschlüsse und Entschliessungen der 25. Hauptversammlung des Verbandes der Aerzte Deutschlands (Hartmannbund) in Danzig. — Das kassenärztliche Prüfungswesen. — Wer darf Mitglied einer Pflichtkrankenkasse werden? — Nochmals praktischer Arzt und Facharzt. — Arbeitsnachweis und Wohlfahrtspflege. — Tuberkulose-Fortbildungskurs in der Heilstätte Donaustauf. — Tuberkulose-Fortbildungskurs in Scheidegg. — Vereinigung Deutscher Kommunal-, Schul- und Fürsorgeärzte. — Vereinsnachrichten: Neu-Ulm Günzburg-Krumbach; Memmingen; Sterbekasse Oberbayern-Land; Sterbekasse der Oberfränkischen Aerzte. — Münchener Aerzterverein für freie Arztwahl. — Allgemeine Aerztliche Gesellschaft für Psychotherapie. — Fortbildungskursus der Wiener medizinischen Fakultät. — Bücherschau.

Beschlüsse und Entschliessungen der 25. Hauptversammlung des Verbandes der Aerzte Deutschlands (Hartmannbund) am 26. bis 28. Juni 1928 in Danzig.

1. Die Aerzteschaft im Wandel der Sozialversicherung.

a) Der Hartmannbund ist ein unpolitischer Berufsverband. Seine Mitglieder haben die Freiheit ihrer politischen Ueberzeugung. Ebenso steht ihnen innerhalb der Organisation das Recht zu, für ihre berufspolitischen Anschauungen zu werben und zu versuchen, die Politik des Verbandes in ihrem Sinne zu beeinflussen und die Mehrheit für ihre Berufsideale zu gewinnen.

Der Verband kann aber seine Berufspolitik nur gemäß den Ansichten der Mehrheit seiner Mitglieder gestalten und dabei unter Umständen auch vor abweichenden Anschauungen in der Aerzteschaft nicht haltmachen. Er muß sich auch das Recht wahren, allen Forderungen entgegenzutreten, die zu der Berufspolitik des Verbandes in Gegensatz stehen, gleichgültig, von welcher Seite solche kommen. Soweit es sich dabei um programmatische Forderungen politischer Parteien in Fragen der Gesundheitspolitik handelt, kommt eine Stellungnahme des Verbandes lediglich gegenüber solchen Forderungen in Betracht, die das Heilwesen und die Heilberufe berühren, nicht aber zu den sonstigen weltanschauungsmäßigen Einstellungen von politischen Parteien und ihren Anhängern.

b) Die Hauptversammlung des Hartmannbundes und die in ihr anwesenden Abgeordneten des Aerzteverbandes billigen die von dem Vorstande des Hartmannbundes und dem geschäftsführenden Ausschuß des Deutschen Aerztervereinsbundes beschlossene Umlage, die der Förderung des Verständnisses für Fragen der Gesundheitspolitik und der Heilberufe durch Stärkung des ärztlichen Einflusses in der Oeffentlichkeit und den öffentlichen Körperschaften dienen soll, — und erwartet:

daß die Mitglieder des Hartmannbundes und des Aerztervereinsbundes in Anerkennung dieses Zweckes die geforderten Mittel zur Verfügung stellen.

c) Damit ärztliches Wissen und ärztliche Erfahrungen für das Allgemeinwohl in vollem Ausmaß nutzbar gemacht werden können, müssen die ärztlichen Spitzen-

organisationen sachverständigen Einfluß auf die Gesetzgebung nehmen.

Hierbei ist nach wie vor strengste Wahrung der politischen Neutralität geboten.

Die Hauptversammlung erkennt an, daß die vermehrten Aufgaben für den Hartmannbund vermehrte Ausgaben bedingen, und billigt die Absicht, für die Vorbereitung von Gesetzen und die damit zusammenhängenden Aufgaben ein Sonderkonto bei der Kasse des Hartmannbundes zu errichten.

2. a) Die Beziehungen der Aerzteschaft zu den Mittelstandsversicherungen.

I.

Nach wie vor hält die Aerzteschaft im Interesse des notleidenden Mittelstandes an ihrer wohlwollenden Einstellung zur privaten Krankenversicherung fest. Der Kranke muß dabei Privatpatient seines Arztes bleiben, ohne daß eine Versicherung in dieses Verhältnis einschränkend eingreifen darf. Die bisherigen Richtlinien über den Verkehr zwischen Aerzteschaft und privaten Mittelstands-Krankenversicherungen gelten weiterhin als äußerste Zugeständnisse, über die hinaus in grundsätzlichen Dingen (z. B. Nachuntersuchungen jeder Art, Attesterstellung) nicht gegangen werden darf und die auch nur den Mittelstandsversicherungen zukommen dürfen, die sich auf die Innehaltung der darin festgelegten Grundsätze verpflichten. Die ärztlichen Organisationen sind gehalten, für die Durchführung der Richtlinien einzutreten.

II.

Die Richtlinien sind seitens der Aerzteschaft allen Arten von Mittelstandsversicherungen gegenüber gleichmäßig in Anwendung zu bringen, da die vielfache Verschiedenheit im Aufbau und in der rechtlichen Form aller Mittelstandsversicherungen für ihre Beziehungen zur Aerzteschaft belanglos ist.

III.

Die Schaffung einer von der Aerzteschaft einzurichtenden Krankenversicherung für den Mittelstand ist abzulehnen.

IV.

Die Freiheit des Arztes in der Privatpraxis erfordert die Ausschaltung aller der Unannehmlichkeiten, die mit der Rückerstattungspflicht der Mittelstandsversicherungen ihren Versicherten gegenüber zusammenhängen. Hierfür sind die Verrechnungsstellen für die Privatpraxis das geeignete Mittel unter der Voraussetzung, daß sie einheitlich nach den Weisungen der Gesamtorganisation tätig sind.

b) Die Bedeutung der Privatverrechnungsstellen für die Mittelstands-Krankenversicherungen.

I.

Die Privatverrechnungsstellen haben sich im geschäftlichen Verkehr mit den Mitgliedern der Mittelstands-Krankenversicherungen seit Jahren bewährt und sind auf Grund ihrer Erfahrungen und ihrer Arbeitsweise geeignet, die Aerzteschaft von der umfangreichen Schreibarbeit, welche die Mittelstandspatienten von ihr verlangen, zu entlasten, die sonstigen Schwierigkeiten, die sich bei Auseinandersetzungen mit diesen über Rechnungsstellung, Spezifikationen usw. ergeben, zu beheben und gleichzeitig die Forderungen der Aerzteschaft in voller Höhe sicherzustellen.

II.

Um die zahlreichen Schwierigkeiten zu beseitigen, die sich zwischen der Aerzteschaft und den Mitgliedern der Mittelstands-Krankenversicherungen im Rechnungswesen ergeben haben, empfiehlt die Hauptversammlung die Inanspruchnahme von Privatverrechnungsstellen dringend.

III.

Die Organisationen des Hartmannbundes sollen sich daher dafür einsetzen, daß die Inanspruchnahme von Privatverrechnungsstellen im Verkehr mit Mitgliedern der Mittelstands-Krankenversicherungen immer mehr zunimmt und daß deshalb überall Privatverrechnungsstellen gegründet und die bestehenden dort erweitert werden, wo sie für diesen Zweck noch nicht ausreichen.

3. Ersatzkrankenkassen.

a) Das Provisorium bei den Ersatzkrankenkassen vom 4. April 1928 wird fortgesetzt. Es wird am 6. Juli mit den Kassen verhandelt.

b) Der Vorstand des Hartmannbundes wird beauftragt, bei zentralen Vertragsabschlüssen eine Abwälzung der in einzelnen Ländern von den Aerzten zu zahlenden Gewerbesteuer durch geeignete vertragliche Bestimmungen zu ermöglichen.

Hierbei muß sich die Höhe der zum Honorar zu zahlenden Zuschläge nach der steuerlichen Belastung richten. Zur Festsetzung der Höhe sind im Verträge bezirkliche Instanzen (z. B. Einigungsausschüsse bei den kaufmännischen Berufskrankenkassen) einzusetzen.

4. Berufsgenossenschaften.

a) Ein Vertrag mit den Berufsgenossenschaften wird nicht unterschrieben, ehe nicht die Kampfmaßnahmen der Berufsgenossenschaften in Bremen in einer für die Aerzte erträglichen Weise erledigt sind.

b) Der Vorstand wird beauftragt, den vorliegenden Entwurf im allgemeinen als Verhandlungsgrundlage zu betrachten; in einigen Punkten werden noch Abänderungen gewünscht.

5. Landkrankenkassen.

Die Hauptversammlung des Hartmannbundes hält auf Grund der bisher gemachten Erfahrungen die Ar-

beitsgemeinschaft mit den Landkrankenkassen für zweckmäßig. Sie beauftragt daher den Vorstand, die Bildung örtlicher Arbeitsgemeinschaften nach Kräften zu fördern.

6. Das kassenärztliche Prüfungswesen.

Die 25. Hauptversammlung des Hartmannbundes ist der Ueberzeugung, daß nach dem nahezu vollendeten Wiederaufbau der Sozialversicherung die Frage der Rationalisierung, im besonderen der Krankenversicherung, ernste Beachtung verdient. Auch die Aerzteschaft ist der Meinung, daß die Leistungsfähigkeit der Versicherungsträger durch eine ungerechtfertigte übermäßige Inanspruchnahme der Versicherungseinrichtungen gefährdet werden könnte. Die Aerzteschaft ist sich bewußt, daß sie allein nicht in der Lage ist, einem Mißbrauch der Versicherungseinrichtungen durch die Versicherten erfolgreich entgegenzutreten; sie erkennt aber die Forderung nach Sparsamkeit in der Kassenpraxis, soweit sie ohne Schädigung der Kranken erhoben werden darf, als berechtigt an und hält sich demgemäß für verpflichtet, dieser Forderung zu ihrem Teile nach Kräften gerecht zu werden.

Die Rationalisierung innerhalb der Krankenversicherung kann am besten dadurch gefördert werden, daß Krankenkassen und Aerzte gemeinsam Einrichtungen zur Sicherung gegen eine übermäßige Inanspruchnahme der Kassenmittel schaffen. Solche Einrichtungen sind das beste Mittel, den berechtigten Ansprüchen der Versicherten auf freie Wahl des Arztes mit den Erfordernissen einer sparsamen Verwendung der Beiträge in Einklang zu bringen.

Nach allen bisherigen Erfahrungen würde eine etwaige Neugestaltung der Krankenversicherungsgesetzgebung den berechtigten Ansprüchen aller Beteiligten am besten dadurch Rechnung tragen, daß neben der gesetzlichen Festlegung des Systems der organisiert freien Arztwahl im Rahmen der örtlichen Bedarfsdeckung, wie sie die von den Spitzenverbänden der Krankenkassen und Aerzte am 12. April 1928 gemeinsam aufgestellten Richtlinien für die Durchführung einer ärztlichen Planwirtschaft vorsehen, den Versicherungsträgern und Aerzten die gesetzliche Verpflichtung auferlegt wird, durch die Schaffung geeigneter Prüfungseinrichtungen in den kassenärztlichen Verträgen eine übermäßige Inanspruchnahme von Kassenmitteln zu verhüten.

Ueberall da, wo die organisiert freie Arztwahl bereits vertraglich festgelegt ist, ist die Schaffung solcher Prüfungsstellen schon jetzt gesetzlich zur Pflicht zu machen.

Die Prüfung der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen, Arznei- und Heilmittelverordnungen und der ärztlichen Leistungen ist aus Aerzten bestehenden Prüfungsausschüssen zu übertragen, die von der ärztlichen Vertragspartei bestellt werden. Für die Tätigkeit dieser Ausschüsse sind Richtlinien maßgebend, die der Reichsausschuß für Aerzte und Krankenkassen aufstellt.

Die Prüfungsausschüsse stellen fest, inwieweit die kassenärztliche Tätigkeit der einzelnen Aerzte den Vertragsbedingungen entspricht. Diese Feststellungen der Prüfungsausschüsse sind für die Beteiligten verbindlich, falls nicht innerhalb einer im Verträge zu bestimmenden Frist ein Beschwerdeausschuß angerufen wird, in dem die Kassen vertreten sind. Seine Festsetzungen sind endgültig und für die Beteiligten bindend. Die Verträge müssen Vorschriften darüber enthalten, mit welchen Maßnahmen nötigenfalls Kassenärzte zur Wirtschaftlichkeit anzuhalten sind. Gegen die Verhängung solcher Maßnahmen ist die Anrufung eines Schiedsgerichts zu gewähren.

In der Ueberzeugung, daß eine Rationalisierung auf dem Gebiete der sozialen Versicherung nur durch Zusammenarbeiten der gesetzgebenden Körperschaften mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Aerzte wirksam durchgeführt werden kann, erwartet die Hauptversammlung, daß die Reichsregierung bei einer etwaigen Neuordnung der Versicherungsgesetzgebung die Spitzenverbände der Aerzte zur Mitarbeit heranzieht. Sie beauftragt den Vorstand, einen Ausschuß einzusetzen, der unverzüglich Vorschläge für die Ausführung der Prüfung zur Eingabe an den Reichsausschuß für Aerzte und Krankenkassen ausarbeitet. Der Vorstand wird ferner beauftragt, der Reichsregierung alsbald Vorschläge für die Mitarbeit der Ärzteschaft an der Rationalisierung der Sozialversicherung zu unterbreiten.

7. Jahresbeitrag.

Zur Deckung des Fehlbetrages soll mit Wirkung vom 1. Juli 1928 an der regelmäßige Jahresbeitrag von RM. 36.— verdoppelt werden. Die Art der Aufbringung dieses Betrages soll den Provinzial- und Landesverbänden bzw. örtlichen Organisationen überlassen bleiben.

Die durch den numerus clausus von der allgemeinen Kassenpraxis ausgeschlossenen Mitglieder des L.V. werden von den Sonderumlagen und Beitragserhöhungen befreit.

8. Wahlen der Vorstandschaft des Hartmannbundes.

1. Vorsitzender: Streffer, 2. Vorsitzender: Buchbinder, Kassenführer: Hirschfeld.

Vertreter aus Leipzig: Dippe, Dumas, Hartmann, Kloberg, Rühlmann, Viehweger, Weichsel.

Vertreter aus dem Reich: Felt (Friedland, Opr.), Eichelberg (Hedemünden, Hann.), Langbein (Pfullingen, Wittbg.), Ritter (Berlin), Schneider (Potsdam), Scholl (München), Wester (Overath).

Das kassenärztliche Prüfungswesen.

Von Sanitätsrat Dr. Scholl, München.

Beferat, gehalten auf der 25. ord. Hauptversammlung des Hartmannbundes in Danzig.

Die Prüfung der kassenärztlichen Tätigkeit ist bei jedem Arztsystem, ebenso wie die Kontrolle der Kassenmitglieder, notwendig, weil die Krankenkassen mit einem durch Gesetz bestimmten Etat zu rechnen haben und die Versicherten die Kassenmittel ohne Rücksicht auf den eigenen Geldbeutel ungehemmt in Anspruch nehmen können. Die sog. Selbstkontrolle der Aerzte wurde zuerst ausgebaut bei der Einführung der organisierten freien Arztwahl, die deshalb auch „kontrollierte freie Arztwahl“ genannt wurde, bei der die Leitung der kassenärztlichen Organisation mitverantwortlich ist für das Gedeihen der Krankenkassen.

Immer wieder wird von den Krankenkassen darauf hingewiesen, daß der Kassenarzt den Schlüssel zum Geldschrank der Krankenkassen besitze, d. h. über die meisten Ausgaben der Krankenkassen verfüge, und deshalb eine große Verantwortung der Krankenversicherung gegenüber trage.

Der Kassenarzt befindet sich aber durch die Gesetzgebung selbst in einer schwierigen Lage. Auf der einen Seite sollen die Kassenpatienten ebenso gewissenhaft behandelt werden wie die Privatpatienten, damit sie nicht als Patienten zweiter Klasse sich fühlen, auf der anderen Seite wird in dem Gesetz mit dem Begriff „Notwendigkeit“ gearbeitet und in einer Dienstanweisung bestimmt, daß die Kassenärzte verpflichtet sind, „eine nicht erforderliche Behandlung abzulehnen, insbesondere sich hinsichtlich der Art und des Umfangs der ärztlichen Ver-

richtungen, sowie bei der Verschreibung von Arzneien, Heil- und Stärkungsmitteln auf das notwendigste Maß zu beschränken und bei Erfüllung ihrer Verbindlichkeiten alles zu vermeiden, was eine unnötige und übermäßige Inanspruchnahme der Krankenhilfe herbeiführen kann“. Der Begriff „Notwendigkeit“ ist aber ein sehr relativer Begriff. —

Nach dem nahezu vollendeten Wiederaufbau der Sozialversicherung, insbesondere der Krankenversicherung, wird die Frage der Rationalisierung der Sozialversicherung in der nächsten Zukunft in den Vordergrund treten. Wer sich ihr widersetzt, über den wird die Entwicklung erbarmungslos hinwegschreiten. Es ist deshalb ein Akt der Klugheit, wenn wir Aerzte uns nicht dazu drängen lassen, sondern die Führung übernehmen, zumal wir der Ueberzeugung sind, die besten Sachverständigen auf diesem Gebiete zu sein. Dadurch allein entgehen wir der Gefahr der weiteren Abhängigkeit und der Mechanisierung unseres Berufes und schließlich der Verbeamtung, und retten die Freiheit unseres Standes und die freie Arztwahl. Schon hört man von allen Seiten, von Arbeitgeber- und Arbeitnehmerseite, gleichviel welcher politischen Richtung, kurz von der gesamten „Wirtschaft“, daß die Soziallasten untragbar geworden sind und daß an deren Steigen hauptsächlich die Aerzte schuld seien. Sie hat man als die Prügelknaben ausersehen, da sie sich nicht wehren können und politisch keine Macht darstellen. Wenn diese Beschuldigungen auch höchst ungerecht sind und mit Nachdruck zurückgewiesen werden müssen, so werden wir doch nicht der Notwendigkeit ausweichen können, daß den Versicherungsträgern und Aerzten die gesetzliche Verpflichtung auferlegt wird, durch Schaffung geeigneter Prüfungseinrichtungen in den kassenärztlichen Verträgen eine übermäßige Inanspruchnahme von Kassenmitteln zu verhüten. —

Bei den Verhandlungen mit den Krankenkassen spielt die Frage der Einrichtung von Prüfungsausschüssen für die kassenärztliche Tätigkeit eine immer größere Rolle. An einzelnen Orten, wo die organisierte freie Arztwahl frühzeitig eingeführt wurde, wurden Prüfungseinrichtungen geschaffen, die je nach den örtlichen Verhältnissen verschieden waren. Da, wo die organisierte freie Arztwahl eingeführt wurde — sei es freiwillig, sei es durch Kampf —, hielt sich die ärztliche Organisation für verpflichtet, auch Rücksicht zu nehmen auf das Gedeihen der Krankenkassen, um die freie Arztwahl zu erhalten.

Schon in den ersten Jahren des Leipziger Verbandes, in denen hauptsächlich um die Einführung der freien Arztwahl gefochten wurde, weil damit zugleich auch eine würdigere und bessere Stellung der Aerzte verbunden war, wurde über Prüfungseinrichtungen und Kontrollsysteme mehr geschrieben und gesprochen als jetzt. Die einzelnen kassenärztlichen Organisationen haben in dem Ausbau der Prüfungseinrichtungen miteinander gewetteifert. Am 8. Januar 1908 konnte der Vorsitzende der Vertrauenskommission der Kassenärzte der Ortskrankenkasse für Leipzig und Umgegend, Herr Kollege Streffer, in einer gemeinsamen Sitzung des Aerztlichen Bezirksvereins Leipzig-Stadt und Leipzig-Land einen sehr interessanten Bericht über die Tätigkeit der Leipziger Vertrauenskommission — so nannte man damals die Prüfungsausschüsse — geben. Ein „Regulativ“ für die Ärztestatistik für die Ortskrankenkasse für Leipzig vom Jahre 1905 enthält schon detaillierte Vorschläge für die Prüfung der verschiedenen Sparten der kassenärztlichen Tätigkeit. Schon damals wurde in Leipzig bei jedem einzelnen Kassenarzt eine genaue Personalstatistik angelegt und Protokoll über seine gesamte kassenärztliche Tätigkeit geführt. Ebenso wurde es an anderen Orten gehandhabt, wo die freie Arztwahl eingeführt wurde, wie z. B. in Köln, Stuttgart, München usw. Ja man hat damals in den ersten

Jahren der freien Arztwahl den Krankenkassen den Vorschlag unterbreitet, auf gemeinsamen Tagungen über die Erfahrungen der verschiedenen Vertrauens- und Kontrollkommissionen zu sprechen und im Interesse beider Teile dieselben systematisch auszubauen. Leider haben die immer heftiger einsetzenden Kämpfe um das Arztsystem, gesetzliche Maßnahmen und Honorarfragen den angebahnten Frieden immer wieder gestört und von dieser Aufgabe abgelenkt. Jetzt, wo die Gesetzgebung einigermaßen zur Ruhe gekommen ist, wird man den abgerissenen Faden wieder aufnehmen müssen.

Nicht ganz mit Unrecht machen die Krankenkassen an verschiedenen Orten den Aerzten bzw. der kassenärztlichen Organisation den Vorwurf, daß sie die Prüfung vernachlässigen und die Krankenkassen dadurch erheblich belasten. Man kann wohl sagen, daß gut funktionierende Prüfungseinrichtungen den der beste Wertmesser für die Güte einer kassenärztlichen Organisation sind.

Im Jahre 1913 hat der Leipziger Verband in seiner Veröffentlichung Nr. 29 „Grundsätze für die Tätigkeit der Kontrollkommissionen bei der organisierten freien Arztwahl“ herausgegeben, und damit gezeigt, daß auch er ganz besonderen Wert auf das kassenärztliche Prüfungswesen legt. Leider ist seitdem über diese wichtige Angelegenheit wenig mehr im Leipziger Verband gesprochen worden aus den vorher angeführten Gründen. Um so mehr wurde aber lokal das Prüfungswesen bearbeitet und je nach den örtlichen Verhältnissen ausgebaut. Dadurch kamen die Erfahrungen der einzelnen Orte und Systeme nicht recht zur Geltung. Jeder Ort war zunächst auf einen Versuch, auf ein Experiment angewiesen und machte mehr oder weniger gute Erfahrungen. Es ist deshalb dringend notwendig, daß von der Zentrale aus bestimmte, für große und kleine Verhältnisse passende Grundsätze herausgegeben werden und daß auch die Technik der Prüfung behandelt wird. Dabei ist es gar nicht nötig, ein bestimmtes System festzulegen, da verschiedene sich bewährt haben. Hauptsache ist nur, daß eine wirksame Prüfung festgelegt und ausgeübt wird.

Bei der jetzigen Tendenz, mit den Krankenkassen Arbeitsgemeinschaften zu bilden, zeigt sich immer mehr die Notwendigkeit von vertraglichen Bestimmungen über die Prüfung der kassenärztlichen Tätigkeit. In der letzten Zeit hat der rührige und vorbildlich arbeitende Provinzialverband Brandenburg mit der Arbeitsgemeinschaft der brandenburgischen Krankenkassen einen Mantelvertrag für die ganze Provinz abgeschlossen und Bestimmungen über die Prüfungsausschüsse der kassenärztlichen Organisationen vereinbart, die nachahmenswert sind.

Es erübrigt sich, darüber zu sprechen, daß wir Aerzte uns eine Kontrolle gefallen lassen müssen. Es kommt nur darauf an, wer sie ausübt und wie sie ausgeübt wird. Entweder kontrollieren wir uns selbst — das ist die würdigste und beste Kontrolle — oder wir müssen uns völlig den Krankenkassen unterwerfen. Es muß ganz offen ausgesprochen werden, daß wir zum Teil selbst mit daran schuld sind, daß die Krankenkassen immer mehr dazu übergehen, Eigeninstitute zu errichten, immer mehr Einschränkungen bezüglich des ärztlichen Honorars zu vereinbaren und eigene Vertrauensärzte mit immer größeren Machtbefugnissen anzustellen, weil die Selbstkontrolle der Aerzte an manchen Orten heute noch fehlt und an anderen recht mangelhaft ist.

Da durch die wirtschaftlichen Nöte der Aerzte, den materialistischen Geist unserer Zeit und die große Konkurrenz auch bei uns ein mehr oder weniger ausgeprägter Erwerbssinn eingerissen ist, ist eine Kontrolle nicht nur im Interesse der Kassen, sondern erst recht im Interesse der anständig arbeitenden Kassenärzte nötig, um sie

vor den unanständigen Kollegen, die es leider auch gibt, zu schützen, eine Uebervorteilung einzelner gegenüber der Allgemeinheit hintanzuhalten und einen gerechten Ausgleich zu gewährleisten. Hier gilt das Wort eines Administrators: „Kein Moralist der Welt macht die Menschen so ehrlich wie die Kontrolle.“ Der größte Wert der Kontrolle liegt in der Prophylaxe.

Bei der Kontrolle der Aerzte haben wir uns in erster Linie an psychologische Erfahrungstatsachen zu halten, da es sich um ganz verschieden gearbete Personen handelt. Wir müssen deshalb als obersten Leitsatz aufstellen, daß die Kontrolle nach individuellen Gesichtspunkten zu handhaben ist und nicht nach Schema-F-Bestimmungen. Durch Schema-F-Bestimmungen wird die Qualität der ärztlichen Leistungen auf ein Mittelmaß herabgedrückt. Im Interesse des Ansehens unseres Standes müssen wir aber eifersüchtig darüber wachen, daß in unserem Berufe Spitzenleistungen noch möglich sind.

Auf der anderen Seite muß die Kontrolle möglichst einfach eingerichtet werden und sich rentieren. Wie schön bemerkt, ist bei jedem Arztsystem eine Kontrolle notwendig. Der Unterschied besteht nur in der Art der Kontrolle. Beim fixierten Arztsystem kann es vorkommen, daß der Kassenvorstand, wenn er glaubt, daß ein Arzt die Kasse geschädigt hat, von kurzer Hand den selben bestraft oder ihm kündigt. Das ist eine unsachliche Kontrolle. Ein fundamentaler Unterschied dagegen ist die sachverständige, nur von selbstgewählten Standesgenossen ausgeübte Kontrolle. Sie ist die würdigste und zweckmäßigste Kontrolle. Es haben dabei folgende Grundsätze zu gelten: Aerzte können nur von Aerzten kontrolliert werden. Die Prüfungsärzte müssen von denen gewählt werden, deren Vertrauen sie besitzen müssen, also von den Kassenärzten selbst. Daher auch der frühere Name Vertrauenskommission. Deshalb haben sich aber auch die Kassenärzte den Entscheidungen dieser, von ihnen selbst gewählten Prüfungsärzte unbedingt zu fügen. Selbstverständlich muß jedem Arzt, da Irrtümer vorkommen können, Berufung gegen eine Entscheidung eines Prüfungsausschusses an einen Beschwerdeausschuß zustehen, der aber endgültig entscheidet.

Den Krankenkassen kann eine Mitwirkung in den Prüfungsausschüssen zugestanden werden, aber nicht x-beliebigen Beamten oder Vorstandsmitgliedern, sondern nur wieder Sachverständigen der Krankenkassen, d. h. den Vertrauensärzten. Es muß als unwürdig abgelehnt werden, Laien zur Kontrolle von Aerzten zuzuziehen. Was würden die Krankenkassen sagen, wenn wir Aerzte eine Kontrolle ihrer Verwaltung beanspruchen würden?

Die Kontrolle muß, um eine wirksame und gut funktionierende zu sein, honoriert werden, und zwar von denjenigen, denen sie zugute kommt, d. h. von den Krankenkassen. Das Honorar für die Kontrolle kommt den Krankenkassen durch ein Vielfaches an Einsparungen wieder ein. Es muß in den Verträgen die Höhe des Prüfungshonorars festgelegt werden. Die Tätigkeit der Prüfungsausschüsse ist von den Krankenkassen entweder unmittelbar zu honorieren oder der ärztlichen Organisation ein angemessener Kostenbeitrag in Form eines entsprechenden Zuschlages zum Honorar zu zahlen.

Selbstverständlich sind die Krankenkassen und die ärztlichen Organisationen verpflichtet, alle für die Prüfung erforderlichen Unterlagen den Prüfungsausschüssen zur Verfügung zu stellen.

Wenn die ärztlichen Organisationen versagen und keine Prüfungseinrichtungen zustande bringen, muß den Krankenkassen zugebilligt werden, daß an Stelle dieser Prüfungsausschüsse Vertrauensärzte der Krankenkassen treten, die aber Mitglieder der ärztlichen Organisation sein müssen und im Benehmen mit derselben an-

gestellt werden sollen, damit sie auch das Vertrauen der Kassenärzte besitzen. Denn ohne dieses Vertrauen werden sich stets Reibungen ergeben, die die Kontrolle illusorisch machen.

Die Kontrolleinrichtungen selbst sind der Größe der Krankenkassen entsprechend einzurichten und möglichst praktisch, d. h. nicht bürokratisch zu organisieren, damit auf der einen Seite die Aerzte möglichst wenig mit Schreibearbeit behelligt werden und auf der anderen Seite die Wirkung eine sofortige ist, um Schädigungen von vornherein zu vermeiden, entsprechend dem Umstand, daß die Leistungen der Krankenkassen, z. B. der Krankengeldbezug usw., sofort eintreten.

Die Kontrolle hat sich natürlich auf die verschiedenen Ausgaben der Krankenkassen zu erstrecken, auf die die ärztliche Tätigkeit einen Einfluß hat, also auf die Anweisung von Krankengeld, auf die Verordnung von Arznei- und Heilmitteln, auf das ärztliche Honorar einschließlich der Sachleistungen und auf die Krankenhauseinweisungen.

Die Ergebnisse der Kontrolle sollen statistisch bearbeitet und in die Personalakten der einzelnen Kassenärzte eingetragen werden, so daß jeder Kassenarzt genau qualifiziert werden kann.

Wichtig ist, daß die Prüfungsausschüsse und die Vorstandschaften der kassenärztlichen Organisationen ausreichende Disziplinarbefugnisse erhalten, um die Schädlinge wirksam bekämpfen zu können. Sie allein können als Standesgenossen beurteilen, wenn sich ein Kassenarzt verfehlt und die Kassen oder seine eigenen Kollegen schädigt. Sie allein erhalten mit der Zeit eine Routine und einen Scharfblick, der die Fehler sofort aufspürt. Sie allein können nicht nur den materiellen, sondern auch den moralischen Schaden ermessen, den ein allzu geschäftstüchtiger und willfähriger Kassenarzt anrichtet. Das würdigste System in dieser Beziehung ist sicherlich das der Selbstdisziplin der Kassenärzte ohne Einwirken von seiten der Krankenkassen. Bei der hoffentlich bald kommenden Selbstverwaltung der Aerzte in allen ärztlichen Angelegenheiten muß das Disziplinarrecht der ärztlichen Organisation allein reserviert bleiben. Zunächst ist aber den Krankenkassen noch das Recht zuzubilligen, von sich aus Antrag auf Disziplinierung eines Kassenarztes an einen Beschwerdeausschuß zu stellen, der von den Vertragsparteien vertraglich festzulegen ist.

Mit besonderem Nachdruck muß darauf hingewiesen werden, daß bedauerlicherweise ganz gegen ihr eigenes Interesse die Kassenvertreter immer wieder versuchen, die ärztliche Organisation, die allein instand ist, Ordnung unter den Kassenärzten aufrechtzuerhalten, zu bekämpfen und zu schwächen, statt sie zu stärken und sie in ihrem Bestreben zu unterstützen, die Kassenschädlinge zu bestrafen und eventuell auszumerzen. Auf diesem Gebiete sehen wir leider eine gewisse Inkonsistenz von seiten der Kassenvertreter. Sie verlangen, daß die Kassenärzte von ihrer Organisation erzogen und gemäßregelt werden, wenn sie sich verfehlen. Andererseits aber untergraben sie die Autorität der Organisation und deren Macht; sie bekämpfen den sog. „Koalitionswang“, statt daß sie denselben in ihrem eigenen Interesse verlangen würden. Das muß den Kassenvertretern immer wieder gesagt werden. Aber auch die Behörden und die amtlichen Schiedsinstanzen sollten sich weniger den Schutz der Minderwertigen angelegen sein lassen, wie es heute leider der Fall ist, als den Schutz der Mehrheit, die die Ordnung will.

Bei der Disziplinierung eines Kassenarztes darf es deshalb auch keinen langen Instanzenweg geben, da die Bestrafung nur dann eine wirksame und heilsame ist, wenn sie der Verfehlung sofort auf dem Fuße folgt. Das

sind psychologische Tatsachen, die leider bei der heutigen formal-juristischen Einstellung übersehen werden.

Gegen die Disziplinierung eines Kassenarztes hat derselbe mit Ausnahme von näher zu bestimmenden Fällen, z. B. bei Verwarnungen und Ordnungsstrafen bis zu 100 M., das Recht der Beschwerde an ein Schiedsgericht, das endgültig entscheidet. Dieses Schiedsgericht ist ebenfalls vertraglich festzulegen und soll paritätisch zusammengesetzt sein mit einem unparteiischen Richter an der Spitze.

Im allgemeinen sollen die Prüfungsausschüsse und die Vorstandschaften der kassenärztlichen Organisationen bei nachgewiesener Schädigung von seiten eines Kassenarztes berechtigt sein, Verwarnungen auszusprechen, Ordnungsstrafen von 10 bis 1000 M. für jeden einzelnen Fall zu verhängen, Abstriche vom Kassenhonorar vorzunehmen, Schadenersatzanspruch zu erheben, sowie bei wiederholten und groben Verstößen einen Verweis auszusprechen und Antrag auf Ausschluß auf die Dauer von 3 Monaten bis zu 1 Jahr, ferner auf dauernden Ausschluß an den vorher erwähnten Beschwerdeausschuß zu stellen. Die Ordnungsstrafen werden vom kassenärztlichen Honorar abgezogen.

Es fragt sich, ob es denn nicht andere Wege gibt, Ausnützungen der Krankenkassen sowohl von seiten der Kassenmitglieder als auch der Aerzte zu begegnen, um diese unwürdig erscheinende Kontrolle zu vermeiden, indem man eine gewisse „Barriere“ einschaltet.

Man hat in dieser Beziehung verschiedene Maßnahmen ausgeklügelt, die zum Teil im Ausland auch durchgeführt sind, vor allem durch eine Beteiligung der Versicherten an den Kosten für Arzt und Arznei, oder indem man zu dem Prinzip der Zuschußkassen greift, wie es bei den Mittelstandskrankenversicherungen der Fall ist. Nach § 182a und 187b der RVO. haben die reichsgesetzlichen Krankenkassen jetzt schon eine gewisse Handhabe. § 182a lautet: „Von den Kosten für Arznei, Heil- und Stärkungsmittel haben die Versicherten in allen Fällen 10 v. H. selbst zu tragen“ und § 187b: „Die Krankenkassen können für die Ausstellung des Krankenscheines an Kassenmitglieder oder deren Angehörige eine Gebühr bis zu 10 Pfennig erheben, es sei denn, daß es sich um Unfälle oder ansteckende Krankheiten handelt.“ Im ersten Falle handelt es sich um eine Mußvorschrift, im zweiten Falle um eine Kannvorschrift. Beide Vorschriften würden in der Inflationszeit geboren und haben sich wenig bewährt. In der Schweiz und vor allem in Frankreich hat man zu solchen Mitteln gegriffen, um die Versicherten von einer allzu häufigen Inanspruchnahme des Arztes abzuhalten. Ich glaube nicht, daß der materielle Erfolg, den diese Methode vielleicht bringen mag, so wertvoll ist, wie die prophylaktische Wirkung, die bei einer freien Inanspruchnahme gegeben ist. Außerdem widersprechen solche Maßnahmen dem Prinzip der Versicherung und wirken sich vielfach unsozial aus, namentlich bei den minderbemittelten Kassenmitgliedern. Auch ein Sparprinzip kann nachteilige Folgen haben, namentlich in gesundheitlichen Dingen. Es scheint mir deshalb die bisherige Uebung die zweckmäßigere und sozialere zu sein.

Ehe ich auf die Kontrolleinrichtungen selbst eingehe, möchte ich noch darauf hinweisen, daß sowohl in der Satzung der kassenärztlichen Organisation wie in den Verträgen mit den Krankenkassen Bestimmungen über die Prüfungsausschüsse für die kassenärztliche Tätigkeit enthalten sein müssen. Durch die „Richtlinien für die Tätigkeit der Prüfungsausschüsse“ gemäß Abschnitt V der „Richtlinien des Reichsausschusses für Aerzte und Krankenkassen für den allgemeinen Inhalt der Arztverträge“ vom 12. Mai 1924 sind die Bestimmungen ja schon gegeben. Eng damit zusammen hängen die „Dienstabweisung für die

Kassenärzte“, die „Richtlinien für die wirtschaftliche Arzneiverordnung“ und die „Richtlinien für die Anwendung elektro-physikalischer Heilmethoden“. Ich muß es mir versagen, darauf weiter einzugehen, zumal sie ja auch zur Genüge bekannt sind.

Vielfach entspringen die Verfehlungen in der Kassenpraxis nicht dem bösen Willen der einzelnen Kassenärzte, sondern sind bedingt durch die bedauerliche Unkenntnis der sozialen Gesetzgebung und insbesondere des Wesens der kassenärztlichen Tätigkeit. Daher kommt es auch vielfach, daß manche Aerzte eine ganz falsche Einstellung gegenüber der Krankenversicherung und den Krankenkassen haben, zumal da sie in den Krankenkassen nur den Feind sehen, mit dem die Aerzteschaft seit Jahrzehnten zu kämpfen hatte. Wir müssen uns ein für allemal vor Augen halten, daß die Krankenversicherung und damit die Krankenkassen Einrichtungen sind, die nicht mehr abgeschafft werden, also bleibende Einrichtungen, zu denen wir uns im wohlverstandenen Interesse positiv einstellen müssen, natürlich nicht in dem Sinne, daß wir die jetzige Stellung des Kassenarztes als die richtige und wünschenswerte ansehen. Im Gegenteil, wir müssen mit aller Macht darauf hinarbeiten, daß die Stellung des Kassenarztes eine ganz andere wird im Interesse der Sache und der Aerzteschaft. Diese Stellung kann nur dann als befriedigend angesehen werden, wenn das Selbstverwaltungsrecht der Aerzte innerhalb einer Reichsärzteordnung und die freie Arztwahl gesetzlich festgelegt ist.

Dringend notwendig wäre eine besondere Vorbildung für die kassenärztliche Tätigkeit schon auf der Hochschule, am besten wohl während des praktischen Jahres. Eine solche Ausbildung für die angehenden Kassenärzte ist um so notwendiger, da der Studierende auf der Universität sehr wenig hört von der sozialen Gesetzgebung und den Besonderheiten der Kassenpraxis, sondern vielmehr dort die teure Rezeptur und die teuren Behandlungsmethoden lernt. Die angehenden Kassenärzte machen meist aus Unkenntnis der Gesetzgebung Fehler. Das Lehrgeld zahlen die Krankenkassen und ungerechte Vorwürfe treffen die Aerzte. Jeder Kliniker sollte in seinem Lehrfache die Sozialversicherung mehr berücksichtigen. Auch die Einführung des Medizinstudierenden in die sozialen Probleme und insbesondere die Sozialversicherung wäre sehr wünschenswert. Man kann die Berechtigung der bekannten Forderung der Gewerkschaften in dieser Hinsicht nicht abstreifen.

In dieser Erkenntnis hat denn auch die ärztliche Leitung an vielen Orten und seit längerer Zeit dadurch einen gewissen Ersatz geschaffen, daß sie alle Aerzte, welche zur Kassenpraxis zugelassen werden wollen, vorher durch Instruktionsstunden oder durch sog. „Soziale Seminare“ zu dem besonderen Berufe des Kassenarztes ausbildet. Es wird in diesem Seminar auch aufmerksam gemacht auf den Unterschied zwischen der Kassen- und der Privatpraxis und insbesondere darauf, daß man es in der Kassenpraxis mit beschränkten Mitteln zu tun hat, daß alles Unnötige zu meiden ist, daß von der gewissenhaften Gutachtertätigkeit, namentlich in bezug auf die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit, das Wohl und Wehe der Krankenkassen abhängt. Selbstverständlich werden die Kassenärzte auch darauf hinzuweisen sein, daß sie alles für die Heilung des Kassenmitgliedes Notwendige zu tun haben. Diese Ausbildung ist auch notwendig, damit die angehenden Kassenärzte ohne Voreingenommenheit und ohne Scheu, sich zu verfehlen, sich mit Lust und Liebe den versicherten Kranken widmen können. Es ist eine psychologische Tatsache, daß der Mensch sich allem gegenüber, was er nicht kennt, in gewissem Sinne feindlich verhält. Vor allem würde der angehende Kassenarzt Verantwortungsgefühl

gegenüber den Krankenkassen lernen; dieses Verantwortungsgefühl aber ist der wichtigste Schutz für die Krankenkassen. Hier will ich die goldenen Worte anführen, welche bei Einführung der freien Arztwahl in Frankfurt a. M. der Vorstand des Aerzteverbandes und der Vorstand der Allgemeinen Ortskrankenkasse gemeinsam ausgeführt haben, Worte, auf die bei Einführung der freien Arztwahl in anderen Orten immer wieder hingewiesen wurde und auf die auch in der letzten Zeit wiederum Herr Lehmann hingewiesen hat. Sie lauten: „Der Kassenarzt muß sich in jedem Augenblick der wichtigen Vertrauensstellung bewußt sein, welche er bei der Kasse innahat. Die Verwaltung und Verteilung des Kassenvermögens ist sozusagen ganz allein dem Urteil des Arztes überantwortet. Das Kassenvermögen gehört aber dem ärmsten Teil der Bevölkerung, und der Rechtsanspruch, welchen jedes Kassenmitglied an dasselbe hat, muß durch erhebliche Teile seines Lohnes erkauft werden, der oftmals kaum zum Leben ausreicht. Dieser Rechtsanspruch ist natürlich ganz bestimmt begrenzt, und zwar durch die Finanzlage der Kassen leider nach vielen Richtungen enger, als es wünschenswert ist.

Wer aber die Grenzen für ein Kassenmitglied willkürlich erweitert, der verringert sie für alle anderen. Nirgends gilt mehr als hier der Satz: „Viele wenig machen ein Viel“, und nur eine ganz oberflächliche Betrachtung kann dazu führen, von einer reichen Kasse darum zu sprechen, weil der jährliche Umsatz ansehnliche Zahlen aufweist. Wer sich dieses einmal klargemacht hat, der wird sich, so hoffen wir, nie eine Verwendung des Kassenvermögens gegen die Bestimmungen des Kassenstatuts, geschweige denn irgendeine Luxusverordnung bewußt zuschulden kommen lassen. Er wird auch nicht, selbst wenn es gilt, augenscheinlich vorhandene Not zu lindern, das Kassenvermögen zur Befriedigung seines Dranges, Wohltaten zu erweisen, benutzen. Er wird sich vielmehr bei seiner kassenärztlichen Tätigkeit der strengsten Gelehrlichkeit, der größten Vorsicht- und Sparsamkeit befleißigen und sich besonders diese letztere Kunst auch dann anzueignen suchen, wenn er in der glücklichen Lage ist, außerhalb der Kassenpraxis keine Verwendung für sie zu haben.“

Wenn diese Worte von den Aerzten beherzigt werden und wenn die ärztlichen Organisationen durch eine weise Disziplin das Nötige dazu beitragen, dann ist die Kontrolle der Kassenärzte kein kardinisches Joch, sondern ein gutes Regulativ und ein prophylaktisches Erziehungsmittel.

(Fortsetzung folgt.)

Wer darf Mitglied einer Pflichtkrankenkasse werden? Gegen die Ueberspannung des Sozialversicherungsgedankens.

Herr Stadtrat i. R. H. v. Frankenberg (Braunschweig) hat unter obiger Ueberschrift in Nr. 22 dieses Blattes zu einem Artikel der Allgemeinen Ortskrankenkasse Nürnberg, der in der Fränkischen Tagespost Nr. 72 vom 12. März 1928 erschienen ist, Stellung genommen. Dabei ist dem geschätzten Verfasser ein wesentliches Versehen unterlaufen. In dieser Veröffentlichung des Vorstandes der genannten Kasse ist die Absicht kundgegeben worden, die freiwillige Versicherungsmöglichkeit der selbständigen Gewerbetreibenden, Beamten und Angestellten usw., sofern die in § 176 RVO. vorgesehenen Voraussetzungen erfüllt sind, wesentlich zu erweitern. Hierbei war die Absicht mit verbunden, für diese genannten Kreise eine freiwillige Versicherung nur für Krankenpflege, also ohne Krankengeld, einzuführen. Herr v. Frankenberg nimmt in seinen Auslassungen den Standpunkt ein, daß eine Krankenkasse den Kreis ihrer versicherungsberechtigten Mitglieder nicht nach ihrem Belieben abstecken und auch zu

Das Heilmittel des Arztes die Rohkostkur.

auch in verzweifelten Fällen von
Verdauungs- und Stoff-
wechselstörungen ist

Fordern Sie meine reichhaltige Preisliste!

Rohkost-Versandhaus Leo Tölke
München, Asamstrasse 6.
Post- und Verpackungsfrei von Mk. 30.— an.

Eisenwerk Siegen
Marienborn b. Siegen

Postfach 42
liefert

Auto-Garagen

aus
Wellblech.
Lager-Schuppen



Altpapier

Zeitungen, Bücher,
Hefte, Akten, Lum-
pen, Flaschen, Alt-
eisen, Metall, Auto-
Gummi, kauft stets
zu besten Preisen
und holt frei ab

Jos. Duschl
München, Gabelsbergerstr. 85/0
Telephon 55236

Dolorsan

Jod organisch an Camphor u. Rosmarinöl sowie an NH₃ gebunden, Ammoniak u. Alkohol

ANALGETIKUM

von eigenartig schneller, durchschlagender und
nachhaltiger Jod- und Champhorwirkung bei
**Pleuritis, Angina, Grippe,
Gicht, Rheuma, Myal., Lumb.,
Entzündungen, Furunkulose**

Grosse Tiefenwirkung!

Kassenpackung RM 1.05, grosse Flaschen zu RM 1.75
Klinikpackung RM 5.70; in den Apotheken vorrätig.

Johann G. W. Opfermann, Köln 64



Der natürliche Mineralbrunnen „Staatl. Fachingen“ findet seit Jahrzehnten mit hervorragendem Erfolg Verwendung bei
Störungen der Verdauungsorgane (Magenkatarrh, Magenschmerzen und Magenbeschwerden sowie Darmstörung, habituelle Stuhlver-
stopfung, Icterus katarrhalis)
Erkrankungen der Harnorgane (akute Nephritis, chron. parenchymatöse Nephritis, Harnsäuresteine in Nieren u. Blase, Blasenkrankungen)
Stoffwechselkrankheiten (Gicht, Diabetes)

Erbötlich in allen Mineralwasserhandlungen, Apotheken, Drogerien usw. und steht den Herren Aerzten zur Verordnung in geeigneten Fällen stets zur Verfügung.
Brennschriften sowie eine Zusammenstellung der ärztlichen Gutachten kostenlos durch das Fachinger Zentralbüro Berlin W 8, Wilhelmstr. 55.
Aerztejournal wird jederzeit auf Wunsch zugesandt.

Analyse

(Feste Hauptbestandteile in 1 kg Wasser auf Salze berechnet.)

Natriumhydrokarbonat (NaHCO ₃)	2,915 g
Calciumhydrokarbonat (Ca[HCO ₃] ₂)	0,529 „
Magnesiumhydrokarbonat (Mg[HCO ₃] ₂)	0,474 „
Natriumchlorid (NaCl)	0,390 „
Ferrohydrokarbonat (Fe[HCO ₃] ₂)	0,012 „
Lithiumhydrokarbonat (LiHCO ₃)	0,008 „

Soeben erschien:

Chemische und mikrochemische Untersuchungs-Methoden

Mit Geleitwort von Professor Dr. Bittorff, Breslau

Von Dr. C. E. Schuntermann

VIII. und 176 S. Oktav. Preis Mk. 5.—, geb. Mk. 6 50.

Die Erkenntnis der Bedeutung und des Wertes der klinischen Chemie in der Medizin hat die Forderung mit sich gebracht, die verschiedenen Methoden, die hier zur Anwendung kommen, zusammenzustellen und in Form eines Leitfadens der Öffentlichkeit zu übergeben. Die Chemie am Krankenbett als solche ist nichts Neues. Sie ist schon immer geübt worden. Neueren Datums sind aber die Mikro- und Halbmikrobestimmungen, bei denen man mit wenig Ausgangsmaterie exakte und genaue Untersuchungen anstellen kann.

Das vorliegende Buch bringt für jede Untersuchung eine Reihe von Methoden, die sich in der Praxis als gut und brauchbar erwiesen haben. Dadurch ist dem Analytiker die Möglichkeit gegeben, mit der jeweils geübten Technik schnellstens vertraut zu werden. Die Darstellung der Methoden ist so gehalten, dass der Geübte sofort die Bestimmung ausführen und auch der weniger Geübte schnell zu selbständigen Arbeiten gelangen kann. Ausserdem ist aber auch besonderer Wert darauf gelegt, auf Fehlerquellen, die sich bei der Analyse ergeben können, hinzuweisen und zu zeigen, wie man dieselben vermeiden kann.

Verlag der Aertzlichen Rundschau Otto Gmelin München 2 NO 3
Wurzerstrasse 1 b

Verlag der Aertzlichen Rundschau Otto Gmelin, München 2 NO 3, Wurzerstr. 1 b

Aus dem Leben eines Heilstättenarztes

Von Hofrat Dr. F. Wolff (früher Reiboldsgrün)

Preis Mk. 4.—, geb. Mk. 5.50.

Dieses ansprechende Buch wendet sich an einen viel weiteren Kreis, als der Titel zunächst vermuten läßt. Der Verfasser ist schon durch seine früheren Bücher bekannt geworden. In diesem neuesten gibt der mehr als Siebenzigjährige in frischem, immer amüsanten Plauderton Bilder aus seinem vielbewegten Leben, an denen jeder Leser Freude, Genuß und Gewinn haben wird! Dem einen vermittelt er neue Einblicke in die Tuberkulosebehandlung und läßt ihn staunen über die Fortschritte der letzten Jahrzehnte, an denen der Verfasser allerlei Anteil hat; andere werden ihre ganze Freude an der menschlich so warmen Schilderung bekannter und berühmter Persönlichkeiten haben, mit denen der Verfasser in Berührung kam. Vor allem fesselt aber der Lebensgang des Verfassers selbst, und das Schicksal, das seit dem Krieg und seinen Folgen über ihn kam, noch mehr aber die Art, wie er's trägt. Man legt das Buch, das die meisten in einem Zug durchlesen werden, mit dem dankbaren Bewußtsein aus der Hand, daß man einer innerlich reichen Persönlichkeit begegnen durfte.

Walter Birnbaum in der „Austese“.

Fieberkurven

100 Stück M. 1.75

500 Stück M. 8.—

zu beziehen vom

Verlag der Aertzlichen Rundschau Otto Gmelin
München 2 NO 3, Wurzerstrasse 1 b.

gleicher Zeit die Leistungen in dem gedachten Umfange ohne Krankengeldgewährung nicht einschränken könne. Was nun den Kreis der aufnahmefähigen Beamten anlangt, so steht der Verfasser auf dem Standpunkt, daß für Beamte und Angestellte der Körperschaften des öffentlichen Rechts kein allgemeiner Spielraum des freiwilligen Beitritts gegeben ist. Als „Beschäftigte“ seien die Beamten und Angestellten der Körperschaften des öffentlichen Rechts überhaupt nicht anzusehen. Demgegenüber stellen wir fest: Im Handbuch der Krankenversicherung von Hahn, I. Band, ist in Ziffer 1 Absatz 2 zu § 169 RVO. festgelegt:

„Beschäftigte sind alle, die auf privatrechtlicher oder öffentlich-rechtlicher Grundlage im Betriebe oder Dienst tätig sind.“

Stier-Somlo fügt hinzu: „also auch Beamte“.

Außerdem verweisen wir auf eine Entscheidung des Reichsversicherungsamts, abgedruckt in den „Amtlichen Nachrichten“ 1924, Seite 30, Ziffer 2779. Diese Entscheidung lautet:

„Die Posbeamten des mittleren Dienstes, denen im Erkrankungsfall die in § 169 Abs. I der Reichsversicherungsordnung vorausgesetzten Ansprüche gewährleistet sind, sind berechtigt, der Krankenversicherung nach § 176 RVO. freiwillig beizutreten, wenn nicht ihr jährliches Gesamteinkommen die dort vorgesehene Grenze überschreitet.“

Demzufolge sind die Krankenkassen wohl berechtigt, Beamte als freiwillige Mitglieder aufzunehmen, ganz gleich, ob sich dieselben in staatlichen oder städtischen Diensten oder in Diensten einer öffentlichen Körperschaft befinden.

Was nun die zweite Frage, die Beschränkung der Leistungen nur auf Krankenpflege, unter Wegfall des Krankengeldes, anlangt, so verweisen wir auf § 215 RVO., welcher folgendes vorsieht:

„Bestimmt die Reichsregierung, daß Personen, die nach § 168 versicherungsfrei sind, freiwillig der Versicherung beitreten können, so kann sie die Regelleistungen für sie auf Krankenpflege und auf Krankenhauspflege ohne Hausgeld oder deren Ersatz (§ 185) ohne Krankengeld beschränken.“

Für diejenigen, welche der Versicherung freiwillig beitreten, kann die Satzung mit Zustimmung des Oberversicherungsamtes die Kassenleistungen entweder in gleichem Maße oder auf das Krankengeld beschränken.

Für solche Versicherten sind die Beiträge entsprechend zu ermäßigen.“

Mit dieser Richtigstellung entfallen die meisten Schlußfolgerungen, die Herr H. v. Frankenberg an die seiner Meinung nach ungesetzlichen Auslassungen der Allgemeinen Ortskrankenkasse Nürnberg geknüpft hat.

Bei dieser Gelegenheit möchten wir noch darauf hinweisen, daß von dieser Versicherungsmöglichkeit der Kleingewerbetreibenden usw. nur für Krankenpflege unter Herabminderung des Beitragssatzes die verschiedensten Krankenkassen Gebrauch gemacht haben. Wir verweisen hierbei auf einen Artikel in der Zeitschrift „Die Krankenversicherung“, Organ des Gesamtverbandes der Krankenkassen Deutschlands, Nr. 7 vom 10. April 1927 und Nr. 9 vom 10. Mai 1927, in welchen Herr Ritzerfeld (Monschau) ausführlich über die dortige Einführung berichtet. Nach diesen Berichten war das Bedürfnis der dortigen Kleingewerbetreibenden und Kleinbauern nach einer solchen Versicherung so groß, daß sich innerhalb ganz kurzer Zeit 700 Personen, d. i. gleich 25 Proz. des dortigen Mitgliederstandes, dieser Kasse anschlossen. Auch die Landkrankenkasse für den Kreis Heppenheim hat diese Versicherung mit gutem Erfolg durchgeführt. Eine ganze Reihe bayerischer Kas-

sen sind uns bekannt, die auf unsere Anregung diese Versicherungsmöglichkeit inzwischen neu eingeführt haben und noch neu einführen wollen.

Zum Schlusse gestatten wir uns noch zu bemerken, daß die von unserer Kasse geplante Aenderung der Kassensatzung bereits die Voreingehung des Oberversicherungsamts Nürnberg gefunden hat.

Es scheint also, daß die „guten Leute in Nürnberg doch nicht zu den schlechten Musikanten“ gehören, wie der Herr Verfasser annahm.

Nochmals praktischer Arzt und Facharzt.

Damit mein Schweigen nicht als Zustimmung zu dem Nachwort des Herrn Kollegen Ploeger in Nr. 26 des „Correspondenzblattes“ gedeutet werde, möchte ich jetzt von einer Antwort absehen, sondern sie an dieser Stelle oder im Bezirksverein geben, sobald das Protokoll der Danziger Tagung erschienen ist, das, glaube ich, zugunsten meiner Auffassung sprechen dürfte.

Doernberger.

Ekkl. Arbeitsnachweis und Wohlfahrtspflege.

Es sind oft Bedenken erhoben worden, daß der Arbeitsnachweis, wenn er von der Gemeinde losgelöst werde, den Zusammenhang mit den anderen Zweigen der kommunalen Verwaltung, insbesondere mit der öffentlichen Wohlfahrtspflege, verlieren würde, und daß dabei seine sozialen Aufgaben, die nur im Zusammenhang mit der Wohlfahrtspflege zu lösen seien, in den Hintergrund treten würden. Es sind nicht nur die Interessen der Fürsorgebedürftigen unter den Arbeitssuchenden, sondern auch wirtschaftspolitische Notwendigkeiten, die zu einer solchen Zusammenarbeit zwingen. Ein Arbeitsnachweis, der nur um die Unterbringung der tüchtigen Kräfte bemüht ist, alle schwächeren aber sich selbst und damit zum großen Teile der Wohlfahrtspflege überläßt, dient nicht der Wirtschaft. Denn er bürdet ihr dadurch, daß er sie von der Einstellung solcher Kräfte entlasten will, alle die Kosten auf, die der Wohlfahrtspflege durch die Sicherstellung des Lebensunterhaltes im Wege der Unterstützung entstehen. Es muß gemeinsame Sorge von Arbeitsnachweis und Wohlfahrtspflege sein, zu erreichen, daß jeder Arbeitsfähige und Arbeitswillige im Wirtschaftsleben an die Stelle gestellt werde, an der seine Kräfte und Fähigkeiten am besten und wirksamsten ausgenutzt werden. Dabei wird der Arbeitsnachweis auf die Hilfe der Wohlfahrtspflege angewiesen sein für alle die, die bei ihrer Unterbringung im Erwerbsleben einer schützenden und stützenden Hand bedürfen.

Der Personenkreis dieser schutzbedürftigen Arbeitskräfte, wie er sich in Zeiten normaler Wirtschaft darstellt, erstreckt sich auf Erwerbsbeschränkte im eigentlichen Sinne (Krüppel, Blinde und Taubstumme, Tuberkulöse, Epileptiker, Schwachsinnige usw.), die durch gesellschaftliche Vorurteile schwer unterzubringenden Personen (Strafentlassene, ehemalige Prostituierte, aus Heilanstalten Entlassene), ferner die Berufsgewöhnten und schließlich die durch mütterliche Pflichten an der Erwerbsarbeit verhinderten Frauen. Für alle diese Gruppen müssen die gewöhnlichen Mittel der Arbeitsvermittlung versagen; hier muß sich die Arbeitsvermittlung individual-fürsorgerischer Methoden bedienen. Es muß dabei untersucht werden, ob denn überhaupt der Arbeitsnachweis die richtige Stelle sei, um die Arbeitsvermittlung für alle diese Kräfte durchzuführen, oder ob es nicht richtiger wäre, diese Tätigkeit der Wohlfahrtspflege zu überlassen. Für das Gebiet der Schwerkriegs- und Unfallbeschädigten ist die Frage

durch das Schwerbeschädigtengesetz zugunsten der Wohlfahrtspflege entschieden. Für die übrigen Gebiete der Arbeitsvermittlung schutzbedürftiger Personen bietet das Gesetz die Möglichkeit, Arbeitsvermittlung im Wege der Wohlfahrtspflege durchzuführen, worauf Ministerialrat Dr. Dorothea Hirschfeld in einem Vortrage hinweist. Die Zulassung caritativer Arbeitsvermittlung ist jedenfalls solange notwendig, als der Arbeitsnachweis selbst den Aufgaben der Vermittlung dieser Personen nicht gewachsen ist. Der Arbeitsnachweis wird aber diesen Aufgaben nur dann gewachsen sein, wenn er sich die sachverständige Mitarbeit der Wohlfahrtspflege sichert und mit ihr gemeinsam an die Lösung dieser Aufgabe geht. Die Wege und Möglichkeiten einer solchen Zusammenarbeit sind für die einzelnen Gruppen fürsorgebedürftiger Personen verschieden.

Besondere Beachtung verdienen die Fragen, die sich aus der Arbeitsvermittlung und der Arbeitsfürsorge für voll arbeitsfähige, langfristige Erwerbslose ergeben, denen aus irgendwelchen Gründen ein Anspruch auf Arbeitslosenunterstützung nicht zusteht. Die Wohlfahrtspflege muß also nach Wegen suchen, um diese Personen dem Wirtschaftsleben wieder zuzuführen, denn weder ist sie finanziell in der Lage, eine so große Zahl Arbeitsfähiger auf die Dauer ohne Gegenleistung zu unterstützen, noch liegt es im Interesse der Wirtschaft, arbeitsfähige Menschen auf die Dauer zu Kostgängern der Wohlfahrtspflege zu machen. Die Wohlfahrtspflege ist daher gezwungen, Maßnahmen zu treffen, die durch geregelte Arbeit dem Verfall der Arbeitskraft entgegenwirken und Arbeitsfähigkeit und damit Vermittlungsfähigkeit des Arbeitslosen zu steigern suchen. Eine solche Arbeitsfürsorge wird aber den Zweck nur dann erreichen, wenn von den Beschäftigten wirklich ernsthafte Arbeit verlangt und dabei immer das Ziel im Auge behalten wird, die Beschäftigten für die Arbeitsvermittlung, nicht für die Arbeitslosenunterstützung reif zu machen.

Die hier und da gemachten Erfahrungen, daß die Wohlfahrtspflege sich durch die Arbeitsfürsorge von ihren regelmäßigen Fürsorgeempfängern entlastet und der Arbeitslosenunterstützung Personen zugeführt habe, die für den Arbeitsmarkt nicht mehr in Betracht kommen können, hat zu der Einführung des § 217 in das Gesetz geführt. An einer ernsthaften Arbeitsfürsorge hat der Arbeitsnachweis, hat die Wirtschaft dasselbe Interesse wie die Wohlfahrtspflege, denn eine solche Arbeitsfürsorge steigert die Vermittlungsfähigkeit der Beschäftigten und führt der Wirtschaft brauchbarer gewordene Kräfte zu.

Dieses gemeinsame Interesse muß in einer Zusammenarbeit von Arbeitsamt und Wohlfahrtspflege zum Ausdruck kommen. Wenn die Wohlfahrtspflege es übernimmt, Arbeitslose durch Einrichtungen der Arbeitsfürsorge arbeits- und vermittlungsfähiger zu machen, so erwächst den Arbeitsämtern hieraus die Verpflichtung, für die Vermittlung dieser Kräfte besonders bemüht zu sein, um den Erfolg der Arbeitsfürsorge nicht durch neue Arbeitslosigkeit wieder aufs Spiel zu setzen. Nichts ist bedenklicher, als wenn Arbeitsamt und Wohlfahrtsamt an die gemeinsame Aufgabe nur unter dem Gesichtspunkte der Ersparung eigener Mittel herangehen. Welche Unterstützungsmittel erspart werden, ist letzten Endes gleichgültig; wichtig ist nur, daß Unterstützungsmittel gespart werden, und das kann nur erreicht werden, wenn die beiden Stellen, die berufen sind, Arbeitskraft der Wirtschaft nutzbar zu machen und dafür zu sorgen, daß jeder, der dazu imstande ist, sich selbst seinen Unterhalt beschafft, gemeinsam an die Lösung dieser Aufgabe herangehen.

Tuberkulose-Fortbildungskurs in der Heilstätte Donaustauf.

Von Stadtmedizinalrat Dr. Weiß, Amberg.

Vom 21. mit 26. Mai fand in der Heilstätte Donaustauf ein Fortbildungskurs über Lungentuberkulose statt, zu dem die Landesversicherungsanstalt Oberpfalz, in erster Linie deren für die Bekämpfung der Tuberkulose stets auch mit den entsprechenden finanziellen Mitteln warm und vorbildlich Eintretender Vorstand, Herr Regierungsdirektor Dr. Roth, eingeladen hatte. Der Kurs hatte es sich zur Aufgabe gesetzt, insbesondere die Bewertung des Röntgenbildes dem praktischen Arzt zum Verständnis zu bringen. Die Teilnehmerzahl war aus praktischen Gründen auf 10 festgesetzt worden.

Den wissenschaftlichen und praktischen Teil hatte, außer einer physikalischen Einführung in die neuere Röntgentechnik und -apparatur durch einen Spezialingenieur, der ärztliche Leiter der Heilstätte, Herr Direktor Dr. Nicol, übernommen, im praktischen Teil unterstützt von Herrn Oberarzt Dr. Bramesfeld.

Wer die Fortbildungskurse Dr. Nicols mitgemacht hat — und es waren, wie früher, auch diesmal mehrere Kollegen dabei, die sich schon das zweite Mal an einem Lehrgang bei ihm beteiligten —, der weiß, daß er es wie leicht kein anderer versteht, besonders auf die Fragen einzugehen, die den denkenden Praktiker berühren, oft beunruhigen, ihm aber auch manchmal bei der Fülle der anwachsenden Literatur die Lust nehmen, sich wissenschaftlich mit der Materie zu befassen. Hier ist es ein unbestrittenes Verdienst Dr. Nicols, daß er bei aller Würdigung der rein akademischen Forschungen, an denen er ja seit Jahren ausschlaggebenden Anteil hat, gerade das herauszuheben versteht, was dem Praktiker in der Erkennung der Tuberkulose Schwierigkeiten bereitet.

Gemäß dem Programm wurde den Teilnehmern Gelegenheit geboten, an einer Fülle von Röntgenbildern sich einen Einblick in die Wichtigkeit dieses Untersuchungsmoments zu verschaffen, gleichzeitig aber auch durch praktische Beteiligung an Durchleuchtungen und Aufnahmen die vielen Fehlerquellen der reinen Technik und der diagnostischen Bewertung kennen zu lernen. Insbesondere hat sich wohl bei allen Teilnehmern die Erkenntnis vertieft, daß der Besitz eines Röntgenapparates noch lange nicht die Fähigkeit verleiht, eine einwandfreie Tuberkulosedagnostik zu treiben.

Als sehr bedauerlich muß konstatiert werden, daß die Kurse gerade von bayerischen, in erster Linie oberpfälzischen Aerzten so wenig besucht werden, während aus fernen Gegenden Deutschlands Teilnehmer anwesend waren.

Der Dank an Dr. Nicol und an die Landesversicherungsanstalt, die übrigens für eine ausgezeichnete Verpflegung in der Anstalt untertags aufkommt, kam noch in einem recht gemüthlichen Beisammensein am Ende des Kursus zum Ausdruck.

Tuberkulose-Fortbildungskurs in Scheidegg.

Der oberfränkische Kreisverband zur Bekämpfung der Tuberkulose (Sitz Bayreuth, Regierung) gewährt auf Ansuchen bis zu 20 oberfränkischen Aerzten, welche an dem in der Zeit vom 27. August bis 1. September d. J. in der Kinderheilstätte Scheidegg stattfindenden Fortbildungskurs über die Diagnose und Therapie der Tuberkulose (unter besonderer Berücksichtigung der kindlichen Tuberkulose) teilnehmen wollen, einen Zuschuß von je 100 RM.

Meldungen wollen bis 12. August an den oben genannten Verband und gleichzeitig an die Direktion der Prinz-

Regent-Luitpold-Kinderheilstätte Scheidegg i. Algäu, welche auch für Unterkunft und Verpflegung — täglich zusammen 5 RM. — sorgt, gerichtet werden.

v. Strobenreuther, Vorsitzender.

Vereinigung Deutscher Kommunal-, Schul- und Fürsorgeärzte.

Die Vereinigung Deutscher Kommunal-, Schul- und Fürsorgeärzte (Köln, Cäcilienstraße 1) veranstaltet am 7. und 8. September in Ilmenau (Thüringen) einen Fortbildungskursus für Fürsorgeärzte, Fürsorgerinnen und Verwaltungsbeamte. Am ersten Tage wird das Thema: „Weshalb müssen wir heute Gesundheitsfürsorge treiben?“ vom hygienischen, vom biologischen und vom Verwaltungsstandpunkte aus behandelt. Der zweite Tag bringt Vorträge aus dem Gebiete der Tuberkulose-, Krüppel- und Psychopathenfürsorge. Im Anschluß an den Kursus ist Gelegenheit zum Besuch der in Leipzig stattfindenden Versammlung des Deutschen Vereins für Schulgesundheitspflege, des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege und der Vereinigung für den Fürsorgedienst im Krankenhaus.

Kollegen

gedenkt der „Dr. Alfons Stauder-Stiftung“!

Beiträge sind einzubezahlen auf das Postscheckkonto Nürnberg Nr. 15376 des Landesausschusses der Aerzte Bayerns oder auf das Depotkonto Nr. 32926 bei der Bayer. Staatsbank Nürnberg mit der Bezeichnung: „Für die Stauder-Stiftung“.

Vereinsnachrichten.

(Originalbericht des Bayer. Aerztl. Correspondenzblattes.)

Aerztlicher Bezirksverein und Aerztlich-wirtschaftlicher Verein Neu-Ulm-Günzburg-Krumbach.

(Sitzungsbericht vom 21. Juni.)

Anwesend 31 Mitglieder. Vorsitz: 2. Vorsitzender S.-R. Dr. Leopolder.

1. Dem am 2. Mai verstorbenen 1. Vorsitzenden, Geh. Sanitätsrat Dr. Radwansky, der nahezu 20 Jahre an der Spitze des Vereines stand und als solcher wie auch als langjähriger Vorsitzender der Schwäbischen Ärztekammer und Vorstandsmitglied der Landesärztekammer sich nicht nur um die schwäbische, sondern auch die gesamte bayerische Ärzteschaft hochverdient gemacht hat, widmet der Vorsitzende einen warmempfundenen Nachruf. Sein Andenken wird im Verein stets in Ehren gehalten werden.

2. Das Protokoll der letzten Sitzung wird verlesen und genehmigt.

3. Wahl der Vorstandschaft. 1. Vorsitzender: S.-R. Dr. Leopolder (Günzburg), 2. Vorsitzender und Schriftführer: S.-R. Dr. Würth (Jettingen), Geschäftsstelle: Oberarzt Dr. Sighart (Günzburg), Beisitzer: S.-R. Dr. Harda (Neuburg a. d. K.), Dr. Stoß (Neu-Ulm).

4. Zu Abgeordneten zur Landesärztekammer werden gewählt: S.-R. Dr. Leopolder und S.-R. Dr. Würth.

5. Die Vorstandschaft des Aerztl.-wirtschaftlichen Vereins setzt sich zusammen aus dem 1. und 2. Vor-

sitzenden des Bezirksvereins und den Beisitzern: S.-R. Dr. Herrlichoffer (Ichenhausen), Dr. Stoß (Neu-Ulm), Dr. Schlegel (Weißenhorn) und Dr. Sighart (Günzburg).

6. Bekanntgabe des Rundschreibens des Hartmannbundes, betr. Vertragsloser Zustand mit den Ersatzkassen.

Aerztlicher Bezirksverein Memmingen.

(Bericht über die Versammlung vom 16. Juni.)

Vorsitzender: Dr. Ahr.

Der Vorsitzende hält einen Nachruf auf Herrn Geh. San.-Rat Dr. Radwansky, dem verdienten Führer der schwäbischen Ärzteschaft, und betont, daß wir den Dank dem Verstorbenen für seine jahrzehntelange, mühevoll Tätigkeits am besten dadurch abstaten, daß alle Vereinsmitglieder sich in die Organisation einfügen und mitarbeiten, fleißig die Versammlungen besuchen und die gefaßten Beschlüsse auf das gewissenhafteste befolgen. Durch Erheben von den Sitzen wird das Andenken an Radwansky geehrt. Ferner entbietet der Vorsitzende einem langjährigen verdienten Mitglied, Herrn San.-Rat Dr. Mulzer, die besten Glückwünsche zum 60. Geburtstag. Nach Verlesung des Protokolls der letzten Sitzung und Bekanntgabe des Einlaufs werden die nach Genehmigung der Regierung neu gedruckten Satzungen des Bezirksvereins verteilt. Die Neuwahl der Vorstandschaft ergibt die gleiche Besetzung wie bisher: Vorsitzender Dr. Ahr, Schriftführer Dr. Stürmer (z. Z. in Urlaub), Kassier Dr. Molzert, sämtliche in Memmingen. Als Delegierte zur Landesärztekammer werden gewählt: Dr. Ahr, San.-Rat Dr. Magg.

Aerztlich-wirtschaftlicher Verein Memmingen-Ilertissen-Babenhausen e. V.

(Bericht über die Versammlung vom 16. Juni.)

Vorsitzender: Dr. Ahr.

Der Vorsitzende berichtet über die Gründungsversammlung des Aerztlichen Kreisverbandes Schwaben, das letzte Werk Radwanskys. Der beschlossene Beitrag von 1 M. pro Mitglied und Jahr wird genehmigt. Das beifällig aufgenommene Rundschreiben Nr. 1 des Kreisverbandes, das Plakat für das Wartezimmer und die Postkarte zur Verpflichtung werden für den Verein in Augsburg bestellt. Als Delegierte für den Bayer. Ärzteverband werden gewählt: Dr. Ahr, San.-Rat Dr. Magg; als Stellvertreter San.-Rat Dr. Moser. Nach Verlesung des Protokolls der letzten Sitzung und Bekanntgabe des Einlaufs sowie der Rundschreiben des Hartmannbundes, erfolgt eingehende Besprechung der Krankenkassenangelegenheiten. Besonders wird bei Ortskrankenkasse Memmingen-Stadt hingewiesen auf die Ueberschreitungen der Begrenzung und die wirtschaftliche Verordnungsweise, sowie auf die Bestätigung der Arbeitsunfähigkeit. Die Rechnungen für die Ortskrankenkassen sind jeweils bis zum 15. des auf das abgelaufene Vierteljahr folgenden Monats an die Kassen einzusenden (sonst Strafgebühren nach dem KLB.). Ferner sind jeweils bis 15. des auf das abgelaufene Vierteljahr folgenden Monats an Herrn San.-Rat Dr. Moser (Memmingen) einzuschicken mit Porto für Uebersendung nach Prüfung die Rechnungen für die Post-

PLANTA-FLUID
 DIE BIOLOGISCHE FLUOR-THERAPIE!
 KASSENPACKUNG, 100gr FL.
 BRÜCKNER-LAMPE & CO. A.G.
 BERLIN - SCHÖNEBERG
 KOLONNENSTR. 29.

beamtenkrankenkasse (wenn diese nicht zusammen geprüft für alle Vereinsmitglieder abgeschickt werden, wird der 20proz. Zuschlag nicht bezahlt, auch nicht für diejenigen Kollegen, welche die Rechnung rechtzeitig eingereicht haben), für die kaufmännischen und gewerblichen Ersatzkassen (neues Rechnungsformular) und für die Betriebskrankenkasse der Bayer. Inneren Staatsbauverwaltung. Dies gilt auch für die Herren Kollegen der Ortsgruppe Illertissen-Babenhausen, solange sie keine eigene Prüfungsstelle errichten.

Amtliche Nachrichten.

Dienstfesnachrichten.

Vom 1. August 1928 an wird der Anstaltsarzt der Heil- und Pflegeanstalt Kaufbeuren, Dr. Peter Berg, zum Bezirksarzt des Bezirksamtes Neustadt a. d. Waldnaab und der Stadt Weiden in etatmäßiger Eigenschaft auf Ansuchen ernannt.

Die Landgerichtsarztstelle in Neuburg a. d. D. ist erledigt. Bewerbungen sind bei der für den Wohnort des Bewerbers zuständigen Regierung, Kammer des Innern, bis 1. August 1928 einzureichen.

Vereinsmitteilungen.

Sterbekasse des Aerztl. Kreisverbandes Oberbayern-Land.

(36. Sterbefall.)

Herr Dr. Kurt Schröder, Großhadern, ist gestorben. Das Sterbegeld wurde überwiesen. Ich bitte die Herren Kassiere der Vereine in Oberbayern-Land, umgehend 5 M. pro Kopf ihrer Mitglieder einzusenden an die Adresse: Gemeindeparkasse Gauting, Postscheckkonto München 21827, unter der Mitteilung: Auf Konto Sterbekasse, xmal 5 M. für 36. Sterbefall.

Bei dieser Gelegenheit möchte ich die Herren Vorsitzenden und Geschäftsführer, die mir Meldungen von Sterbefällen zukommen lassen, bitten, dieselben nicht an meine persönliche Adresse zu richten, sondern an die Adresse: „Aerztl. Kreissekretariat Oberbayern-Land in Gauting.“ Nur bei dieser Adressierung werden die Sterbefälle auch während einer evtl. Abwesenheit meiner Person sofort bearbeitet. Außerdem muß ich bitten, mit jeder Meldung immer auch ganz präzise den zum Empfang des Sterbegeldes Berechtigten zu bezeichnen und dessen Adresse genau anzugeben, da sonst Rückfragen nötig sind und die Ueberweisung sich verzögert. Dr. Graf.

Sterbekasse der Oberfränkischen Aerzte.

Am 4. Juli 1928 ist das Mitglied Dr. Eduard Günther junior in Höchststadt a. d. A. gestorben. Die Vereine werden gebeten, das Sterbegeld (10 RM. mal Mitgliederzahl) möglichst bald an das Postscheckkonto der „Sterbekasse der Freien Oberfränkischen Ärztekammer, Sitz Bamberg“, Nr. 13972, Amt Nürnberg, einzusenden. Roth.

Mitteilungen des Münchener Aerztevereins für freie Arztwahl.

1. Von dem Verband kaufmännischer Berufskrankenkassen, Ortsausschuß München, wird uns mitgeteilt, daß zur Zeit von Reisenden in Schwestertracht ver-

sucht wird, Leibbinden an Kassenmitglieder zu verkaufen mit der Angabe, daß die Kosten von den Kassen übernommen würden, wenn der Arzt einen entsprechenden Antrag stelle. Der Ortsausschuß München läßt darauf aufmerksam machen, daß die Ersatzkassen, da die Leibbinde doppelt so teuer ist als wie sie von den ortsansässigen Vertragslieferanten an Kassenmitglieder geliefert wird, diesbezügliche Anträge nicht genehmigen werden, ebenso wie sie die Kosten für die von auswärtigen Nichtvertragslieferanten bezogenen Leibbinden ablehnen.

2. Zur Aufnahme in den Verein als außerordentliches Mitglied hat sich gemeldet: Herr Dr. Franz Friedrich, Reichenbachstr. 5/I.

Allgemeine Aerztliche Gesellschaft für Psychotherapie.

Kurs über Psychotherapie an Kindern und Jugendlichen.

vom 2. bis 5. August 1928 im Hörsaal der Universitätskinderklinik in München, Lindwurmstrasse 4, von den Dozenten:

- Dr. Alfred Adler, Wien: Schwererziehbarkeit.
 Prof. E. Benjamin, München: Erziehungsfehler und ihre Bedeutung für die Entwicklung des Kindes.
 Dr. W. Cimbal, Altona, Oberarzt der städtischen Heil- und Pflegeanstalten, Leiter des städtischen Beratungsamtes für psychische und nervöse Krankheiten, Altona: Darstellung des Zusammenwirkens psychischer und körperlicher Methoden in der planmäßigen Heilerziehung.
 Dr. med. et phil. W. Eliasberg, Nervenarzt, München: Praktische Demonstration zur Behandlung des Stotterns im Kindesalter.
 Hofrat Prof. A. A. Friedländer, Freiburg i. Br.: Hypnotische Behandlung von Jugendlichen mit besonderer Berücksichtigung der Psychopädagogik.
 Dr. Alice Friedmann, Wien: Kontaktfähigkeit nervöser Kinder.
 Dr. B. Hahn, Nervenarzt, Baden-Baden: Die Psychokatharsis in der Behandlung der Neurosen bei Jugendlichen.
 Dr. Hans v. Hattigberg, Nervenarzt, München: Onanie des Jugendalters.
 Dr. G. R. Heyer, München, Facharzt für innere Krankheiten und Psychotherapie: Enuresis und ihre Behandlung.
 Prof. M. Isserlin, München: Psychotherapie und Schule.
 Prof. D. Katz, Rostock, Direktor des psychol. Inst. der Univ. Rostock: Charakterologie des Kindesalters.
 Dr. K. Landauer, Nervenarzt, Frankfurt a. M.: Neurosen des Kindesalters als Beispiel Freudscher Theorien.
 Prof. Dr. K. Lewin, Berlin: Grundgesetz des Kindesalters; Film-demonstration.
 Prof. Löwenstein, Bonn, Leitender Arzt der Rheinischen Provinzial Kinderanstalt für seelisch Abnorme: Forensische Begutachtung psychopathologischer Jugendlicher und die Grenzen der Fürsorgegesetze.
 Dr. med. H. Meng, Stuttgart: Das Kind und die Psychoanalyse.
 Prof. Dr. M. Nadoleczny, München: Die psychogenen Sprachstörungen im Kindesalter.
 Dr. L. Self, Nervenarzt, München: Verwahrlosung.
 Prof. Dr. med. et phil. E. Stern, Giessen, Vorstand des Mainzer Instituts für Psychologie und Jugendkunde: Die normalen Epochen des Kindes- und Jugendalters, I, II, III.
 Dr. W. Villinger, Hamburg, Leit. Oberarzt am Landesjugendamt Hamburg: Beziehungen zwischen Neurosen und Psychosen im Kindes- und Jugendalter.
 Dr. Kurt Weinmann, Nervenarzt, München: Psychopathologie des Kindesalters, speziell der Neurosen.

Kursübersicht.

1. Tag. Donnerstag, 2. August.

9¹⁵—10 Stern (I): Die normalen Epochen des Kindesalters. — Kleinkind. — 10¹⁵—11 Adler: Schwererziehbarkeit. — 11¹⁵—12 Katz: Charakterologie im Kindesalter. — 12¹⁵—1 Isserlin: Psychotherapie und Schule. — 3 s. t.—4 Stern (II und III):

BRÜCKNER-LAMPE & CO. A. G.

BERLIN-SCHÖNEBERG KOLONNENSTR. 29.

DIÄTETISCHE
TUBERKULOSE-
BEHANDLUNG!

MINERALOGEN

LITERATUR: SAUERBRUCH:
HERMANNSDORFER, M. M. W. 1928 etc.

Knaben- und Mädchenalter; Grundschulalter und Pubertät. — 4¹⁵—5 Benjamin: Erziehungsfehler und ihre Bedeutung für die Entwicklung des Kindes. — 5¹⁵—6 Lewin: Grundgesetze des Kindeslebens; Filmdemonstration.

2. Tag. Freitag, 3. August.

9¹⁵—10 Friedländer: Hypnotische Behandlung von Jugendlichen mit besonderer Berücksichtigung der Psychopädagogik. — 11¹⁵—12 Seif: Verwahrlosung. — 12¹⁵—1 Hahn: Die Psychokatharsis in der Behandlung der Neurosen bei Jugendlichen. — 3 s.t.—4 Cimbal: Zusammenwirken psychischer und körperlicher Methoden in der Heilerziehung. — 4¹⁵—5 Löwenstein: Forensische Begutachtung psychopathologischer Jugendlicher und die Grenzen der Fürsorgegesetzgebung. — 5¹⁵—6 Villingner: Beziehungen zwischen Neurosen und Psychosen im Kindes- und Jugendalter.

3. Tag. Samstag, 4. August.

9¹⁵—10 Landauer: Neurosen des Kindesalters als Beispiel Freud'scher Theorien. — 10¹⁵—11 Meng: Das Kind und die Psychoanalyse. — 11¹⁵—12 Nadoleczny: Die psychogenen Sprachstörungen im Kindesalter. — 12¹⁵—1 Eliasberg: Praktische Demonstration zur Behandlung des Stotterns im Kindesalter. — 3—3¹⁵ Friedmann: Kontaktfähigkeit. — 3¹⁵—4³⁰ Weinmann: Psychopathologie des Kindesalters. — 4³⁰—5¹⁵ Heyer: Enuresis und deren Behandlung. — 5¹⁵—6 v. Hattingberg: Onanie des Jugendalters.

4. Tag. Sonntag, 5. August.

9 s.t. Besprechung und Diskussion der Themen aller drei Tage, wozu die Herren Dozenten gebeten sind, anwesend zu sein:

Bemerkungen der Kursleitung. An alle ärztlichen Gesellschaften, Vereinigungen usw. ergeht hierdurch die Einladung zur Teilnahme.

Teilnehmergebühr. Mk. 22.—, für Mitglieder der Allgemeinen ärztlichen Gesellschaft für Psychotherapie Mk. 18.—

Es wird empfohlen, die Unterkunft vorher zu bestellen, um sie in Hotels 1., 2. oder 3. Ranges zu ermäßigten Preisen sicherzustellen. Weitere Ermäßigungen für Besuch von Sammlungen, Rundfahrten, sind zugesagt.

Zuschriften und Anfragen aller Art an Dr. med. et phil. W. Eliasberg, München, Maximiliansplatz 12/II.

Der Kursleiter und stellv. Vorsitzende der Allg. ärztl. Gesellschaft für Psychotherapie

Dr. Leonhard Seif, Nervenarzt, München, Königinstrasse 27/I.

Fortbildungskursus der Wiener medizinischen Fakultät.

Die Wiener medizinische Fakultät veranstaltet in der Zeit vom 24. September bis 6. Oktober 1928 von 9 bis 1¹/₂ Uhr vormittags und von 4 bis 6 Uhr nachmittags einen Kursus über Fortschritte der Medizin (Landärztekursus).

Seminarübungen

vom 8. bis 13. Oktober 1928,

zu welchen die Kursteilnehmer gegen vorherige Anmeldung beim Sekretär als Gäste der Abteilungsvorsteher teilnehmen können. Die Teilnehmerkarten sind vorzuweisen.

Ärzte des In- und Auslandes, die an dem Internationalen Fortbildungskursus teilzunehmen beabsichtigen, werden eingeladen, ihre Namen, Titel und Adressen dem Sekretär der Internationalen Fortbildungskurse, Dr. A. Kronfeld, Wien, IX., Porzellangasse 22, auf schriftlichem Wege bekanntzugeben. Der Sekretär steht den Teilnehmern täglich von 2—3 Uhr p. m. (mit Ausnahme von Samstagen, Sonn- und Feiertagen) zum Zwecke der Auskunftserteilung zur Verfügung, ferner während des Internationalen Fortbildungskursus in den Vortragssälen.

Jeder Teilnehmer an den Internationalen Fortbildungskursen hat eine Gebühr als Regiebeitrag zu entrichten; diese Gebühr beträgt S 50.—. Teilnehmerkarten sind erhältlich: 1. beim Sekretär der Internationalen Fortbildungskurse zwischen 2—3 Uhr p. m. (mit Ausnahme der Samstage, Sonn- und Feiertage), 2. im Kursbureau an der Wiener medizinischen Fakultät (VIII., Schlösselgasse 22, an Wochentagen von 9—4, an Samstagen von 9—2 Uhr); 3. während des Kursus in den Vortragssälen vor 9 Uhr früh und vor 4 Uhr nachmittags.

Die Wiener medizinische Fakultät bereitet für das Jahr 1928 noch folgenden internationalen Fortbildungskursus vor: XXXI. Fortbildungskursus: Kinderheilkunde, 26. November bis 7. Dezember 1928.

Die ausführlichen Programme werden über Wunsch vom Sekretär der Internationalen Fortbildungskurse oder vom Kursbureau der Wiener medizinischen Fakultät — etwa drei Monate vor jedem Kursus — kostenlos geliefert.

Spezialkurse für sämtliche Fächer der Medizin, ferner Gruppenkurse finden Monat für Monat statt. Das Kursbureau der Wiener medizinischen Fakultät liefert über Wunsch Verzeichnisse dieser Kurse kostenlos.

Kursusorganisation der Wiener medizinischen Fakultät.

Wichtig für ausländische Kursteilnehmer.

Ärzte aus dem Auslande, die an den Internationalen Fortbildungskursen oder an den vom Kursbureau der Wiener medizinischen Fakultät (VIII., Schlösselgasse 22) veranstalteten Monatskursen teilzunehmen wünschen, können eine Legitimation erhalten, die sie zur gebührenfreien Ein- und Ausreise (ohne Beibringung des Sichtvermerkes einer österreichischen Vertretungsbehörde) ermächtigt.

Russische und ukrainische Staatsangehörige sowie Staatenlose sind von dieser Begünstigung ausgeschlossen, da für sie besondere Bestimmungen gelten.

Teilnehmer an den Internationalen Fortbildungskursen erhalten diese Legitimation gegen Einsendung des für den betreffenden Kursus vorgeschriebenen Regiebeitrages an den Sekretär Dr. A. Kronfeld, Wien, IX., Porzellangasse 22 (Telefon-Nr. A 16480).

Teilnehmer an den vom Kursbureau der Wiener medizinischen Fakultät, Wie. VIII., Schlösselgasse 22 (Telefon-Nr. A 21265), veranstalteten Monats- und Gruppenkursen erhalten diese Legitimation gegen Zusage von S 10.— gleichzeitig mit einer zum Besuche dieser Kurse obligatorischen Teilnehmerkarte, die für das ganze, jeweils vom 1. Oktober des einen bis zum 30. September des folgenden Jahres dauernde Studienjahr gilt und zu folgenden Begünstigungen berechtigt:

a) Ausstellung eines Zeugnisses durch das Dekanat der medizinischen Fakultät nach mindestens dreimonatigem Kursbesuch, der auf der Teilnehmerkarte durch die betreffenden Kurslehrer zu bestätigen ist. Das Original-Doktor Diplom ist vom Zeugniserwerber beim Dekanate vorzulegen;

b) Preisnachlässe in Hotels, Pensionen und Speiseanstalten (Adressen im Kursbureau erhältlich).

Bücherschau.

Leberkochbuch. Von Dr. R. F. Weiss, Sanatorium Schierke im Harz. Verlag der Aertztlichen Rundschau Otto Gmelin, München 1928. 44 S. Preis geb. RM. 2.—.

In den letzten Jahren wurde sowohl in Amerika wie in Europa eine Zunahme der perniziösen Anämie beobachtet. Gerade zur rechten Zeit haben bei dieser in den meisten Fällen hoffnungslosen Erkrankung die Amerikaner Minot und Murphy ausserordentlich günstige und bisher gar nicht für möglich gehaltene Erfolge gesehen von einer Diät, deren Hauptbestandteile grössere Mengen von Leber und vitaminreichen Vegetabilien sind. Die Methode ist nachgeprüft und überraschend wirksam befunden worden. — Verfasser berichtet zunächst über das Prinzip und die Wirkungsweise der Leber; allerdings müssen die Lebergaben sehr erhebliche sein und lange fortgesetzt werden und sie muss roh gegeben werden, darauf kommt es zur Erzielung der Heilwirkung wesentlich an. Man kann dem Kranken sehr wirksam helfen, wenn man ihm zeigt, wie er sich seinen Speisezettel einrichten kann, wenn man zur Vermeidung von Widerwillen die Bereitung der Speisen küchentechnisch ausbaut und wenn man ermöglicht, durch besondere Bereitung der Leber — Leberpulver — dem Kranken möglichst viel Leber in seine Nahrung „einzuschmuggeln“. Das alles lehrt Verfasser eingehend in seinem Buche und man wird gut tun, im Bedarfsfalle sich in seine Anweisungen einzulesen und auch der Umgebung des Kranken das Buch zu empfehlen.

Neger, München.

Atlas und Grundriss der Missbildungen der Kiefer und Zähne. Von Priv.-Doz. Dr. E. Herbst und Prof. Dr. M. Apfelstaedt, München. J. F. Lehmanns Verlag, München 1928. Mit 298 Abb. 321 S. Preis geb. RM. 20.—.

Missbildungen von Kiefer und Zähnen kommen vor allem zur Beobachtung der Zahnärzte und haben besonderes praktisches Interesse für diese bei der Ueberwindung der orthopädischen und sonstigen technischen Schwierigkeiten; für sie ist das Buch in erster Linie geschrieben. Darüber hinaus wird aber auch für jeden Arzt, dessen Arbeit und Interesse zu diesen Abweichungen in irgendeiner Beziehung stehen, die überaus eingehende, sehr übersichtlich gehaltene, mit einer Unmenge von Abbildungen versehene Darstellung von grossem Wert sein. Vor allem ist in dem Buche das grosse Material des Pathologischen Instituts München verarbeitet. Die Ausstattung in bezug auf Druck und Wiedergabe der Bilder ist wie bei allen aus diesem Verlag hervorgegangenen Atlanten — es ist der 41. der ganzen Folge — eine glänzende.

Neger, München.

Bayerisches Aerztliches Correspondenzblatt

Bayerische Aerztezeitung.

Amtliches Blatt der Bayerischen Landesärztekammer und des Bayerischen Aerzteverbandes (Geschäftsstelle Nürnberg, Luitpoldhaus, Gewerbemuseumplatz 4, Telephone 23045, Postscheck-Konto Nürnberg Nr. 15376, Bankkonto Bayerische Staatsbank Nürnberg Offenes Depot 32926).

Schriftleiter San.-Rat Dr. H. Scholl, München, Pettenbeckstrasse 8. Tel. 92 001.

Verlag der Aerztlichen Rundschau Otto Gmelin München 2 NO. 3, Wurzerstr. 1 b, Tel. 20443, Postscheckkonto 1161 München.

Das „Bayer. Aerztl. Correspondenz-Blatt“ erscheint jeden Samstag. Bezugspreis vierteljährlich 4 Mk. — Anzeigen kosten für die 6 gespaltene Millimeterzeile 15 Goldpfge. — Alleinige Anzeigen- u. Beilagen-Aufnahme: ALA Anzeigen-Aktiengesellschaft in Interessengemeinschaft mit Haasenstein & Vogler A.-G. Daube & Co., G. m. b. H. München, Berlin und Filialen.

Nr. 29.

München, 21. Juli 1928.

XXXI. Jahrgang.

Inhalt: Beschlüsse und Entschliessungen des 47. Deutschen Aerztetages am 29. und 30. Juni 1928 in Danzig. — Das kassenärztliche Prüfungswesen. (Fortsetzung.) — Die Rationalisierung der deutschen Sozialversicherung. — Arzt und Klinik. — Mitteilung des Bayerischen Aerzteverbandes. — Vereinsnachrichten: Nürnberg; Fürth; Lichtenfels-Kronach; Neustadt an der Haardt; Münchener Aerzterverein für freie Arztwahl.

Aerztlicher Bezirksverein München-Land.

Einladung zur Sitzung am Mittwoch, dem 25. Juli, abends 8 Uhr, im Hotel Deutscher Kaiser, München, Arnulfstraße 2. Tagesordnung: 1. Einlauf. 2. Bericht über den Deutschen Aerztetag. 3. Wahl der Mitglieder zur Landesärztekammer. 4. Wahl der Vorstandschaft und Ausschüsse. 5. Wünsche und Anregungen.

Dr. Schneider, Solln.

Beschlüsse und Entschliessungen des 47. Deutschen Aerztetages am 29. und 30. Juni 1928 in Danzig.

1. Das ärztliche Berufsgeheimnis.

Der 47. Deutsche Aerztetag hält in Uebereinstimmung mit den von den beiden Referenten vorgelegten Leitsätzen jede Lockerung des ärztlichen Berufsgeheimnisses, soweit sie nicht durch unabweisbare Erfordernisse der öffentlichen Gesundheitspflege gerechtfertigt ist, für verhängnisvoll.

Schärfsten Einspruch erhebt der Aerztetag gegen die amtliche Beschlagnahme von ärztlichen Aufzeichnungen über Kranke oder die zwangsweise Einsichtnahme in die Bücher des Arztes mit solchen Aufzeichnungen.

Für die Neuordnung der Strafprozeßordnung wird den gesetzgebenden Körperschaften dringend folgende Ergänzung zu § 97 StPO. empfohlen:

„Aufzeichnungen der nach § 53 StPO. verweigerungsberechtigten Personen über Mitteilungen der Beschuldigten unterliegen nicht der Beschlagnahme.“

2. Der Arzt als Gutachter.

Der Aerztetag billigt die von den Berichterstattern Oberregierungs- und Medizinalrat Dr. Bund und Dr. de Bary in den Leitsätzen zum Referat „Der Arzt als Gutachter“ aufgestellten Grundsätze.

Er betont insbesondere folgendes:

1. Ansehen und Geltung des ärztlichen Standes erfordern vollwertige Gutachtertätigkeit. Der 47. Deutsche Aerztetag verpflichtet deshalb jeden deutschen Arzt zur sorgfältigen Erfüllung seiner Aufgaben als Gut-

achter. Er ist nicht in der Lage, leichtfertig abgegebene Gutachten zu decken.

2. Um die Objektivität des Gutachters zu sichern, aber auch zum Besten des Begutachteten, verlangt die Aerzteschaft, daß Einsicht- und Kenntnisnahme des Gutachtens dem Begutachteten nur ausnahmsweise gestattet wird, und daß auch Dritten der Einblick nur bei besonderer Befugnis erlaubt wird.

3. Der Aerztetag empfiehlt, bei den zuständigen Landesvertretungen der Länder und Provinzen Ausschüsse zur Nachprüfung von Gutachten zu bilden, damit den Klagen über mangelhafte Gutachten wirksam entgegengearbeitet werden kann.

3. Richtlinien für die Abgrenzung der Inneren Medizin und der Kinderkrankheiten.

Die Richtlinien für die Abgrenzung der Inneren Medizin und der Kinderkrankheiten (wie sie vor dem Referat des Berichterstatters S.-R. Dr. Reimers mit gedruckter Abänderung veröffentlicht worden sind) werden mit folgenden Abänderungen angenommen:

1.

Abschnitt A IV lautet:

„Der Allgemeinarzt („Vollarzt“) ist nach seinem in der Vorbildung erworbenen Wissen durchaus berufen und imstande, sich erfolgreich auf dem Gebiete der Behandlung innerer Erkrankter und kranker Kinder zu betätigen. Der Deutsche Aerztetag hält es für seine Pflicht, ausdrücklich zu bekunden, daß das deutsche Volk wieder mehr in dem allgemein gut durchgebildeten Hausarzt seinen berufenen Berater erblicken muß. Ihm soll die Betreuung innerer Erkrankter und kranker Kinder keinesfalls entzogen werden, wenn er sie auch gelegentlich mit dem Internisten und Kinderarzt teilen müssen.“

II.

Abschnitt B 2 VII lautet:

„Die Ausbildung der Kinderärzte soll durch Ausbildung auf dem Gebiete der Inneren Medizin ergänzt werden (4 Jahre Gesamtausbildung, davon 3 Jahre Kinderkrankheiten und mindestens 1 Jahr Innere Medizin).“

III.

In Abschnitt C 3 a, Absatz 2, wird „anzurufen wünscht“ ersetzt durch „besitzt“.

IV.

Abschnitt C 3 b erhält folgenden Zusatz:

„Es ist entsprechend der Standesordnung aber vorher festzustellen, ob ein Hausarzt vorhanden ist. In diesem Falle hat Ueberweisung zu erfolgen.“

4. Schilderfrage.

Die „Richtlinien Aertzliche Anzeigen und Schilder“ (Berichterstatter Dr. Richter) werden mit folgenden Abänderungen angenommen:

I.

§ 2 lautet:

„Die Ankündigung besonderer Heil- und Untersuchungsmethoden bedarf der Genehmigung der zuständigen Standesvertretung.“

II.

In § 4 wird gestrichen: „wobei örtlichen Gewohnheiten Rechnung getragen werden kann“.

III.

Zusätzlich wird beschlossen:

„Der § 2 des veröffentlichten Richtlinienentwurfes wird den Vereinen als Material für die Ankündigung bestimmter Heil- und Untersuchungsmethoden überwiesen.“

5. Die Gefahren der Rauschgifte für das deutsche Volk und ihre Bekämpfung.

Die Zunahme der Rauschgifterkrankungen (Morphinsucht, Kokainsucht) seit der Kriegszeit verlangt dringend allgemeine Maßnahmen und eine besondere Regelung durch die Aertzschaft als die berufene Hüterin der Volksgesundheit. Die Regelung ist um so notwendiger, als durch das Ansteigen der Zahl der Süchtigen die Sucht nach Rauschgiften sich zu einer Gefährdung der Allgemeinheit ausgewachsen hat. Diese Sucht birgt — abgesehen von den jedem Arzt bekannten schweren körperlichen, geistigen und sittlichen Schädigungen der Süchtigen selbst — in sich die Gefahr des wirtschaftlichen Ruins, des Zerfalls der Familie, der Proselytenmacherei und bei einigen Suchten sogar schwerster krimineller Konflikte. Die Stoffe des Opiumgesetzes können nach den gesetzlichen Vorschriften in die Hände der Verbraucher nur durch den Entschluß des Arztes (Zahnarztes, Tierarztes) zu einer Verschreibung gelangen. Wegen der genannten Gefahren muß der Verbrauch dieser Substanzen auf das absolut notwendige Mindestmaß zurückgeschraubt werden.

Der Deutsche Aerztetag nimmt die in die Behandlungsfreiheit der Aerzte eingreifenden Richtlinien seiner Berichterstatter Prof. Dr. Gaupp (Tübingen) und Geh. Reg.-R. Prof. Dr. Rost (Berlin) an, um an seinem Teil zur Bekämpfung der Rauschgiftsuchten beizutragen. Er fordert gleichzeitig in Konsequenz seiner eigenen Haltung, daß auch alle anderen Faktoren des Medizinal- und Wirtschaftslebens, die sich mit den Rauschgiften befassen (angefangen von der Einfuhr der Rohstoffe, über die Fabrikation, den Großhandel, bis zur Abgabe in den Apotheken), mit gleichem Nachdruck und gleichen Opfern daran mitarbeiten, daß die Rauschgiftsucht im Interesse der Volksgesundheit wirklich wirksam bekämpft wird.

Darüber hinaus hält es der Deutsche Aerztetag für nötig, daß die bestehenden Gesetze in geeigneter Weise ergänzt werden, teils durch Ausdehnung der für Rauschgiftsüchtige in Betracht kommenden Gesetzesbestimmungen

über Trunksüchtige auf die Morphinisten usw., teils durch noch weitergehende Maßnahmen, so namentlich durch die Möglichkeit der Entziehung der ärztlichen Approbation bzw. Approbation und Konzession des Apothekers in schweren Fällen, in denen durch die mit der Approbation oder Konzession verbundenen Rechte Dritte gefährdet werden. Der Deutsche Aerztetag macht sich hierzu die in den Leitsätzen von Prof. Gaupp, Ziffer 10 und 11, aufgestellten Forderungen zu eigen.

6. Wahl des Geschäftsausschusses.

Stauder, Streffer, Scholl, Dörfler, Eichelberg, Dippe, Bok, de Bary, v. Chamisso, Bartenstein, Reimers, Scheyer, Herzau, Hützer, Stulp, Ritter, Brons, Richter, Vogel, Hoffmann, Lohse, Strube, Kob, Rohde, Kortange.

Das kassenärztliche Prüfungswesen.

Von Sanitätsrat Dr. Scholl, München.

Referat gehalten auf der 25. ord. Hauptversammlung des Hartmannbundes in Danzig.

(Fortsetzung.)

Krankenkontrolle.

Wir kommen nun zu den einzelnen Prüfungseinrichtungen selbst. Was über die Prüfungseinrichtungen im allgemeinen gesagt wurde, gilt ganz besonders von der Krankenkontrolle, d. h. der Prüfung der Krankenschreibungen, da das Krankengeld die hauptsächlichste Ausgabe der Krankenkassen ist. Schon eine einfache, vernünftige Ueberlegung muß den Arzt von der Notwendigkeit und Sparsamkeit gerade bei dieser Ausgabe überzeugen und ihn veranlassen, hier zu sparen, da sonst die Krankenkassen ihre übrigen Aufgaben nicht erfüllen und sich vor allem an dem Arzthonorar schadlos halten werden. Das ärztliche Honorar hat noch nie eine Krankenkasse erschüttern können, wohl aber die hohen Ausgaben für Krankengeld.

Nirgends ist ein so großer Spielraum gegeben, wie bei der Krankenschreibung, da man hier vor allem auf den Willen des Kranken angewiesen ist. Auf der anderen Seite hängt der Krankenstand so sehr von dem Stand der Wirtschaft, d. h. dem Arbeitsmarkte ab, daß man die Krankenversicherung vielfach als Krisenversicherung bezeichnet hat und von einer „Flucht in die Krankheit“ spricht. Herr Dr. Hubert (Korkisch-Prag), der Herausgeber der „Internationalen Zeitschrift für Sozialversicherung“ sagt: „Die Entscheidung über den Krankengeldanspruch muß anders organisiert, gewissermaßen objektiviert werden. Wenn das nicht gelingt, dann wird nichts das Schicksal unserer Krankenversicherung aufhalten.“ Er macht dabei auch den Vorschlag, daß das Krankengeld nicht durch den behandelnden Arzt, sondern durch bestimmte Vertrauensärzte angewiesen werden soll. Wenn dieser Vorschlag Wirklichkeit würde, könnte es uns Aerzten nur recht sein, da dadurch ein großes Odium von uns genommen würde. Aber ganz abgesehen davon, daß diese Vertrauensärzte eine große Verantwortung hätten und den schwersten Angriffen ausgesetzt wären, würde dieses System nicht nur sehr teuer, sondern auch unzumutbar sein, da nur der behandelnde Arzt durch seine ständige Beobachtung des Kranken ein richtiges Urteil abgeben kann. Allerdings muß der behandelnde Arzt auch Rückgrat genug besitzen, den Wünschen der Kranken nicht immer willfährig zu sein.

Im übrigen wurde dieses System der Krankengeldanweisung durch bestimmte Vertrauensärzte in Holland versucht; es hat sich aber nicht halten können.

Selbstverständlich haben auch die gesetzlichen und statutarischen Bestimmungen der Krankenkassen einen großen Einfluß auf die Höhe

des Krankenstandes. Man kann wohl sagen, die Krankheitszüchtung geht vom Krankengeld aus. Ist das Krankengeld zu hoch, wirkt es krankheitszüchtend, ist es zu niedrig, verfehlt es seinen Zweck. Weiter kommt es an auf die Zahl der Karenztage, soziale Abstufung des Krankengeldes nach dem Familienstand, Krankengeld neben Fortbezug des Gehaltes bei den kaufmännischen Angestellten — eine Bestimmung, die geradezu wie eine Prämie auf Faulheit wirkt — und auf die Arbeitslosenversicherung. In diesem Zusammenhang erinnere ich an den Aufsatz des Herrn Kollegen Stappert (Sterkrade) über das „Weihnachtsnachtsfieber“, eine neue Krankheit, erschienen in der „Münchener Medizin. Wochenschrift“ Nr. 15 v. J. 1927. Herr Kollege Stappert ist der Meinung, daß der Fehler der Krankenversicherung ist, daß sie die Prämie auf die Krankheit gesetzt hat, statt auf die Gesundheit. Er schlägt deshalb vor, daß alle Versicherten, welche während eines bestimmten Zeitabschnittes kein Krankengeld bezogen haben, die Hälfte der Beiträge als „Gesundheitsprämie“ zurückbezahlt erhalten; ferner, daß die arbeitsunfähigen Gewesenen nach Wiederaufnahme der Arbeit einen Zusatzbeitrag zu zahlen haben, welcher nach der Länge der Krankfeierzeit gestaffelt ist; ferner Beseitigung des Sonntagskrankengeldes und der Einführung von Karenztagen, auch bei vorangegangener Behandlung. So wohlmeinend diese Vorschläge sind, so schwierig scheinen sie mir durchführbar zu sein.

Ueber die Krankenkontrolle wurde schon viel geschrieben und gesprochen. Schon im Jahre 1903 erschien ein Büchlein „Die Krankenkontrolle“, ein Leit-faden zum praktischen Gebrauch für Kassenvorstand und Krankenkontrollen im Kampfe gegen die Simulation und hygienischen Mißstände, von Dr. Hanauer (Frankfurt a. M.) und Fiebig, Krankenkassenbeamter (Frankfurt a. M.), das damals zur Grundlage für die Krankenkontrolle bei allen kassenärztlichen Organisationen gemacht wurde, welche die freie Arztwahl hatten. Auch heute noch kann dieses Büchlein einen wertvollen Ratgeber abgeben. Weiter darf ich daran erinnern, daß in der „Festnummer der Aertlichen Mitteilungen zur Generalversammlung des Leipziger Verbandes in Straßburg im Jahre 1905“ ein ausführlicher Aufsatz über „Die Krankenkontrolle“ von mir erschienen ist im Auftrage des Leipziger Verbandes.

Ich will in folgendem nur auf grundsätzliche Fragen bei der Krankenkontrolle eingehen, da mir nicht viel Zeit zur Verfügung steht.

Die wirkungsvollste Krankenkontrolle ist die persönliche Nachuntersuchung der arbeitsunfähigen geschriebenen Kassenmitglieder durch Kontrollärzte. Diese Kontrollärzte sollen erfahrene Kassenärzte sein, die von der kassenärztlichen Organisation gewählt und für ihre Tätigkeit von den betreffenden Krankenkassen entsprechend honoriert werden. Vielfach stellen die Krankenkassen für solche Nachuntersuchungen eigene Vertrauensärzte an, die allein diese Nachuntersuchungen machen. Das beste System scheint mir eine gemischte Kommission zu sein, d. h. eine Kommission, bestehend aus dem Vertrauensarzt der Kasse als Vertreter der Krankenkasse und 1 bis 2 Vertretern der kassenärztlichen Organisation. Ein Arzt ist zu sehr Täuschungen und Angriffen ausgesetzt.

Die Nachuntersuchungen werden am zweckmäßigsten in einem von den Krankenkassen zur Verfügung gestellten Lokal, womöglich im Hause der größten Krankenkasse selbst, und zwar täglich vorgenommen. Das Untersuchungslokal muß natürlich entsprechend ausgestattet sein, damit man den nachuntersuchenden Aerzten nicht den Vorwurf der oberflächlichen Nachuntersuchung machen kann. Bei kleineren Krankenkassen können die nachuntersuchenden Kassenmitglieder in die Sprech-

stunde des betreffenden Kontrollarztes geschickt werden. Dieses System ist aber aus den eben angeführten Gründen nicht zweckmäßig. Es sollen womöglich zwei nachuntersuchende Aerzte sein.

Die von der kassenärztlichen Organisation zu wählende Krankenkontrollkommission, die die Kontrollärzte bilden, soll womöglich Vertreter aller Facharztgruppen enthalten. —

Welche Kassenmitglieder sollen zur Nachuntersuchung bestimmt werden? Zunächst ist wohl daran festzuhalten, daß ein Allzuwenig und ein Allzuviel gleichermaßen von Uebel ist. Ich halte es für eine unberechtigte Belastung der Kranken, wenn, wie es bei einigen Krankenkassen der Fall ist, alle erwerbsunfähigen Kranken, welche nicht bettlägerig sind, zur Nachuntersuchung erscheinen müssen. Simulanten selbst bilden nicht die Regel, meist handelt es sich um Uebertreibung. In den „Richtlinien für die Prüfung der Bescheinigungen von Arbeitsunfähigkeit“ des Reichsausschusses sind bestimmte Anhaltspunkte enthalten. Eingehende Ausführungen über bestimmte Gruppen der Vorzuladenden, über bestimmte Krankheitsfälle usw., stehen in dem vorher erwähnten Buche „Die Krankenkontrolle“ von Dr. Hanauer.

Die nachzuuntersuchenden Fälle werden bestimmt entweder von dem Vertrauensarzt der Krankenkasse nach Anhören der Krankenkontrollen oder von den Kassenärzten selbst, welche auf Grund der vertraglichen Bestimmungen verpflichtet sind, Fälle von Simulation der Krankenkasse anzuzeigen. „Es darf aber nicht vorkommen, daß die Kassenärzte dazu übergehen, dem Kranken zwar die Erwerbsunfähigkeit zu bescheinigen, andererseits aber gleichzeitig durch irgendein dem Kranken unverständliches, aber mit der Kasse verabredetes Zeichen auf dem Krankenschein die Vornahme einer vertrauensärztlichen Nachuntersuchung mit dem Zwecke der Desavouierung der eigenen Bescheinigung die Gesundheitschreibung zu fördern“, wie Herr Kollege Hartmann (Leipzig) in seinem Aufsatz „Glossen zur Erwerbslosenziffer“ in Nr. 21 der „Aertlichen Mitteilungen“ vom Jahre 1928 sagt, und fortfährt: „Es mag zugegeben werden, daß für gewisse, sehr seltene Fälle, ein geplagter Kassenarzt sich des Patienten nicht anders erwehren kann, aber die bedauerliche Häufung dieses Verfahrens läßt eine beschämende Rückhaltlosigkeit dieser Kollegen erkennen. Ein bedenkliches Zeichen, in wie hohem Grade der Arzt sich bedroht fühlt, von zwei Seiten, von der Krankenkasse und den Kassenmitgliedern, zerdrückt zu werden, ein bedenkliches Zeichen für die zunehmende innere Unfreiheit unseres Standes. Auch die Kollegen, die in Stadt und Land nur auf Kassentätigkeit angewiesen sind, sollten sich bei jedem A.R. (ad revisionem), das sie auf einen Krankmeldeschein setzen, vor Augen halten und bewußt sein, daß sie damit jedesmal ein kleines Steinchen von dem Gebäude der ärztlichen Selbstverwaltung, der ärztlichen Würde, des ärztlichen Ansehens und damit der ärztlichen Freiheit abbrechen.“ Diese beherzigenswerten Worte des Herrn Kollegen Hartmann möchte ich ganz besonders unterstreichen.

Es ist natürlich wichtig, daß Krankenkassen und Aerzte Hand in Hand arbeiten, und daß nicht die Krankenkassen versuchen, bei einem hohen Krankenstand die Aerzte als die allein Schuldigen hinzustellen. Sicherlich sind in noch höherem Grade als die Kassenärzte die Versicherten selbst schuld, wenn sie Krankengeld unberechtigterweise beziehen. — Der Arzt ist in vielen Fällen auf die Angaben der Versicherten angewiesen und kann und darf sie nicht ohne weiteres bezweifeln, zumal ja Schmerzen nicht nachgewiesen werden können.

Die Krankenkassen werden gut tun, wenn sie bei größeren Arbeiterausstellungen die Aerzte aufmerksam

machen. Die Erfahrung zeigt ja, daß bei plötzlichen Ausstellungen der größte Prozentsatz der ausgestellten Versicherten versucht, Krankengeld an Stelle des Lohnes zu erhalten. In München wird bei den großen Krankenkassen eine sog. Vorkontrolle vorgenommen, bei der ein Vertreter der kassenärztlichen Organisation und ein Vertrauensarzt der Krankenkasse anwesend ist. Diese erfolgt an der Hand der täglichen Berichte der Krankenkontrollen oder der Meldungen von Seiten der Kassenärzte. Auf den Kontrollmeldungen sind außer den Personalien des Kranken, des Namens des behandelnden Arztes und der Diagnose wichtige Anhaltspunkte enthalten, z. B. „arbeitslos“, „freiwilliges Mitglied“, frühere Erkrankungen und Nachuntersuchungen, Verhalten des Kranken usw. Diese sog. Vorkontrolle hat von sich aus schon das Recht, bei ledigen Versicherten die sofortige Einweisung in ein Krankenhaus oder eine sofortige Nachuntersuchung zu bestimmen.

Die nachuntersuchenden Aerzte bzw. die Untersuchungskommission haben das Recht:

a) den Erkrankten für arbeitsfähig oder arbeitsunfähig zu erklären,

b) den Erkrankten nach einer bestimmten Zeit wieder zur Nachuntersuchung vorzuladen,

c) in zweifelhaften Fällen bei der Krankenkasse die Einweisung in ein Krankenhaus zu beantragen.

Ist der behandelnde Arzt mit dem Entscheid der Nachuntersuchung nicht einverstanden, so soll er das Recht haben, eine nochmalige Nachuntersuchung in seiner Anwesenheit zu verlangen. Gegen den zweiten Entscheid aber soll es keinen Einspruch mehr geben. Selbstverständlich darf kein Kassenarzt ein Kassenmitglied von der Nachuntersuchung abhalten. Wichtig ist auch, daß die Kassenärzte kein der Krankenkontrollkommission entgegengesetztes Gutachten bei Beschwerdefällen von Seiten der Kassenmitglieder an die Aufsichtsbehörden abgeben, da sonst die ganze Einrichtung diskreditiert wird. Die Erfahrung hat gezeigt, daß bei dieser Art von Nachuntersuchungen außerordentlich selten Meinungsverschiedenheiten zwischen den nachuntersuchenden und den behandelnden Aerzten sich ergeben haben. Die Wirkung der Krankenkontrolle ist aber eine sehr wertvolle für alle Beteiligten. Zunächst wirkt sie prophylaktisch bei Aerzten und Kassenmitgliedern. Der relative Krankenstand kann fast auf einer geraden Linie gehalten werden, je nachdem man in Zeiten von großer Arbeitslosigkeit bei der Krankenkontrolle strenger zu Werke geht oder bei geringerem Krankenstand bei Bedürftigen, wie z. B. Bleichsüchtigen usw., mit Einweisungen in Sanatorien, Walderholungsstätten usw. freigebiger verfährt. Man hat also den Krankenstand mehr oder weniger in der Hand. Diese Kontrolle hat auch die gute Wirkung, daß die Kassenärzte genau untersuchen und gute Diagnosen stellen. Auf die Behandlung selbst darf natürlich kein Einfluß ausgeübt werden. Fehldiagnosen werden natürlich dem behandelnden Arzte mitgeteilt. So kann auch die Krankenkontrolle zum Segen für den Kranken ausschlagen.

Die Hauptsache bei der Krankenkontrolle ist aber, daß die Kommission bzw. die Vertrauensärzte und die Krankenkassen das Recht haben, auch ohne das Einverständnis des behandelnden Arztes Nachuntersuchungen zu veranlassen und vorzunehmen. Dafür besteht die Kommission aus Aerzten, die das Vertrauen der Kassenärzte haben, da sie von ihnen selbst gewählt sind. Die Kontroll- und Vertrauensärzte erhalten bald sehr große Fertigkeit in der Nachuntersuchung von Arbeitsunfähigen, so daß dem Verlangen des Gesetzgebers gegenüber den Kassenärzten, „kriminalistische Talente bei Entdeckung von Simulanten zu besitzen“, dadurch am besten genügt werden kann. Der behandelnde Arzt

wird am zweckmäßigsten von der Nachuntersuchung verständigt, und unter Umständen aufgefordert, ein kurzes Gutachten abzugeben. Vor allem aber muß der behandelnde Arzt von dem Ergebnis der Nachuntersuchung verständigt werden.

Bei den einzelnen Kassenärzten wird monatlich oder vierteljährlich eine Zusammenstellung gemacht, welcher Prozentsatz von Arbeitsunfähigen unter ihren Kranken sich befindet, wieviel davon abgeschrieben werden konnten usw. Diese Statistik wird den betreffenden Kassenärzten zugeschickt mit einer entsprechenden Mahnung, oder sie werden bei wiederholten Verfehlungen in Strafe genommen oder schadenersatzpflichtig gemacht. Diese Kontrolle ist auch ein wirksames Mittel zur Bekämpfung des sog. Kassenlöwentums.

Um einen hohen Krankenstand herabzusetzen, wurden verschiedene Maßnahmen vorgenommen, wie z. B. Aushängen eines entsprechenden Plakates in den Räumen der Krankenkasse, den Wartezimmern der Kassenärzte und in den größeren Betrieben, die Herausgabe von Flugblättern an die Versicherten usw. Vorgeschlagen wird auch, in bestimmten Krankenhäusern Beobachtungsstationen für zweifelhaft Arbeitsunfähige zu errichten, in welchen dieselben binnen drei Tagen untersucht werden müssen.

Eine Nachuntersuchung in den Krankenhäusern selbst, die ja bekanntlich vielfach sog. „Ladenhüter“ namentlich während des Winters beherbergen, wird von den Krankenhausärzten abgelehnt. Immerhin ist es aber deren Pflicht, auch hier nach dem Rechten zu sehen.

Bei der Einweisung in ein Krankenhaus ist aber die Mitwirkung von Aerzten dringend erforderlich.

Arznei- und Heilmittelkontrolle.

Bei der Arznei- und Heilmittelkontrolle muß oberster Grundsatz bleiben, daß jedem Kranken alle zu seiner Wiederherstellung nötigen Heilmittel gewährt werden, auch wenn sie teuer sind. Es ist nur dabei zu verlangen, daß die denkbar einfachste und somit billigste Form gewählt wird. Es ist klar, daß selbst bei begrenzten Mitteln die Arzneiverordnung immer ein Recht des Arztes bleiben muß, weil ihre individuelle Handhabung mit dem persönlichen Einfluß und der Vertrauensstellung des Arztes in engster Wechselwirkung steht. Aber ökonomische Verschreibeweise ist nicht gleichbedeutend mit billig und schlecht. Gerade die ökonomische Verordnung setzt eine genaue Untersuchung des Kranken und möglichst genaue Diagnosen voraus. Wo es also ohne Schaden für den Kranken irgendwie möglich ist, muß gespart werden. Deshalb müssen auch Verordnungen „ut aliquid fiat“ in der Kassenpraxis unterbleiben, ebenso Versuche mit neuen, noch nicht erprobten Heilmitteln, von Geheimmitteln usw. Herr Geheimrat Prof. Friedrich von Müller (München) hat in seinem Referat in der Sitzung des Reichsgesundheitsrates am 9. Februar 1924 über das Thema: „Wie läßt sich die ärztliche Behandlung der Kranken angesichts der jetzigen wirtschaftlichen Notlage sparsam und doch sachgemäß gestalten?“ beherzigenswerte Ausführungen gemacht: „Die Arzneimittelverschwendung ist am größten bei jenen Rezepten, welche nach einem alten, schlechten Brauch verschrieben werden, ut aliquid fiat. Mit diesem faulen Grundsatz muß unter allen Umständen gebrochen werden, und der Arzt, welcher ihm huldigt, ist nicht viel besser als ein Kurpfuscher.“ Er sagt weiter sehr richtig: „Die Kassenkranken erwarten bei jeder Konsultation und für jedes Symptom ihr besonderes Rezept, und sie betrachten es oft geradezu als Unrecht, wenn sie ohne Rezept fortgehen müssen. Es ist ausgerechnet worden, daß die Kassenkranken 3—4mal soviel Arzneien verbrauchen als wie die selbstzahlenden Kranken. Dieser Arzneihunger ist

ein Ueberbleibsel aus vergangenen Tagen, wo eine ärztliche Beratung als unvollständig galt, wenn sie nicht durch ein Rezeptformular bekräftigt war. Wir wollen uns zugestehen, daß dieser Arzneihunger zum Teil durch die Aerzte selbst großgezogen worden ist, denn es ist viel bequemer, den Kranken mit einem Rezept abzufertigen, als wenn man sich die Mühe gibt, zuerst gründlich zu untersuchen und daraufhin detaillierte Anweisungen zu geben. Man fragt nach den Symptomen, und die Ausfertigung des Rezeptes geschieht dann mit der Sicherheit und Geschwindigkeit eines subkortikalen Reflexes. Die Erfahrung zeigt ja auch, daß fast die einzige ärztliche Tätigkeit bei den Kassenlöwen in der Abgabe eines womöglich schon vorgeschriebenen Rezeptes besteht.

Bei der Kontrolle der Arznei- und Heilmittel ist es notwendig, daß von der kassenärztlichen Organisation bzw. deren Arzneimittelkommission jedes Rezept und Heilmittel kontrolliert wird. Am zweckmäßigsten werden dazu Apotheker herangezogen. Die Apotheker prüfen zunächst die Rezepte auf die Richtigkeit der Rechnung, und scheidet alle diejenigen Rezepte aus, welche nach den von der Arzneimittelkommission aufgestellten Gesichtspunkten zu beanstanden sind, z. B. solche, welche in billigerer Form hätten abgefaßt werden können; welche Zusatz unnötiger Geschmackskorrigentien enthalten, häufige Wiederholungen von Infusen, Dekokten usw.; bei welchen die Gefäßgrenze nicht eingehalten ist, bei welchen das Glas nicht zurückgebracht wurde. Ferner sind zweckmäßigerweise der Kommission alle Rezepte vorzulegen, deren Preis eine gewisse Höhe übersteigen, um dieselben kennenzulernen; alle Verordnungen neuer, nicht seit Jahren eingeführter und seither bewährter Medikamente; häufige, in kurzen Zwischenräumen wiederkehrende, gleichlautende Verordnungen ungewöhnlich großer Mengen eines Arzneimittels, sowie gehäufte Verordnungen an und für sich; alle Geheimmittel, Patentmedizinen, durch Fabrikmarke geschützte Präparate; alle Verordnungen von Mineralwässern, Bädern, Wein usw. Die zu beanstandenden Rezepte sind an die betreffenden Aerzte mit entsprechendem Vermerk hinauszugeben. Etwaige Verfehlungen sind zu ahnden durch Geldstrafe oder Schadenersatzanspruch. Das letztere Verfahren wirkt am allerbesten. Wenn der betreffende Arzt das aus Willfährigkeit verordnete, aber verbotene Mittel jedesmal aus eigener Tasche zu bezahlen hat, wird er es bald unterlassen. Es kommt leider vor, daß Aerzte trotzdem, um „Kundschaft“ zu werben, verbotene Mittel, wie Kukirol, Salusöl, Lukutate, Jordanwasser, Hackerbräu-Nährbier verordnen. In einem solchen Falle hat uns der betreffende Kollege ganz offen eingestanden, „daß er den Regreßanspruch eben auf sich nehme, da er die Ordnungsstrafen und Regresse der Arzneimittelkommission als Geschäfts-spesen ansehe“. Bei einer solchen Gesinnung sind natürlich Geldstrafen nicht genügend. Hier muß mit Ausschluß vorgegangen werden. Solche Aerzte eignen sich nicht zu Kassenärzten. Ist es denn nicht eine Schande, daß Aerzte Kurpfuschermittel verordnen, nur um sich beim Publikum beliebt zu machen?

Die vom Kassenhonorar abzuziehenden Regreßforderungen müssen selbstverständlich der betreffenden Krankenkasse zurückerstattet werden.

Ebenso müssen die sog. kleinen Heilmittel kontrolliert werden, was am besten durch die Vertrauensärzte der Krankenkassen geschieht, zu denen die betreffenden Patienten geschickt werden. Die Vertrauensärzte müssen das Recht haben, die kleinen Heilmittel zu genehmigen oder abzulehnen. Wesentliche Ersparnisse können dabei gemacht werden, wenn die Krankenkassen ein Depot von kleinen Heilmitteln anlegen (Thermometer, Eisbeutel usw.), von welchen die Kassenmitglieder die gewünschten kleinen Heilmittel entlehnen können. In der Praxis hat sich bewährt, den Kassenärzten

ein Arzneiverordnungsbuch an die Hand zu geben, das die Grundsätze einer ökonomischen Rezeptur und Musterrezepte enthält. Meiner Ansicht nach kommt zur Zeit in Betracht das „Deutsche Arzneiverordnungsbuch, 3. Ausgabe, 1928“, das vom Verlag der Buchhandlung des Leipziger Verbandes zu beziehen ist und von der Deutschen Arzneimittelkommission herausgegeben wird. In diesem sind auch die „Richtlinien des Reichsausschusses für Aerzte und Krankenkassen für wirtschaftliche Arzneiverordnung vom 15. Mai 1925“ enthalten. Das „Deutsche Arzneiverordnungsbuch“ muß mit den Kassen vertraglich vereinbart werden.

Wie bei jedem Prüfungsausschuß ist auch hier eine genaue Statistik im allgemeinen und für den einzelnen Kassenarzt anzulegen, und zwar mit Bezug auf den Gesamtdurchschnitt aller Kassenärzte, auf die Zahl der behandelten Kassenmitglieder und auf die Gesamtzahl der Kassenmitglieder, wobei selbstverständlich die einzelnen Spezialfächer zu berücksichtigen sind. Auf diese Weise kann ganz genau kontrolliert werden, wie der einzelne Kassenarzt verordnet.

Die Erfahrung hat gezeigt, daß es zweckmäßig ist, diese Kontrolle örtlich für einen bestimmten Bezirk zu machen, da man an der Hand der Honorarlisten (Krankenlisten) nachsehen kann, ob es sich bei der Verordnung um schwere oder leichte Fälle gehandelt hat, während eine zentrale Prüfung nur schematisch arbeiten kann, so daß viele Fehlerquellen unterlaufen und eine individuelle Kontrolle unmöglich ist. Deshalb müssen wir eine zentrale Rezeptprüfungsstelle der kaufmännischen Ersatzkassen in Hamburg ablehnen.

Aber auch die Krankenkassen müssen mithelfen, den Arzneihunger der Kassenmitglieder zu bekämpfen, sei es durch Vorträge, durch Flugblätter usw. Auch die Krankenkontrolleure der Krankenkassen müssen darauf achten, daß die Arzneimittel auch wirklich gebraucht werden und daß sie nicht, wie es leider auch vorkommt, weiterverkauft werden.

In wirksamer Weise kann der Arzneiverschwendung dadurch vorgebaut werden, daß man den Kranken die Arzneien nicht vollständig unentgeltlich darbietet, wie dies im Krankenversicherungsgesetz vorgesehen war, sondern daß man von ihnen entsprechend der Notverordnung vom 30. Oktober 1923 die Bezahlung von einem Zehntel oder einem Fünftel des Arzneipreises verlangt. Herr Geheimrat von Müller sagt in seinem vorher erwähnten Referat dazu: „Die Kranken werden dadurch über den Wert der Heilmittel aufgeklärt und schätzen sie höher ein.“ Er fährt in diesem Zusammenhang fort und sagt weiter: „Ja, man möchte sich fragen, ob ein ähnliches System nicht auch bei der Zahlung der Aerztekosten herangezogen werden könnte, doch hat dies die Gefahr, daß der Arzt dann nicht zur rechten Zeit, sondern zu spät gerufen wird, was etwa bei einer Diphtherie oder einer Tuberkulose oder einer Blinddarmentzündung von größtem Schaden ist. Unbedingt zu verwerfen ist der Vorschlag, daß dem Kassenkranken im Erkrankungsfalle nur ein gewisses Krankengeld ausbezahlt wird, von dem er aus freiem Ermessen Arzt und Apotheke zu bezahlen hat. Dieses Krankengeld würde in den meisten Fällen zu anderen, unzweckmäßigeren Dingen Verwendung finden.“

Ich möchte es nicht unterlassen, am Schlusse dieses Kapitels auf das ausgezeichnete Buch: „Sparsame, sachgemäße Krankenbehandlung mit Leitsätzen des Reichsgesundheitsrates“, herausgegeben durch Geh. Med.-Rat Dr. Kraus, im Verlag von Julius Springer, Berlin 1927, hinzuweisen. Die darin enthaltenen Leitsätze für eine sparsame und doch sachgemäße Behandlungsweise der Kranken durch Aerzte können für uns in jeder Beziehung maßgebend sein.

(Schluß folgt.)

Die Rationalisierung der deutschen Sozialversicherung.

Vortrag von Ministerialdirektor Dr. Grieser (Berlin), gehalten auf der 10. Verbandstagung des Reichsverbandes der deutschen Landkrankenkassen in Dresden am 7. bis 9. Juni 1928.

Ihr Verband hat mir die Aufgabe gestellt, vor Vertretern der Krankenversicherung auf dem Lande über die Rationalisierung der deutschen Sozialversicherung zu sprechen. Die Aufgabe ist nicht einfach und sie wird durch die Art ihrer Überschrift nicht erleichtert. Rationieren — auf den ersten Blick ein farbloses Fremdwort. Wer das Wort „Rationierung“ zum ersten Male hört oder liest, der kann damit keinen kernhaften Begriff, keine lebendige Vorstellung verbinden. Das Wort ist aber im Schwunge; es hat durch die Wiederholung Flügel bekommen. Es stammt aus dem Sprachschatz der Betriebswirtschaftslehre, es wird viel gebraucht und ist daran, Gemeingut zu werden. Rationieren, das ist der Schlachtruf, den jedermann anstimmt. Durch den häufigen Gebrauch ist aber das Wort schon stark abgenutzt, zum Teil sogar entwertet. Dem Wort tut daher in gewissem Sinne eine Umwandlung not, man muß ihm wieder ein bestimmtes solides Gepräge geben.

Was versteht man denn unter Rationalisieren? Stellen Sie sich große Fabriksäle vor, mit mächtigen Maschinen, mit reichem Zubehör, aber mit wenigen Menschen, mit geringer Handarbeit. Riesenanlagen: die Arbeiten am fließenden Band. Da haben Sie ein Bild vom Rationalisieren. Stellen Sie demgegenüber den Steinhammer der Urzeit mit dem Riesenhammer in den Werken der Firma Krupp, dann haben Sie eine Vorstellung von dem ungeheuren Fortschritt in der Rationierung, in der Veränderung der technischen Methoden.

Was heißt denn Rationalisieren? Sprachlich stammt das Wort von dem lateinischen Wort „ratio“. Auf deutsch heißt ratio „Vernunft“. Rationalisieren heißt: vernunftgemäß, vernünftig denken, und in Verbindung mit der Wirtschaft: wirtschaftlich denken. Gelehrt wird das wirtschaftliche Denken in der Betriebswirtschaftslehre, einem noch jungen Zweige der Wissenschaft. Ihr Begründer oder Vorkämpfer ist der in den letzten Monaten und Wochen vielgenannte Professor Schmalenbach in Köln. Rationalisieren in der Sozialversicherung heißt demnach: wirtschaftliches Denken auf dem Gebiete der Sozialversicherung, den Versicherungsbetrieb durchdringen mit den Lehren der Betriebswirtschaftslehre. Die deutsche Überschrift zu meinen Ausführungen müßte demnach lauten: „Wirtschaftlichkeit in der deutschen Sozialversicherung“.

Im Mittelpunkt der Betriebswirtschaftslehre steht die Forderung, mit den geringsten Mitteln die höchsten Leistungen zu vollbringen. Damit hängt eng zusammen die Ermittlung der Selbstkosten und die Bestimmung des Preises. Daß diese Forderungen und daß diese Auffassung auch für die Sozialversicherung anwendbar sind, liegt auf der Hand. Die Frage, die Tatsache ist nun der Gegenstand von Wortspielen geworden: „Sozialpolitik oder Wirtschaftspolitik“, „gesetzliche Wirtschaft und das wirtschaftliche Gesetz“ und wie diese Wortspiele sonst noch heißen mögen.

Die Sozialversicherung löst soziale Aufgaben mit wirtschaftlichen Mitteln. Die Sozialversicherung stammt ja aus den wirtschaftlichen, den sozialen Verhältnissen, unter denen die Arbeiter eines Landes leben. Sie heilt, sie verhütet die wirtschaftlichen Schäden, die Schäden aus der Wirtschaft, die über die Arbeiter kommen oder sie bedrohen. Die Sozialversicherung ist die Kehrseite der Wirtschaft. Sozialversicherung und Wirtschaft gehören zusammen wie die zwei Seiten einer Münze. Die Sozialversicherung ist ein Stück der Wirtschaft. Gegenstand der Sozialversicherung ist die Bewirtschaftung von Gesundheit und Arbeitskraft in der versicherten Bevöl-

kerung. Betriebsgegenstand ist die menschliche Oekonomie. — Und nun darf ich wirtschaftliche Begriffe auf den Versicherungsbetrieb anwenden. Im Versicherungsbetrieb richtet sich die Nachfrage nach den Versicherungswagnissen, nach dem Krankenstande, nach den Unfallgefahren, nach der Invaliditätswahrscheinlichkeit, nach der Sterbeziffer usw. Die Selbstkosten in der Sozialversicherung bestimmen sich nach dem Preise auf dem Gesundheitsmarkte — wenn ich das Wort gebrauchen darf. Und der Preis, den die Versicherungsträger für ihre Leistungen fordern, das ist der Betrag, den sie von den Versicherten und ihren Arbeitgebern erheben. Sie werden es nicht mißbilligen, wenn ich diese wirtschaftlichen Begriffe an Zahlen, an Versicherungsergebnissen erläutere, wenn ich Ihnen eine Gewinn- und Verlustrechnung in der Sozialversicherung kurz vortrage.

Sie wissen: Die Sozialversicherung hat etwa 20 Millionen Mitglieder. Nach der Erfahrung wird jeder zweite Arbeiter einmal im Jahre krank und für 4 Wochen am Verdienen gehindert. Am höchsten ist die Krankheitsgefahr in der Schwerindustrie, dem Bergbau. In der Industrie werden von 3 Arbeitern schon 2 krank, und im Bergbau von 5 Arbeitern sogar 4, und dann für etwa 1 Monat. Eine geringere Gefahr läuft der landwirtschaftliche Arbeiter; er erkrankt erst in jedem 5. Jahre für etwa 3 Wochen. Es wird Ihnen aber folgendes nicht entgangen sein: In der Krankenversicherung auf dem Lande wächst die Krankenziffer und die Krankheitsdauer fast stetig. Im Jahresdurchschnitt müssen immer etwa 4 vom Hundert der Arbeiter krank bleiben. Auf 1000 Versicherte kommen 6 Sterbefälle im Jahr. Zur Erneuerung der Nation bringt die versicherte Bevölkerung ungefähr 800 000 Kinder zur Welt. Ich hebe diese Tatsache hervor, weil sie zu den Versicherungswagnissen in der Krankenversicherung gehören. In den versicherten Betrieben, die gegen Unfall versichert sind, ereigneten sich 1926 an jedem Tage 3300 Unfälle, von denen 25 tödlich verliefen und 400 mit jedem Tage eine dauernde Aufhebung oder Behinderung der Erwerbsfähigkeit im Gefolge hatten. Es sind etwa 835 000 RM. Renten, die die Unfallversicherung den Verletzten und Hinterbliebenen gewährt. Bei 18 Millionen gegen Invalidität versicherten Arbeitern rechnet man 1,8 Millionen Invaliden, 235 000 erwerbsunfähige Witwen und 300 000 Waisen unter 15 Jahren. Hiernach bringen also 7 aktive Arbeiter eine volle Invalidenrente auf; dabei habe ich die Witwen- und Waisenrente im Verhältnis ihres Wertes zur Invalidenrente in eine Invalidenrente umgerechnet. In der knappschaftlichen Pensionsversicherung tragen schon 3 aktive Bergleute eine volle Invalidenpension. Günstig ist das Ergebnis noch in der Angestelltenversicherung, weil in ihr der Beharrungszustand noch lange nicht erreicht ist.

Das ist das Versicherungswagnis, das im Versicherungsbetriebe untergebracht ist. Nun die Grundlagen für die Befriedigung dieses Versicherungswagnisses. Gegen die Wechselfälle und die wirtschaftlichen Folgen schützt den Arbeiter seine Sozialversicherung. Wie ein helfender Engel steht die Versicherung am Wochenbett und in der Familie des Arbeiters; sie leistet ihm den nötigen Beistand bei Erkrankungen und Unfällen, bei Arbeitsmangel, steht auch am Sterbebette des Arbeiters und übernimmt dort die Sorge für die Witwen und Waisen. Dabei ist es eine ebenso einfache wie geniale Einrichtung.

Mit dem Arbeitsverhältnis verbindet sich kraft Gesetzes ein Versicherungsverhältnis. Wer in Dienst oder Arbeit tritt, ist vermöge dieser Tatsache öffentlich-rechtlich versichert. Wenn ich ein Bild gebrauchen darf: Wie am Baumstamm als Unterlage ein Reis aufgepfropft wird zur Hervorbringung von Edel Früchten, so wird in jedes Arbeitsverhältnis ein Versicherungsverhältnis hin-

Bei Darmkatarrhen

und ruhrähnlichen Erkrankungen
bewährt sich

eine Wassersuppe mit

Stempfle Kindermehl

Zur Krankenkasse zugelassen.

Preis pro Dose M. 1,80 ist im Verordnungsbuch, da
zu teuer angegeben, zu berücksichtigen.

Kostproben gratis.

Stempfle Kindernährmittelwerk, Oberstdorf.



Reklame bedeutet Geschäfts- Förderung

Wir übernehmen

Ihre Anzeigen- Propaganda

in allen Zeitungen und
Zeitschriften der Welt
zu Originalpreisen
und Rabatten.

ALA
ANZEIGEN-

AKTIENGESELLSCHAFT
München, Karlsplatz 8
Fernsprecher 92201-03

Dolorsan

Jod organisch an Camphor u. Rosmarinöl sowie an NH_3 gebunden, Ammoniak u. Alkohol

ANALGETIKUM

von eigenartig schneller, durchschlagender und
nachhaltiger Jod- und Camphorwirkung bei
**Pleuritis, Angina, Grippe,
Gicht, Rheuma, Myal., Lumb.,
Entzündungen, Furunkulose**

Grosse Tiefenwirkung!

Kassenpackung RM 1.05, grosse Flaschen zu RM 1.75
Klinikpackung RM 5.70; in den Apotheken vorrätig.

Johann G. W. Opfermann, Köln 64

Staats- Quelle

Nieder-Selters

Das natürliche Selters

Altbekanntes und bewährtes Heilmittel bei Erkrankungen der Atmungsorgane und des Halses.
Linderungsmittel für Brustkranke.

**Ausführliche Brunnenschriften kostenlos durch das Zentralbüro Nieder-Selters, Berlin W 8,
Wilhelmstrasse 55.**

*Die Staatsquelle Nieder-Selters in Hessen-Nassau ist der einzige Brunnen
mit Selters Namen, der nur im Urzustand abgefüllt und versandt wird.*

Bayerische Handelsbank

— Bodenkreditanstalt —

gegründet 1869

München

Gold-Hypothekenbestand Ende 1927: rund **SM. 166'000,000.-**

Gold-Pfandbriefumlauf Ende 1927: rund **SM. 158'000,000.-**

Erste Teilausschüttung
auf unsere alten Pfandbriefe (20%) im November 1926.

8⁰/₁₀ige

bis 1. September 1933 unfündbare

Gold-Hypothekenspfandbriefe

mündelsicher / stiftungsmäßig / lombardfähig,

in Stücken zu 100, 200, 300, 1000, 2000 und 5000 Goldmark.

*

An- und Verkauf der Gold-Hypothekenspfandbriefe an unseren
Schaltern Nr. 56-58 von morgens 8¹/₂ Uhr bis abends 4 Uhr durchgehend,
sowie bei allen Bankstellen.

Soeben erschien:

Aerztliches Handbuch für Bayern 1928

Preis gebunden Mk. 5.—.

Zu beziehen vom Verlag des
Bayerischen Aerztlichen Correspondenzblattes
München 2 NO 3, Wurzerstr. 1b.

Verlag der Aerztlichen Rundschau Otto Gmelin München 2 NO 3
Wurzerstraße 1 b.

Leber-Kochbuch

Anleitung und Kochrezepte zur praktischen
Durchführung der Leberdiät
bei Blutkrankheiten.

Von Dr. R. F. Weiß, Chefarzt,
Sanatorium Schierke (Harz).

Preis kart. Mk. 2.—

Buchführungs-Kartothekkarten

100 Stück Mk. 1.20 bis Mk. 1.70 :: :: Muster unberechnet.

Zu beziehen vom

Verlag der Aerztlichen Rundschau Otto Gmelin München 2 NO 3, Wurzerstrasse 1b.

Arzt und Klinik.

Unter diesem Titel ist im Bayer. Aerztl. Correspondenzblatt Nr. 27 Kritik geübt an Anweisungen, die vom Röntgen-Institut der Universitäts-Frauenklinik auf meine Veranlassung sämtlichen Patienten mitgegeben werden.

Die in Frage kommenden Stellen sind folgende:

„Die bestrahlten Hautstellen sind täglich zweimal mit der verordneten Salbe oder reinstem, salzfreiem Schweinefett vier Monate lang einzufetten... Es ist streng verboten, irgendeine andere Salbe, auch wenn sie von einem Arzt verschrieben wäre, zur Behandlung der bestrahlten Haut zu verwenden.

Auf das strengste verboten sind auf die Dauer von mindestens zwei Jahren nach der Bestrahlung feuchte und heiße Auflagen jeder Art...; sie dürfen ebenso wenig wie die anderen Mittel angewendet werden, selbst wenn sie von anderen Aerzten verordnet sein sollten.“

Ich gebe zu, daß diese Fassung ein wenig offensiv klingt; dagegen muß ich aber leider erklären, daß es sich im Laufe der Jahre gezeigt hat, daß andere Wege, um allenfalls mögliche Schäden durch ärztliches Handeln zu vermeiden, zwecklos waren.

Es ist sehr vielen Aerzten noch unbekannt, welche Maßnahmen nach der Röntgenbehandlung zweckmäßig sind, vor allem aber wissen weite Kreise noch nicht, daß an sich harmlose Maßnahmen an dem durch die Röntgenbehandlung geschaffenen Locus minoris resistentiae schweren Schaden anrichten können.

Das Schlimmste sind heiße Auflagen. Wird die an sich weiche, nur etwas gebräunte Haut mit trockenen oder feuchten Auflagen längere Zeit behandelt, dann entsteht eine Induration. Die Haut wird verdickt, sieht wie Schweinsleder aus, die Poren weichen auseinander. Dies ist die Folge einer Blutgefäß- und Lymphgefäßschädigung.

Die Induration bildet sich, wenn keine weitere Schädigung hinzukommt, nach zirka zwei Jahren langsam zurück. Wird aber die Stelle durch irgend etwas infiziert oder wird in Unkenntnis der Induration ein Einschnitt gemacht, dann tritt ein breiter Zerfall auf; das gesamte indurierte Gebiet ist widerstandslos.

Für die Nachbehandlung hat sich am besten Einfeuchtung der Haut mit einer weichen, nicht Fettsäure abspaltenden Salbe erwiesen. Differenten Salben, wie Jodsalben, sind schädlich, deshalb auch von uns verboten.

Nun habe ich früher lediglich briefliche Informationen an diejenigen Aerzte gegeben, die Patienten eingewiesen haben. Da mußte ich aber die betrübende Erfahrung machen, daß damit möglichen Schädigungen nicht vorgebeugt wurde. Einige der von uns benachrichtigten Aerzte haben die Anweisungen nicht so ernst genommen, wie sie gemeint waren, und haben trotz unserer Warnung heiße Auflagen verordnet. Manche Patienten wechselten auch den Arzt; der neu zugezogene, von uns nicht informierte Arzt hat unzumutbare Verordnungen gegeben. Ich habe eine Anzahl Fälle verloren, die durch Inzisionen indurierter Stellen zugrunde gegangen sind.

Auch aus meiner Gutachterfähigkeit kenne ich genügend Fälle, bei denen durch unzumutbare Nachbehandlung in Unkenntnis des Locus minoris resistentiae ein schwerer Schaden gestiftet wurde.

Weniger, um einen Vorwurf zurückzuweisen, habe ich diese Ausführungen hier gemacht, sondern um die Aufmerksamkeit der gesamten Aerzte auf Maßnahmen zu lenken, die im Interesse der bestrahlten Patienten sind.

Von diesem Standpunkt aus bin ich Herrn San.-R. Dr. Bullinger für seine Kritik aufrichtig dankbar.

Professor Dr. Wintz.

**Mitteilung des Bayerischen Aerzteverbandes.
Verteilung der Beiträge.**

	Vierteljährlich			
	Landesärztekammer	Invaliden-Verein	Aerzte-Verband	Zusammen
	RM.	RM.	RM.	RM.
Aerzte in freier Praxis	3.—	10.—	1.—	14.—
Beamtete Aerzte mit Kassen- u. Privatpraxis	1.50	10.—	1.—	12.50
Beamtete Aerzte mit Privatpraxis	1.50	5.—	—	6.50
Beamtete Aerzte ohne Praxis	1.50	—	—	1.50
Noch nicht zur Kassen-Praxis zugelassene Aerzte	1.—	2.50	1.—	4.50
Assistenzärzte	1.—	—	—	1.—

Wir bitten die Herren Kollegen, die Beiträge bei Ueberweisung an die Geschäftsstelle des Bayerischen Aerzteverbandes stets genau zu spezifizieren, da sonst eine ordnungsgemäße Buchung nicht möglich ist.

Vereinsnachrichten.

(Originalbericht des Bayer. Aerztl. Correspondenzblattes.)

Aerztlicher Bezirksverein Nürnberg.

(5. ordentliche Mitgliederversammlung am 11. Juli 1928.)
Anwesend laut Liste 101 Herren, Vorsitz Herr Butters.

Die Niederschrift der letzten Sitzung wird verlesen und genehmigt. Ein Rundschreiben des Vorstandes der Landesversicherungsanstalt Mittelfranken betr. Erkrankungen an Frühinfiltraten dient zur Kenntnis.

Vor Eintritt in die Wahlen zum Schiedsausschuß dankt Herr Butters den bisherigen Ehrenrichtern für die verantwortungsreichen und zeitraubenden Dienste, die sie dem Verein in diesem Amte geleistet haben. Die Neuwahl des Schiedsausschusses erfolgt unter Zustimmung der Versammlung durch Zuruf. Es werden gewählt die Herren:

August Beckh, Heinlein und Ranninger als ordentliche Beisitzer, die Herren Schild, Cnopf, R. Beck I, Latte, W. Voit und Federschmidt als Ersatzleute.

Für die Kurpfuscherei-Kommission werden die bisherigen Mitglieder durch Zuruf wiedergewählt.

Als Mitglieder der Schwangerschaftsunterbrechungskommission werden auf Vorschlag der Vorstandschaft einstimmig gewählt die Herren: a) Gänßbauer, Mosbacher, M. Simon, Zacharias; b) Prof. Müller, E. Scheidemandel, Goldschmidt, v. Schuh; c) v. Rad und Fürnrohr

Kassenärztlicher Verein Nürnberg e. V.

(5. ordentliche Mitgliederversammlung am 11. Juli 1928.)
Anwesend laut Liste 108 Mitglieder, Vorsitz Herr Butters, später Herr Fürnrohr.

Die Niederschrift der letzten Sitzung wird verlesen und genehmigt. Seit der letzten Mitgliederversammlung wurden die Herren Dehler, Odenwald und Herm. Beckh als außerordentliche Mitglieder neu in den Verein aufgenommen.

Die Wahlen zu der Vorstandschaft, zum Gebührenprüfungsausschuß und zum Rezeptprüfungsausschuß werden auf einstimmigen Wunsch der Versammlung durch Zuruf vorgenommen. Sie haben folgendes Ergebnis:

1. Vorstandschaft: Butters, Fürnrohr, Gugenheim, Hagen, M. Strauß (diese 5 Herren als Vorstandsmitglie-

der des Aerztl. Bezirksvereins nach § 13 Abs. 2 der Satzungen), ferner Droßbach, Geßner, Goldenberg, Gundersheimer, Hemmer, Kottenhahn, Rühl, Schwink, Seitzinger.

2. Gebührenprüfungsausschuß: Frdr. Bauer I, S. Baer, Frdr. Beck, Braumersreuther, H. Haas, Haggenmiller, Hauber, Neuburger, Obermeyer, Raefler, Scharodon, W. Schmidt, L. Sommer, S. Steckelmacher, C. Weigel, Weinschenk.

3. Rezeptprüfungsausschuß: Hecht, Herbst, Hintner, Latte, Rosenthal, Windisch, Witschel.

Herr Butters erbittet und erhält die Zustimmung der Versammlung, daß die Mitglieder der Vorstandschafft des Aerztl. Bezirksvereins und des Kassenärztl. Vereins sich gegenseitig in den Vorstandssitzungen mit beratender Stimme beteiligen können.

Herr Butters erstattet sodann einen ausführlichen Bericht über die Hauptversammlung des Hartmannbundes und des Deutschen Aerztetages in Danzig, der unter glücklicher Vermeidung von Nebensächlichkeiten ein lebendiges Stimmungsbild von den Verhandlungen gibt. Er schließt seine Darlegungen mit einer eindrucksvollen Schilderung seiner Eindrücke über die Verhältnisse in der deutschen Ostmark, die starken Beifall finden.

Herr Riedel berichtet ausführlich über die derzeitigen Vertragsverhältnisse mit den Krankenkassen, insbesondere auch über die Vertragsverhandlungen mit den kaufmännischen Kassen und den bevorstehenden vertragslosen Zustand, sowie über wichtige Tagesfragen des Kassenärztlichen Vereins. Diesem Bericht schließen sich noch Ausführungen über das Ergebnis der Abrechnung für 1./28 an.

Riedel.

Aerztlicher Bezirksverein Fürth.

Sitzung vom 11. Juli 1928 im Berolzheimianum. Anwesend 31 Mitglieder. Vorsitzender Herr Frank. Der Vorsitzende geht zunächst mit einigen Worten auf die Grundsteinlegung zum neuen Krankenhaus und das Eisenbahnglück in Siegelsdorf ein. Herr Seckendorf stellt sodann einen Mann vor mit Dermatitis herpetiformis. Herr Frank berichtet kurz über einige Punkte aus den letzten Kongressen: über Krebsentstehung und -behandlung, ferner über Milz und Milzkrankungen, Steigerungen der Embolien und über die Thyroxinbehandlung. An der Diskussion beteiligten sich die Herren Gastreich III und Seckendorf. — Herr Wollner berichtet dann kurz über die Hauptversammlung des Leipziger Verbandes und des Deutschen Aerztlevereinsbundes in Danzig. — Die Wahl der Abgeordneten zur Landesärztekammer ergibt: Frank, Hollerbusch, Wollner. — Es erfolgt sodann noch eine kurze Aussprache über die Frage der Fachärzte.

Dr. G. Wollner.

Aerztlicher Bezirksverein Lichtenfels-Kronach, Sitz Kronach.

Zufolge ministerieller Verfügung erfolgte die Auflösung der Aerztlichen Bezirksvereine Lichtenfels-Staffelstein (Beschluß vom 5. Juli) und Kronach-Teuschnitz (Beschluß vom 6. Juni). In einer gemeinsamen Sitzung der Mitglieder der bisherigen Vereine am 5. Juli in Lichtenfels erfolgte die Gründung des neuen Bezirksvereines Lichtenfels-Kronach, Sitz Kronach. Die Mitgliederzahl beträgt 40. Es wird festgestellt, daß mit der Gründung des neuen Vereins gleichzeitig die Annahme der vom Ministerium genehmigten Satzungen erfolgt. Die Wahl des Vorstandes und der Organe des Vereins ergab folgendes:

1. Vorsitzender: Dr. Reichel (Kronach), 2. Vorsitzender: S.-R. Dr. Bullinger (Burgkunstadt), Schriftführer: Dr. Giesen (Kronach), Schatzmeister: Dr. Mager (Lichtenfels), Beisitzer: S.-R. Dr. Meixner (Lichtenfels) und Bezirksarzt Dr. Weiß (Teuschnitz).

Ausschuß für das berufsgerichtliche Verfahren: Direktor Dr. Schwarz (Kutzenberg), Dr. Nützel (Staffelstein), Bezirksarzt Dr. Krauß (Lichtenfels); Dr. Reichel (Kronach), Dr. Weppler (Küps), S.-R. Dr. Erbse (Mitwitz).

Ausschuß für die Beitragsfestsetzung: Dr. Giesen (Kronach), Dr. Weppler (Küps), S.-R. Dr. Bullinger (Burgkunstadt), Dr. Mager (Lichtenfels).

Herr S.-R. Dr. Bullinger schlägt vor, den langjährigen 1. Vorsitzenden des Aerztlichen Bezirksvereines Kronach-Teuschnitz, Herrn Obermed.-Rat Dr. Schöpp, zum Ehrenvorsitzenden des neuen Vereins zu ernennen. Dieser Vorschlag findet allgemeine, freudige Zustimmung. Herr Obermedizinalrat Dr. Schöpp spricht für diese Ehrung seinen herzlichsten Dank aus.

Als Delegierte für die Landesärztekammer werden gewählt: 1. S.-R. Dr. Bullinger (Burgkunstadt), 2. Dr. Reichel (Kronach).

Nach Schluß der Sitzung folgen die Kollegen einer Einladung des Herrn Bezirksarztes Dr. Krauß zur Besichtigung einer Hygiene-Ausstellung im neuen Wohlfahrtschause in Lichtenfels.

Dr. Reichel.

Aerztlicher Bezirksverein und Aerztlich-wirtschaftlicher Verein e. V. Neustadt an der Haardt.

Anwesende: Dr. Dr. Diernfellner, Duthweiler, Gottschalk, Hardt, Herberger, Hirsch, Huth, Kullmer sen. und jun., Lehner, Manz, Pflug, Hans Rieder, Jos. Rieder sen. und jun., Phil. Rieder, Rödel, Seitz, Sieber, Spies, Sulzer, Schmirl, Schubert Weisbrod, Wohl, Zöller; zusammen 26 Kollegen.

A. Bezirksverein.

Der Vorsitzende berichtet über die Genehmigung der Satzung und teilt mit, daß nach Auskunft der Lan-

Das
Deutsche

**Paraffinöl-
Präparat.**

Bei den bayerischen Krankenkassen zugelassen.

Sarabibil

das mechanisch wirkende **Stuhlgleitmittel** zur Herbeiführung einer regelmäßigen Darmtätigkeit. (Paraff. liqu. optim., nach besond. Verfahren raffin.)

Dr. Ivo Deiglmayr, München 25.

des ärztekammer die am 20. Dezember 1927 nach den neuen Satzungen bereits gewählte Vorstandschaft nicht mehr neu zu wählen, sondern lediglich in Gesamtheit von der Mitgliederversammlung zu bestätigen sei. Der von dem Vorsitzenden diesbezüglich gestellte Antrag fand einstimmig Annahme. Die vorgenommene Neuwahl der Delegierten zur Landesärztekammer für die nächsten vier Jahre hatte folgendes Ergebnis:

a) Vertreter: 1. Geh. S.-R. Dr. Bayerödörfer, 2. Dr. Spies.

b) Ersatzleute: 1. S.-R. Dr. Jos. Rieder sen., 2. Dr. Schubert.

Neu in den Verein aufgenommen wurde Dr. W. Braun, Oberarzt am Städt. Krankenhaus „Hetzelstift“, Neustadt a. d. H.

Bezüglich der Gründung eines Zweckverbandes der Aerztlichen Bezirksvereine der Pfalz nach § 7 AeG., bzw. Uebertragung der Aufgaben eines solchen an den Verein Pfälzer Aerzte wurde einstimmig beschlossen, den Zusammenschluß zu befürworten.

B. Aerztlich-wirtschaftlicher Verein.

Der Vorsitzende erstattet kurz den Geschäftsbericht über das abgelaufene Quartal unter besonderer Erwähnung der Festsitzung am 14. April d. J. Weiter referiert der Vorsitzende über Verhandlungen mit den Ersatzkassen unter Hinweis auf die Möglichkeit des Eintrittes des vertragslosen Zustandes ab 1. August.

Dr. Spies, Vorsitzender d. Aerztl. Bezirksvereins.

Dr. Schubert, Vors. d. Aerztl.-wirtsch. Vereins.

Ämtliche Nachrichten.

Dienstesnachrichten.

Vom 1. August 1928 an wird der Bezirksarzt Dr. Wilhelm Winterstein in Mellrichstadt zum Bezirksarzt der Bes.-Gr. A 2 d für den Verwaltungsbezirk Stadt und Bezirksamt Bamberg I in etatmäßiger Weise befördert.

Die Bezirksarztstelle des Bezirksamts Burglengenfeld und der Stadt Schwandorf ist erledigt. Bewerbungen sind bei der für den Wohnort des Bewerbers zuständigen Regierung, Kammer des Innern, bis 10. August 1928 einzureichen.

Dem wegen Erreichung der Altersgrenze mit Wirkung vom 1. Juli 1928 in den dauernden Ruhestand getretenen, mit dem Titel und Rang eines Obermedizinalrates ausgestatteten Bezirksarzt Dr. Hans Erhard in Aichach wurde die Anerkennung seiner Dienstleistung ausgesprochen.

Den Direktoren der Kreis-Heil- und Pflegeanstalten Klingenstein, Dr. Joseph Klüber, Gabersee, Dr. Friedrich Utz, und Ansbach, Dr. Karl v. Höblin, wurde der Titel eines Obermedizinalrates verliehen.

Vereinsmitteilungen.

Mitteilungen des Münchener Aerztereins für freie Arztwahl.

1. Warnung vor einer Morphinistin. Das Kinderfräulein Rupp Maria, geboren 25. Januar 1905, eine schwere Morphinistin, vor der bereits schon früher im „Bayer. Aerztl. Corr.-Bl.“ gewarnt worden ist, treibt neuerdings ihr Unwesen, indem sie unter falschem Namen, meist aber mit richtigem Geburtsdatum, sich Mf.-Rezepte zu verschaffen sucht. Erhält sie Morphium nicht verordnet, so fälscht sie die Rezepte, indem sie entweder den freien Raum zwischen Verordnung und Unterschrift dazu verwendet oder mit Bleistift geschriebene Rezepte ausradiert, um fast durchwegs einzusetzen:

Eukodal 0,02 Ampullen Nr. X.

Neuerdings gibt sie an, Ecker Maria zu heißen und Zimmermädchen zu sein.

Die Herren Kollegen werden dringend gebeten, auf diese Betrügerin zu achten und die Rezepte möglichst nach V.R. 31/III am besten mit Tinte auszufertigen.

Sofortige Meldung neuer Versuche, in den Besitz von Morphium zu kommen, an die Arzneimittelkommission dringend erbeten.

2. Die Betriebskrankenkasse der Bayer. I. Staatsbauverwaltung teilt mit, daß sich ihre Geschäftsstelle seit 1. Juli 1928 in München, Kaulbachstraße 95/I, befindet.

3. Zur Aufnahme in den Verein als außerordentliche Mitglieder haben sich gemeldet: Herr Dr. Hans Poeschmann, prakt. Arzt ohne Geburtshilfe, Brienerstraße 8/I, Aufg. II; Dr. Poets Meinhard, prakt. Arzt ohne Geburtshilfe, Herrnstraße 44/II.

Mitteilungen des Kassenärztlichen Vereins Nürnberg o. V.

1. Wir ersuchen die Herren Kollegen, bei Anträgen an die Krankenkassen betr. Einweisung in die Universitätsklinik Erlangen eingehend begründen zu wollen, warum die Ueberweisung nach Erlangen notwendig ist, bzw. warum eine Einweisung in eine der hiesigen Krankenanstalten nicht in Frage kommt.

2. Wir erinnern daran, daß ab 1. Juli nach einem Beschluß der Vorstandschaft die Nr. 22c der Preugo nicht mehr bezahlt wird. Ferner weisen wir wiederholt darauf hin, daß für Blutdruckmessungen nicht nach Nr. 20d der Preugo liquidiert werden kann.

Die Krankenkassen haben mitgeteilt, daß sie auf die Ausfüllung der kurzen Befundberichte, die mit 1 RM. honoriert wurden, keinen Wert mehr legen, da das Verfahren sich nicht bewährt hat.

Riedel.

Allgemeines.

Zur Behandlung von Magen- und Darmerkrankungen mit Carbo-Bolusal. Carbo-Bolusal ist eine Kombination von Kalk, Wismut, Aluminiumoxyd, Kieselsäure, Magnesiumhydroxyd und Magnesiumsuperoxyd mit durch titrimetrische Prüfung eingestellten Zusätzen verschiedener, stark adsorbierender Kohlesorten. Prof. Albu beschrieb in den „Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Chirurgie und Medizin“ Fälle erfolgreicher Behandlung von Kolitis mit Carbo-Bolusal und auch Prof. Lehnhoff (Med. Ref. Nr. 5) hat bei schweren Ruhrfällen mit diesem Präparat gute Erfolge erzielt. Prof. Leschke (Berl. Klin. Woch.) erwähnt anerkennend die Anwendung von Carbo-Bolusal bei Dysenterie und Colitis haemorrhagica. Bei Gastritis und Gärungsdyspepsie empfehlen Dr. R. Weiß (Deutsche Med. Woch.) und Dr. Behr Carbo-Bolusal, während Dr. Boas (Deutsche Med. Woch.) speziell auf die antiseptische und antidiarrhoische Wirkung des Präparates hinweist. Blumenthal berichtet über sehr günstige Effekte des Carbo-Bolusal bei zahlreichen Fällen von Proktitis. Paulsen (Heilanstalt Alland) hebt hervor, daß sich das Präparat bei tuberkulösen Darmdyspepsien ganz außerordentlich bewährt habe.

Carbo-Bolusal wird auch in Form von Tabletten hergestellt und findet das Präparat bei allen Krankheiten, welche mit Fäulnis und Gärung des Darminhaltes zusammenhängen, sowie bei Uleus ventriculi et duodeni, Ruhr, Darmtuberkulose usw. sehr erfolgreiche Anwendung.

Hersteller: Dr. Rudolf Reiß, Rheumasan- und Leucet-Fabrik, Berlin NW 87.

Für die Redaktion verantwortlich: Dr. H. Scholl, München.

Für die Inserate: Adolf Dohn, München.

Zur gefl. Beachtung!

Der Gesamtauflage unserer heutigen Nummer liegt ein Prospekt der Firma Koch & Sterzel Aktiengesellschaft, Abt. Röntgenwerk, Dresden-A. 24, Zwickauerstraße 40 42, bei über »Röntgen-Einrichtungen«.

Wir empfehlen die Beilage der besonderen Beachtung unserer Leser.

Bayerisches Aerztliches Correspondenzblatt

Bayerische Aerztezeitung.

Amtliches Blatt der Bayerischen Landesärztekammer und des Bayerischen Aerzteverbandes (Geschäftsstelle Nürnberg, Luitpoldhaus, Gewerbemuseumsplatz 4, Telephon 23045, Postscheck-Konto Nürnberg Nr. 15376, Bankkonto Bayerische Staatsbank Nürnberg Offenes Depot 32926).

Schriftleiter San.-Rat Dr. H. Scholl, München, Pettenbeckstrasse 8. Tel. 92001.

Verlag der Aerztlichen Rundschau Otto Gmelin München 2 NO. 3, Wurzerstr. 1 b, Tel. 20443, Postscheckkonto 1161 München.

Das „Bayer. Aerztl. Correspondenz-Blatt“ erscheint jeden Samstag. Bezugspreis vierteljährlich 4 Mk. — Anzeigenkosten für die 6 gespaltene Millimeterzeile 15 Goldpfge. — Alleinige Anzeigen- u. Beilagen-Annahme: ALA Anzeigen-Aktiengesellschaft in Interessengemeinschaft mit Haasenstein & Vogler A.-G. Daube & Co., G.m.b.H. München, Berlin und Filialen.

Nr. 30.

München, 28. Juli 1928.

XXXI. Jahrgang.

Inhalt: 10. Bayer. Aertztag in Neustadt a. d. H.; Die Bekämpfung der Lungentuberkulose auf Grund der jetzigen Anschauung. — Das kassenärztliche Prüfungswesen. (Fortsetzung.) — Vom Versicherungsamt kann die sofortige Entlassung der in einem Krankenkasseninstitut beschäftigten, im Ausland apr. Aerzte angeordnet werden — Die deutsche Tuberkulose-tagung in Wildbad. — Vereinsnachrichten: Mittelfranken; Münchener Aerzteverein für freie Arztwahl. — Merkblatt zur Information der Aerzte über die Blinddarmentzündung. — Bayer. Landesturnanstalt, München — Fortschritte der Gesundheitsfürsorge. — Stadt. Vers.-Amt Ludwigshafen a. Rh. — Arzt u. Klinik. — Fachnormenausschuss Krankenhaus. — Bücherschau.

Einladungen zu Versammlungen.

Aerztlich-wirtschaftlicher Verein Amberg.

Die nächste ordentliche Mitgliederversammlung findet am Samstag, dem 4. August 1928, nachmittags 4½ Uhr, im Nebenzimmer des Bahnhofhotels in Amberg statt. Tagesordnung: 1. Geschäftsstelle, 2. Süddeutsche Knappschaft, 3. Aerztlicher Sonntagsdienst, 4. Verschiedenes.
Dr. Martius.

Aerztlich-wirtschaftlicher Verein Würzburg (Land)- Ochsenfurt e. V.

Am Samstag, den 28. Juli, nachmittags 4 Uhr, spricht in Würzburg, Hotel National, Herr Kollege Dr. Graf (Gauling) über „Private Verrechnungsstelle“, wozu auch die Herren Kollegen der angrenzenden Vereine ergehenst eingeladen sind.
I. A.: Dr. Schömig.

10. Bayerischer Aertztag in Neustadt a. d. Hardt.

Am Samstag, den 22. September 1928, findet in Neustadt a. d. Hardt anlässlich der Sitzung der Bayerischen Landesärztekammer nach Beschluß des Vorstandes derselben als Hauptverhandlungsthema die Beratung statt über „Die Bekämpfung der Lungentuberkulose auf Grund der jetzigen Anschauung“.

Die seitens des Vorstandes der Bayerischen Landesärztekammer eingesetzte Kommission hat am Samstag, dem 11. Juli 1928, in Nürnberg die Leitsätze für dieses für die Volksgesundheit und für die Aerzteschaft insgesamt überaus wichtige Gebiet festgelegt. Sie werden nachstehend zur Beratung in den ärztlichen Bezirksvereinen veröffentlicht.

Es empfiehlt sich dringend, noch vor dem Bayerischen Aertztag in den einzelnen Bezirksvereinen über diese Leitsätze Sitzungen zu veranstalten.

Die Bekämpfung der Lungentuberkulose auf Grund der jetzigen Anschauung.

I. Wissenschaftliche Grundlagen.

Berichtersteller: Geheimer Medizinalrat Prof. Dr. v. Romberg (München).

Leitsätze:

1. Nach der bis vor kurzem uneingeschränkt geltenden Anschauung entstanden fast alle Lungentuberku-

losen chronisch. Wie man annahm, entwickelten sich zuerst kleine proliferative Herde in den Spitzen. Während sie nach und nach vernarben, traten neue Herde in den benachbarten tieferen Lungenteilen auf, und so schritt allmählich die Krankheit apiko-kaudal fort, graste die Lunge von oben nach unten ab. Die nicht seltene, meist schubweise vorübergehende Verschlechterung, das Zusammenfließen mehrerer Herde zu größeren Knoten, die allmähliche Entstehung scharfbegrenzter, gewöhnlich nicht sehr großer Kavernen beeinflusste den chronischen Verlauf dieser proliferativ-zirrhotischen, eventuell kävernösen Form der Tuberkulose wenig.

Man hatte Zeit, seine Maßnahmen zu treffen. Je früher man den initialen Spitzenprozeß feststellte, um so besser schienen die Aussichten einer Verhütung der weiteren Verschlechterung. Aber schon die sichere Beurteilung der Spitzenbefunde ist recht schwierig. Nur bei der Minderzahl der Kranken sah man primär, etwas häufiger sekundär, bei bereits bestehender älterer Phthise den zögernden Verlauf unterbrechend, rasch verlaufende floride Erkrankungen mit entzündlichen exsudativen Prozessen, mit rasch eintretender Kavernenbildung, oft mit einem hemmungslosen Einschmelzen des erkrankten Lungenteils. Sie führten fast immer unaufhaltsam zum Tode. Bei ihrer zurücktretenden Zahl änderten sie die Einstellung zur Gesamtaufgabe des ärztlichen Handelns bei der Lungentuberkulose nicht.

Auch heute nehmen wir an, daß noch aktive Spitzenprozesse recht krank machen können. Die viel häufigeren kleinen Narben von ihnen tun das aber im allgemeinen nicht. Nur 7 Proz. aller 450 der I. Med. Klinik München zur Begutachtung eingewiesenen Kranken mit solchen Spitzenbefunden oder mit Verdacht auf Spitzenbefunde zeigten nach der Zusammenstellung Lydtins, ebenso wie bei analogen Beobachtungen von Braeuning und Kayser-Petersen nach 2 bis 6 und mehr Jahren wirkliches Fortschreiten. So mußte die Lehre vom regelmäßigen Spitzenbeginn der Lungentuberkulose revidiert werden.

2. Die letzten Jahre brachten durch die allgemeine Verwendung der Röntgenuntersuchung die Erkenntnis der sehr mannigfachen Wege der Tuberkuloseentwicklung:

a) Primäraffekt und von ihm infizierte Bronchialdrüsen heilen in der Regel ohne stärkere Beteiligung der Lunge ab. Bisweilen erreicht aber die sie nach K. E. Ranke regelmäßig umgebende perifokale Entzündung beträchtliche Grade. Es kann zur Streuung in der Umgebung kommen. Tuberkel entstehen. Primäraffekt und Drüsen können erweichen und in die Nachbarschaft, z. B. einen Bronchus, einbrechen. So entstehen besonders bei Kindern schwerste, rasch tödliche käsige Pneumonien und Bronchopneumonien, oft mit Kavernen.

b) Auf dem Blutwege werden Tuberkelbazillen in die Lungen geschwemmt. Es entstehen hämatogene Aussaaten, die milderer Formen als zahlreiche oder spärliche proliferative Herde oft mit einer erstaunlichen Neigung zu rascher Vernarbung, vielleicht auch schwerere als exsudative verkäsige Bronchopneumonien. Diese hämatogenen Formen gehen einerseits ohne scharfe Grenze in die Miliartuberkulose, andererseits in die unendlich häufigen Spitzenherde über, die sicher oft so zustande kommen, wengleich die Möglichkeit ihrer bronchogenen Entstehung nicht bestritten werden soll.

c) Auch die unter a und b genannten Formen treten aber für die Entstehung der Lungentuberkulose zurück gegen das tuberkulöse Frühinfiltrat. Es entsteht akut als perifokale Entzündung um einen Herd im Lungengewebe. Sein Sitz wechselt. Seine Ausdehnung kann mit Markstückgröße beginnen und große Teile eines Lappens infiltrieren. Die Entzündung ist gleichmäßig diffus oder herdförmig disseminiert. Beide Formen können rasch unter Hinterlassung geringer Narbenzüge oder kleiner Narbenherde zurückgehen. Sehr oft aber schmilzt der zentrale Herd käsig ein. Mit größter Schnelligkeit entsteht im Frühinfiltrat eine Kaverne. Von vorneherein kann das Frühinfiltrat offen sein. Seine Kavernen scheiden wohl immer Bazillen in den Auswurf aus. Oefters veranlaßt die Entstehung der Kaverne Bluthusten.

Die Kavernen der Frühinfiltrate bilden den Ausgangspunkt der weiteren Entwicklung. In ihrer Umgebung entstehen proliferative Herde, bei den häufigsten Frühinfiltraten im Oberlappen mit Vorliebe in der Spitze. Der Prozeß kann dann von hier aus in der üblichen Weise fortschreiten, oder es entstehen ganz stürmisch käsige Bronchopneumonien und Pneumonien. Tochterinfiltrate entwickeln sich, die denselben raschheilenden Verlauf nehmen, aber ebenso auch Kavernen mit allen Gefahren entstehen lassen können wie die Mutterinfiltrate. Ueber Jahre kann sich die schubweise Entstehung solcher Tochterinfiltrate hinziehen.

Auch für die Entwicklung von Lungentuberkulose nach scheinbar selbständiger Rippenfellentzündung ist es maßgebend wichtig, ob gleichzeitig ein Frühinfiltrat vorhanden ist.

Bei einem großen Teil aller ausgesprochenen, wirklich krankmachenden Lungentuberkulosen ist der Beginn durch die Entstehung aus dem akut einsetzenden, schon nach wenigen Wochen vielleicht kavernisiertem Frühinfiltrat nicht chronisch, sondern meist unter dem Bilde einer Grippe mit vorhergehendem Fieber. Das gilt auch für die in ihrer Häufigkeit noch zu klärenden Fälle, in denen zuerst ein Spitzenprozeß vorhanden ist und das Frühinfiltrat sich später entwickelt. Die ärztlichen Entscheidungen müssen rasch getroffen werden. So bald wie möglich muß gehandelt werden. Sonst kommt man zu spät.

3. Ist schon die Beurteilung von Spitzenveränderungen schwierig, so läßt die physikalische Untersuchung bei den anderen Entstehungsarten der Lungentuberkulose fast oder ganz im Stich. Nur die gute Röntgenuntersuchung schützt vor dem Uebersehen der peri-

fokalen Entzündungen um Primäraffekt und Hilusdrüsen, der hämatogenen Aussaaten, vor allem der Frühinfiltrate. Nur der auf diesem Gebiet ausreichend geschulte Arzt vermag die Verhältnisse sicher zu beurteilen. Aber jeder Arzt kann an der Aufspürung der das ganze weitere Schicksal entscheidenden Frühstadien durch die umgehende Veranlassung entsprechender Untersuchung in verdienstvoller Weise mitwirken. Nur bei Mitarbeit aller Aerzte werden die Frühformen ausreichend erfaßt werden. Nur so kommen die Frühformen genügend schnell zu der erforderlichen Behandlung. Für alle fortschreitenden, vor allem für alle kavernisierten Prozesse ist die umgehende Anlegung des Pneumothorax das Verfahren der Wahl. Seinen vollen Nutzen entfaltet er nur dann, wenn das ganze Verhalten der Kranken entsprechend den bewährten Grundsätzen der physikalisch-diätetischen Behandlung der Lungentuberkulose geregelt wird. Im eigenen Hause des Kranken werden die Voraussetzungen dazu nur selten zu verwirklichen sein. Auch die Frühformen, bei denen ein Pneumothorax nicht notwendig ist, bedürfen in ihren unter 2 geschilderten Arten besonders eingehender Behandlung. Namentlich die Frühinfiltrate mit oder ohne Pneumothorax brauchen bei der Möglichkeit rascher Verschlechterung in den ersten Monaten strenge Ruhe unter günstigen äußeren Bedingungen und sorgliche Fernhaltung aller arzneilichen, physikalischen und klimatischen Reizwirkungen. Bei der weiteren Ueberwachung dieser Kranken erwachsen aber wiederum jedem Arzte wichtige Aufgaben.

Nur durch Mitwirkung aller Aerzte wird die Tuberkulose auch als Volksseuche wirksam bekämpft. Schon die physikalisch meist nicht faßbaren, nur röntgenologisch erkennbaren Frühfälle können durch ihren bazillenhaltigen Auswurf die Krankheit verbreiten. Der Pneumothorax beseitigt diese Gefahr meist rasch. Er verhindert auch bei der Mehrzahl die Entwicklung der fortschreitenden, ausgedehnten Lungentuberkulose, die über Jahre für die ganze Umgebung eine Ansteckungsquelle bilden kann.

II. Die Aufgaben der Fürsorgstellen.

Berichtersteller: Geh. Sanitätsrat Dr. Frankenburg (Nürnberg).

Leitsätze:

1. Die Fürsorgstellen für Lungenkranke dienen der Bekämpfung der Tuberkulose als Volksseuche.

Die Fürsorgstellen sind sich bewußt, daß sie ersprißliche Arbeit nur in Gemeinschaft mit allen Aerzten leisten können.

2. Die Hauptaufgabe der Fürsorgstellen ist die rechtzeitige Erfassung des einzelnen Seuchenherdes und seine Ausschaltung als Verbreiter der Krankheit. Weitere Aufgabe ist demgemäß die Betreuung der Kranken und ihrer Umgebung in hygienischer Beziehung im Hause der Kranken.

3. Für die rechtzeitige Erfassung bedarf es der Meldung und Ueberweisung aller Frühfälle und der Verdachtsfälle an die Fürsorgestelle.

4. Durch die neuen Forschungen über den häufigen akuten Beginn der Tuberkulose in unter wenig kennzeichnenden Allgemeinerscheinungen verlaufenden und nur mit besonderer Erfahrung und besonderen Mitteln feststellbaren Erkrankungsformen (Frühinfiltrat, Frühkaverne), welche sehr früh offen und deshalb Seuchenherde sind, hat die Aufgabe der Fürsorgstellen neue gemehrte Bedeutung erlangt.

5. Die Fürsorgstellen beschränken sich auf die Erfassung der Kranken und die hygienische Betreuung derselben und ihrer Umgebung. Mit der Behandlung der Erkrankten beschäftigen sich die Fürsorgstellen nur insoweit, als sie in Verbindung mit dem behandelnden

den Ärzte dem Kranken bei Erlangung der für ihn zweckmäßigsten Behandlung, insbesondere in dafür geeigneten Heilstätten und geeigneten Krankenhäusern und dergleichen Anstalten helfend zur Seite treten.

Selbständige Behandlungsmaßnahmen leisten die Fürsorgestellten nicht.

6. Die Organisation der Fürsorgestellten soll eine solche sein, daß jede Beeinträchtigung der Tätigkeit der praktischen Ärzte und Fachärzte ausgeschlossen ist. Das geschieht am besten, wenn die ärztliche Untersuchungstätigkeit in der Fürsorge-Sprechstunde durch einen hauptamtlichen Facharzt ausgeführt wird, welcher keine Praxis ausübt. Auch in ländlichen Bezirken soll dies angestrebt werden. (Vorschlag des Bayerischen Landesverbandes zur Bekämpfung der Tuberkulose: Einrichtung von Vertrauensstellen.)

Die Anordnung von hygienischen Maßnahmen, die Ueberwachung derselben, auch die Ueberwachung der Fürsorgeschwester, soll durch den zuständigen Amtsarzt oder im Einverständnis mit diesem durch den Fürsorgearzt erfolgen.

7. Die Tätigkeit der Fürsorgeschwester, die der Aufsicht der Fürsorgestelle untersteht, erstreckt sich im Hause der Kranken nur auf hygienische, die Seuchenausbreitung verhütende Maßnahmen. Jede Einmischung in die ärztliche Behandlung, ebenso jede Kritik derselben ist den Fürsorgeschwestern untersagt.

8. Wenn die Fürsorgestellten ihre Tätigkeit nach den vorgenannten Richtlinien üben sollen, so müssen sie als Gegenleistung dafür auch die Unterstützung und Mitarbeit nicht nur durch die Führer der Aerzte und einzelner Aerzte, sondern durch die gesamte Aerzteschaft fordern.

III. Auswirkungen für den praktischen Arzt.

Berichtersteller: Geh. Sanitätsrat Dr. Hans Dörfler (Weißenburg i. B.).

Leitsätze:

1. Die neuen Erfahrungen über Lokalisation und Bedeutung der Frühinfiltrate der Lungentuberkulose verdienen die stärkste Beachtung von Seite der Aerzteschaft.

2. Vorbeugung und Behandlung der Lungentuberkulose werden durch diese Erkenntnis wesentlich beeinflußt.

3. Da Vorbeugung und Behandlung in erster Linie von der Allgemeinheit der praktischen Aerzte zu leisten sind, müssen die neuen Lehren allen Aerzten zugänglich gemacht werden.

Neben den betätigten oder noch zu betätigenden wissenschaftlichen Einführungsvorträgen in den einzelnen Kreisen sollen in jedem Bezirksverein von hauptamtlich aufgestellten Tuberkulosefürsorgeärzten beherrschende Vorträge mit Vorführung möglichst zahlreicher Röntgenbilder abgehalten werden.

Auf dem Lande soll die Tuberkulosefürsorge in der Weise verbessert werden, daß in Anwesenheit des hauptamtlich angestellten Tuberkulosefürsorgearztes mehrmals des Jahres im Mittelpunkt des Bezirksamtes in einem Krankenhaus oder einer Fürsorgestelle die Aerzteschaft Gelegenheit hat, sich mit der neuen Lehre genau vertraut zu machen und durch Vorführung ihrer Fälle vor dem Fürsorgearzte ihre Kenntnisse praktisch zu vertiefen.

4. Die Behandlung und ärztliche Familienberatung müssen in den Händen der praktischen Aerzte bleiben. Die Pneumothoraxanlage erfordert fast ausnahmslos Behandlung in einem geeigneten Krankenhaus oder in einer geeigneten Heilstätte.

5. In enger Zusammenarbeit der praktischen Aerzte mit den hauptamtlich und nebenamtlich aufgestellten Fürsorgeärzten hat die gemeinsame Bekämpfung der auch heute noch furchtbaren Volkskrankheit zu geschehen.

6. Unter diesen Voraussetzungen wird sich die Gesamtheit der Aerzteschaft mit Freuden den Bestrebungen des Landesverbandes zur Bekämpfung der Tuberkulose zur Verfügung stellen.

Dr. Stauder.

Das kassenärztliche Prüfungswesen.

Von Sanitätsrat Dr. Scholl; München.

Referat, gehalten auf der 25. ord. Hauptversammlung des Hartmannbundes in Danzig.

(Fortsetzung.)

Honorarkontrolle.

Ein schwieriges Kapitel ist die Prüfung der Arztrechnungen, da die einzelnen Aerzte sowohl in ihrer Arbeitsweise als auch in ihren medizinischen Anschauungen und ihrem Charakter verschieden sind. Es wird deshalb die Aufgabe der Honorarprüfung sein, auf der einen Seite den individuellen Verschiedenheiten einigermaßen gerecht zu werden, auf der anderen Seite aber eine Ueberarztung hintanzuhalten und die Krankenkassen und die Kollegen vor den erwerbstüchtigen Aerzten zu schützen, eine schwierige Aufgabe, die aber gemeistert werden muß.

Vielfach ist man wegen der großen Schwierigkeiten auf zwar einfache, aber psychologisch falsche und ungerechte Methoden verfallen, nämlich nach Schema-F-Bestimmungen zu arbeiten und alles über einen Kamm zu scheren. Man hat dabei ganz extreme Vorschläge gemacht, wie z. B. ein bestimmtes Fixum für die ärztliche Tätigkeit, Pauschalbezahlungen ohne Rücksicht auf die Schwere der Fälle und die Qualität der Leistungen, Festsetzung einer Höchstzahl von Patienten, die durchschnittlich pro Tag behandelt werden dürfen, Festsetzung einer Summe, die im Monat oder im Quartal nicht überschritten werden darf, kurz Maßnahmen, die schematisch sind und deshalb sich ungerecht auswirken müssen.

Im allgemeinen kann man wohl sagen, daß die Mehrzahl der Aerzte trotz Not und scharfer Konkurrenz anständig arbeitet.

Die Demoralisation ist hauptsächlich verschuldet durch die von Anfang an von den Krankenkassen gebotene schlechte Bezahlung ärztlicher Arbeit. Dadurch wurden die Aerzte gezwungen, Massensarbeit zu leisten, um auf ihre Kosten zu kommen. Pauschalbezahlung bedingt eben Pauschalarbeit. Das muß immer wieder hervorgehoben werden.

Es ist psychologisch falsch, bei der Prüfung rein schematische Systeme zugrunde zu legen, die alle Aerzte gleich treffen und die das Allgemeinniveau auf ein Mittelmaß herunterdrücken, Spitzenleistungen verhindern und die Arbeitsfreudigkeit lähmen. Da gibt es ein einfacheres Mittel, die wenigen Schädlinge, die man doch kennt, zu erziehen oder, wenn dies nicht möglich ist, auszuschalten. Wir dürfen davor nicht zurückschrecken, renitente Schädlinge ganz aus der Kassenpraxis zu entfernen und dafür dem Nachwuchs Platz zu machen. Eine solche Auslese dünkt mir vernünftiger und gerechter zu sein als wie es jetzt beliebt wird: Schutz der Minderwertigen und Aussperrung des Nachwuchses.

Ich lege den größten Wert auf die individuelle Kontrolle, weil dadurch allein auch das Kassenlöwentum bekämpft werden kann. Die vielen Vorschläge, die in dieser Hinsicht gemacht worden sind, krankten alle daran, daß sie zu schematisch sind und deshalb nicht für alle Verhältnisse passen. Schematisches Verfahren

führt, je länger es angewendet wird, um so mehr zu einer Erstarrung und zeigt nicht die wirkliche Tätigkeit und die wirklichen Leistungen der Aerzte. Es muß ein solches Verfahren zu falschen Verträgen, zu falschen Begrenzungsbestimmungen, zu falschen Schiedssprüchen und Richtlinien führen. Eine rein schematische Prüfung birgt auf die Dauer große Gefahren für den ärztlichen Stand in sich. Weiter zeigt sich, daß eine solche bei gleichen Abstrichen zu einer in Wirklichkeit ganz andersartigen Honorarverteilung unter den Aerzten führt als eine individuelle Prüfung.

Meiner Ansicht nach ist die Bekämpfung des Kassenlöwentums nichts anderes als die Bekämpfung des unlauteren Wettbewerbs. Nicht die hohen Einnahmen einzelner Kassenärzte an sich schädigen die Krankenkassen so sehr als die Willfährigkeit, das Entgegenkommen einzelner Kassenärzte den Versicherten gegenüber durch leichtfertige Krankengeldanweisungen, durch viele und teure Verordnungen und durch Ueberarztung. Diese Konnivenz kommt aber auch bei Kassenärzten mit mittlerer und kleiner Praxis vor. Einzig und allein die individuelle Kontrolle wird diese Auswüchse der kassenärztlichen Tätigkeit wirksam bekämpfen können. Die Berechnung eines allgemeinen Durchschnitts der einzelnen Arztgruppen und andere Maßnahmen sollen nur als Anhaltspunkte dienen für die Beurteilung, ob Ueberarztung vorliegt oder nicht. Es sind ja auch die Verhältnisse in den Städten und auf dem Lande bei praktischen Aerzten und bei Fachärzten so grundverschieden, daß man nicht schematisieren darf.

Bei der Kürze der Zeit ist es mir nicht möglich, auf die verschiedenen Prüfungssysteme näher einzugehen; es haben sich an verschiedenen Orten recht brauchbare Systeme herausgebildet. Meine Aufgabe kann es heute nur sein, allgemeine Gesichtspunkte herauszustellen und vor allem der Aerzteschaft mit allem Ernst und Nachdruck zu sagen, daß äußerste Sparsamkeit und eine Kontrolle der kassenärztlichen Tätigkeit heute dringender nötig ist als je, daß davon die Zukunft unseres Verhältnisses zu den Krankenkassen abhängt. Wenn die Aerzteschaft nicht den Mut und die Energie aufbringt, rücksichtslos gegen Kassenärzte, welche die Krankenkassen und die Aerzte schädigen, vorzugehen, dann wird es nicht ausbleiben, daß immer mehr Begrenzungsbestimmungen und Einschränkungen in der Gebührenfrage nötig werden und daß schließlich nichts anderes übrigbleibt, als die Kassenärzte zu verbeamten.

Es muß auch offen ausgesprochen werden, daß vielfach an der sog. Gebührearithmetik einzelner Kassenärzte schuld ist die Gebührenordnung selbst, die auf dem Summationsverfahren beruht. Es ist falsch, eine Gebührenordnung für die Privatpraxis mit einer solchen für die Kassenpraxis zu verquicken. Notwendig wäre eine eigene Kassengebührenordnung, die auf die Eigentümlichkeit der Kassenpraxis eingestellt ist. Die Erfahrung hat doch gezeigt, daß vor allem die vielen kleinen Sonderleistungen einen Anreiz zu Polypragmasie geben. Wir werten viel zu hoch die technischen Leistungen statt die geistigen. Die immer weiter um sich greifende Spezialisierung hat auch hier ihren Stempel aufgedrückt. Auch hier ist eine Erneuerung unserer Wertbegriffe vonnöten. Es wird notwendig sein, daß wir in der Kassenpraxis die kleinen technischen Sonderleistungen opfern, um eine höhere Bewertung der Beratung und Untersuchung, insbesondere der Besuche zu erzielen. Zweckmäßig erschiene mir eine eigene Kassengebührenordnung mit Punktwerten für die einzelnen Leistungen.

Aehnlich ist es bei den Sachleistungen. Verschiedene Sachleistungen sind zu hoch angesetzt, zumal bei den Sachleistungen nicht immer der Arzt selbst der ausführende Teil ist, sondern vielfach das ärztliche Per-

sonal. Man kann auch von einer „Flucht in die Sachleistungen“ sprechen. Ich erinnere nur an den Unfug mit der Höhensonne. Manche Aerzte können von sich sagen: „Die Höhensonne geht in meiner Praxis nie unter.“ Das Steigen der Sachleistungen führt dazu, daß die Krankenkassen immer mehr darauf bestehen, daß die Sachleistungen auch limitiert und von ihnen selbst zu genehmigen sind. Das ist aber ein Armutszeugnis für uns. Damit geben wir zu, daß auch Laien die ärztliche Behandlung beurteilen können, denn vielfach genehmigen Sachleistungen nicht die Vertrauensärzte von Krankenkassen, sondern Verwaltungsbeamte. Die Genehmigungspflicht durch die Verwaltung ist entweder reine Formalität oder unsachgemäße Willkür von Laien. Es muß deshalb verlangt werden, daß Sachleistungen nur von Aerzten — meinetwegen von den Vertrauensärzten der Krankenkassen — genehmigt werden dürfen, weil Aerzte allein imstande sind zu beurteilen, ob die betreffende Behandlung notwendig ist oder nicht. Dann müssen auch die Rechnungen für Sachleistungen ebenso geprüft werden wie das Honorar für die Grundleistungen und Sonderleistungen. Würden an allen Orten gut funktionierende Prüfungseinrichtungen seit Jahren bestehen, hätten wir uns nicht zu den immer mehr einschränkenden Begrenzungsbestimmungen drängen lassen brauchen, so daß jetzt die allgemeine Anschauung dahin neigt, daß eine Pauschalbezahlung nun einmal zur Kassenpraxis gehöre. Es muß immer und immer wieder betont werden, daß nur die individuelle Kontrolle uns vor weiterer Herabminderung unseres Honorars und Herabwürdigung unserer Arbeit bewahren kann. Es läßt sich die Arbeitsweise eines Menschen nicht auf eine bestimmte Formel bringen. Jedes Schematisieren widerspricht dem individuellen Charakter des einzelnen Arztes und erst recht der ärztlichen Kunst.

Am besten wird die Prüfung der Arztrechnungen zugleich durch die Verrechnungsstelle gemacht. Bei größeren Organisationen ist es natürlich nötig, daß der Prüfungsausschuß aus praktischen Aerzten und Fachärzten jedes Faches besteht, die nach aufgestellten Richtlinien prüfen.

Um von vornherein einem Mißbrauch der Gebührenordnung aus Unkenntnis vorzubeugen, erscheint es zweckmäßig, einen Kommentar zur Gebührenordnung herauszugeben und bei bestimmten Sonderleistungen, bei welchen die Indikationsstellung einen zu großen Spielraum hat, wie z. B. bei Massage, Elektrizität, tiefliegenden Abszessen usw., vor Vornahme der betreffenden Leistung die Genehmigung durch den Prüfungsausschuß einholen zu lassen unter schriftlicher Begründung. Die Abhängigkeit der Honorierung gewisser Sonderleistungen von der Genehmigung des Prüfungsausschusses, diese „Barriere“, ist meiner Meinung nach notwendig und stellt eben auch einen Teil der Disziplin dar, der sich die Kassenärzte zu unterziehen haben.

Ein Unterschied zwischen praktischen und Fachärzten soll nicht gemacht werden. Die Fachärzte sind als Kassenärzte den Aerzten mit allgemeiner Praxis gleichzustellen. Deshalb ist es auch nicht notwendig, daß eine eigene Ueberweisung an Fachärzte stattzufinden hat. Ein Unterschied zwischen praktischen und Fachärzten soll nur insofern bestehen, als die Fachärzte nur für Fälle ihres Faches honoriert werden und auf der anderen Seite die praktischen Aerzte nicht für Operationen honoriert werden, welche eine bestimmte Höhe — außer Geburtshilfe — übersteigen, also für Fachoperationen. Auf diese Weise scheint mir diese Frage am besten geregelt werden zu können.

Alle Rechnungen der Kassenärzte sind von dem Prüfungsausschuß rechnerisch und vor allem in bezug auf evtl. Polypragmasie zu prüfen. Der Ausschuß muß das Recht haben, Abstriche zu machen, entweder prozentuale

Abstriche oder einzelner Leistungen. Ein gutes Hilfsmittel für die Beurteilung ist die Fallkostendurchschnittsberechnung, ferner den allgemeinen Durchschnitt der einzelnen Arztgruppen zu errechnen und danach die Tätigkeit des einzelnen Arztes, sei er praktischer Arzt oder Facharzt, zu beurteilen. Aber alle diese Maßnahmen sollen nur Anhaltspunkte sein, keine starren Indikationen, da oberstes Prinzip immer bleiben muß: die individuelle Beurteilung des einzelnen Kassenarztes.

Sehr treffend äußerte sich ein Mitglied unseres Prüfungsausschusses: „Jeder Arzt hinterläßt auf seiner Rechnungsliste in der äußeren Form und in dem Maße der gestellten Forderungen die untrüglichen Spuren seiner Eigenart, gewissermaßen seine Fingerabdrücke.“

Als Beispiel, wie es meiner Ansicht nach nicht gemacht werden soll, will ich das sog. Dresdner System anführen, wo die Prüfungskommission folgende Durchschnittszahlen als Grenze der täglichen Leistungen für die einzelnen Arztgruppen festgesetzt hat:

Praktische Aerzte	80 Leistungen pro Tag
Augenärzte	30
Chirurgen, Orthopäden	35
Nerven, Interne	35
Frauenärzte	40
Ohrenärzte	45
Hautärzte	45

Wie schon bemerkt, halte ich auch die sog. Höchstverdiengrenze für falsch, ebenso alle schematischen Prüfungen nach Durchschnittszahlen und Kürzungen, wenn der Durchschnitt um 10 Proz. überschritten ist, weil solche Methoden zu einer künstlichen Grenze führen, die ein falsches Bild von der ärztlichen Tätigkeit geben. Außerdem wird der die Durchschnittsgrenze überschreitende Arzt leicht als Polypragmatiker angesehen werden und sich als solcher fühlen, wenn dies auch durchaus nicht der Fall ist.

Man muß leider bekennen, daß es eine ideale Prüfungsmethode nicht gibt und deshalb sich davor hüten, an bestimmten Prüfungsmethoden festzuhalten. Es ist nötig, daß dieselben stets überprüft und evtl. erneuert werden. Es sind deshalb alle vertraglichen und gesetzlichen Bestimmungen, wie Reichsrichtzahl und Begrenzungsziffern, für längere Zeit unbedingt abzulehnen, zumal es kein für alle Verhältnisse passendes System gibt. Das eine System setzt eine Prämie auf das Hamstern, also auf Massenpraxis, und benachteiligt den gewissenhaften Arzt mit kleinerer und mittlerer Praxis, der einen relativ hohen Prozentsatz von Gratisleistungen zu seinem Schaden machen muß; das andere System führt auf die Dauer zu einem Kampfe aller gegen alle und zu einer völligen Willkür in der Verteilung des Honorars.

Es muß unter allen Umständen auch auf die örtlichen Verhältnisse Rücksicht genommen werden. Bei gutem Willen und bei energischer Leitung der kassenärztlichen Organisation wird sich sehr bald ein für den betreffenden Ort passendes System herausbilden. Die Verteilung des Honorars wird dann keine besonderen Schwierigkeiten machen.

Herr Kollege Wolff (Hannover) hat ganz recht, wenn er in seinem ausgezeichneten Bericht über „Die Prüfung der ärztlichen Honorare und einer zweckmäßigen Verteilung“ sagt: „Daß es tatsächlich keinen brauchbaren Schlüssel gibt, das zeigen mit aller Deutlichkeit die Antworten auf die Fragebogen des Hartmannbundes, die es erweisen, daß die Honorare für die einzelnen Gruppen an den verschiedenen Orten zum Teil um 50 bis 100 Proz. schwanken.“

Ich gehe mit ihm einig, wenn er weiter sagt, „daß die reine individuelle Prüfung belastet ist durch große

Umständlichkeit und durch eine große Prüfungsarbeit; aber sie ist doch dasjenige System, das am getreuesten die wirklich geleistete ärztliche Arbeit widerspiegelt.“ Die rein schematische Prüfung ist damit belastet, daß sie leicht zur Erstarrung führt und ein völlig falsches Bild über die Art der notwendigen geleisteten Arbeit gibt infolge der von vornherein festgelegten prozentualen Leistungsverhältnisse. Eine zweckmäßige Form der Honorarverteilung und Prüfung scheint deshalb die zu sein, die Vorteile beider Systeme zu vereinigen und ihre Fehler zu vermeiden. Dies geschieht am zweckmäßigsten durch eine rechnerisch-statistische Durchschnittsgrundlage bei individueller Prüfung und bei Begründung für jeden Abstrich.

Wichtig ist, daß die Prüfungsbezirke so groß sind, daß jede persönliche Verstimmung ausgeschlossen ist, auf der anderen Seite aber nicht zu groß, damit die Prüfungsärzte die örtlichen Verhältnisse und vor allem die einzelnen Aerzte kennen.

Darüber brauche ich mich wohl nicht zu verbreiten, daß unter den Bezahlungsarten die Bezahlung nach Einzelleistungen das gerechteste System ist; es erfordert aber eine gute und zuverlässige Prüfung. Die Pauschalbezahlung entspringt dem Geiste des Kassen- und Massensystems und kann nicht als ein gerechtes und dem wirklichen Arztum entsprechendes System angesprochen werden. Die Bezahlung nach Kopfpauschale ist sicherlich das ungerechteste System, weil das Risiko für Mehrarbeit allein die Aerzte zu tragen haben; das Fallpauschale verleitet zum Hamstern von Fällen.

Vergessen darf nicht werden, daß jedes Vierteljahr nach abgeschlossener Rechnung und Prüfung nachzurechnen ist, welcher Betrag tatsächlich auf die Einzelleistung, also auf die Beratung gekommen ist, um feststellen zu können, ob auch tatsächlich die uns zustehenden Mindestsätze der Gebührenordnung zur Auszahlung kamen. Eine solche Berechnung ist besonders notwendig bei einer Pauschalbezahlung, um danach die Höhe des Pauschales bemessen zu können. (Schluß folgt.)

Vom Versicherungsamt kann die sofortige Entlassung der in einem Krankenkasseninstitut beschäftigten, im Ausland approbierten Aerzte angeordnet werden.

Im Namen des Reiches!

In der Beschwerdesache des Verbandes der Krankenkassen im Bezirk des Oberversicherungsamts Berlin hat das Reichsversicherungsamt, Erster Beschlußsenat der Abteilung für Kranken-, Invaliden- und Angestelltenversicherung, in seiner Sitzung vom 2. März 1928, an der teilgenommen haben:

1. der Direktor im Reichsversicherungsamt L., Vorsitzender;
2. der Oberregierungsrat Dr. B., für das vom Reichsrat gewählte Mitglied;
3. der Senatspräsident D.,
4. der Oberregierungsrat B.,
5. der Regierungsrat Werner M., ständige Mitglieder;
6. der Diplomingenieur Dr. v. H. aus Berlin-Neukölln, Vertreter der Arbeitgeber;
7. der Gewerkschaftsangestellte Wilhelm V. aus Berlin, Vertreter der Versicherten,

wie folgt entschieden:

Die Beschwerde gegen die Entscheidung des Oberversicherungsamts Berlin vom 15. Oktober 1927 wird zurückgewiesen.

Dem Verbands der Krankenkassen im Bezirk des Oberversicherungsamts Berlin wird eine Gebühr von 30 RM. (dreißig Reichsmark) auferlegt.

Gründe.

Das Versicherungsamt der Stadt Berlin hat am 19. Juli 1927 auf Grund des § 377 der Reichsversicherungsordnung angeordnet, daß der Beschwerdeführer die in seinem Ambulatorium angestellten, im Auslande approbierten Aerzte Dr. Sch. und Dr. Z. aus ihrem Beschäftigungsverhältnisse sofort zu entlassen habe. Die hiergegen eingelegte Beschwerde ist durch den Beschluß des Oberversicherungsamts Berlin vom 15. Oktober 1927 zurückgewiesen worden. Auf den Inhalt des Beschlusses wird Bezug genommen.

Gegen diesen Beschluß hat der Verband der Krankenkassen im Bezirk des Oberversicherungsamts Berlin rechtzeitig weitere Beschwerde eingelegt. Sie wird einerseits darauf gestützt, daß die angefochtene Entscheidung rechtlich unzulässig sei, da sie in die privatrechtlichen Beziehungen des Beschwerdeführers zu seinen Angestellten eingreife und eine bloße Anordnung über die Art der Beschäftigung überflüssig sei. Andererseits wird ausgeführt, daß die angefochtene Entscheidung von unzutreffenden tatsächlichen Voraussetzungen ausgehe; die beiden in Betracht kommenden Angestellten verrichteten keine ärztlichen Dienste. Schließlich wird auf die Gefahr von Schadenersatzansprüchen in unüberschaubarer Höhe hingewiesen, die sich aus der Durchführung der angefochtenen Entscheidung ergäben. Der Beschwerdeschrift waren Abschriften von Schreiben des Beschwerdeführers an die beiden Angestellten beigelegt, inhalts deren ihnen jegliche ärztliche Tätigkeit untersagt wurde. Im übrigen wird auf die Beschwerdeschrift vom 6. Dezember 1927 Bezug genommen.

Das Reichsversicherungsamt hat durch Verfügung vom 28. Januar 1928 gemäß § 1794 der Reichsversicherungsordnung den Vollzug der angefochtenen Entscheidung vorläufig ausgesetzt.

Es war, wie geschehen, zu entscheiden.

Die Beschwerde ist an sich zulässig. Die angefochtene Entscheidung des Oberversicherungsamts ist gemäß § 377 Abs. 2 der Reichsversicherungsordnung auf die Beschwerde gegen eine Anordnung des Versicherungsamts als Aufsichtsbehörde ergangen. Gegen eine solche Entscheidung steht den Beteiligten gemäß § 1797 Abs. 3 der Reichsversicherungsordnung die weitere Beschwerde zu. Sie ist aber unbegründet.

Die gesetzliche Befugnis des Versicherungsamts zum Erlasse von Anordnungen, durch die in die Verwaltung eines Krankenkassenverbandes eingegriffen wird, ergibt sich aus §§ 30, 413, 377 der Reichsversicherungsordnung. Diese Vorschriften ermächtigen und verpflichten das Versicherungsamt, auf die Befolgung von Gesetz und Satzung in den Maßnahmen des Kassenverbandes hinzuwirken. Dabei brauchen die Handlungen und Unterlassungen, gegen die sich die Aufsichtsmaßnahmen richten, nicht ausdrücklichen Vorschriften des Gesetzes oder der Satzung zuwiderzulaufen; es genügt, wenn sie mit dem Ziele und Zweck der Versicherung und den danach den Organen obliegenden Aufgaben vereinbar sind*) (zu vergleichen die Entscheidung des Preußischen Oberverwaltungsgerichts vom 18. Mai).

§ 122 der Reichsversicherungsordnung schreibt vor, daß die ärztliche Behandlung im Sinne dieses Gesetzes durch approbierte Aerzte im Sinne des § 29 der Gewerbeordnung geleistet wird. In § 29 der Gewerbeordnung ist nur eine Approbation durch deutsche Behörden vorgesehen. Eine ausländische Approbation ist da-

*) Von der Schriftleitung gesperrt gedruckt.

mit vom Gesetze abgelehnt. Dementsprechend ist in den Bestimmungen des Reichsausschusses für Aerzte und Krankenkassen über die Zulassung zur Kassenpraxis in der Fassung des Beschlusses vom 14. November 1925 (Amtliche Nachrichten des RVA. 1925, S. 400) in §§ 1 und 2 ausgesprochen, daß nur in Deutschland approbierte Aerzte zur Kassenpraxis, d. h. zur Behandlung Versicherter, zugelassen sind. (Zu vergleichen auch Hanow: Kommentar zur Reichsversicherungsordnung, 1. Buch, 5. Auflage, Anmerkung 3, letzter Absatz zu § 122.) Demnach verstößt die Behandlung von Versicherten auf Grund der Reichsversicherungsordnung durch Aerzte, die nur außerhalb Deutschlands approbiert sind, gegen das Gesetz.

Nun hat der Beschwerdeführer mit den beiden in Betracht kommenden Angestellten Verträge abgeschlossen, die zweifellos die ärztliche Behandlung von Versicherten zum Gegenstande hatten. Das ergibt sich aus allen Einzelheiten dieser Verträge: Sie sind auf dem Vordruck für die Verträge mit Kasseninstitutärzten ausgestellt; sie bezeichnen daher jeden der beiden Angestellten als „approbierten Arzt“, sie enthalten in Ziff. 1 ausdrücklich die Bestimmung, daß die Anstellung „zur Behandlung erkrankter Krankenkassenmitglieder“ erfolgt; sie verpflichten die beiden Angestellten zur gehörenden „besonderen ärztlichen Sorgfalt“ bei der Behandlung der Versicherten; sie regeln die besonderen Dienstpflichten durch die Geschäftsanweisung für die Aerzte der Krankenkasseninstitute; sie lassen die Möglichkeit zur Ausübung von Privatpraxis zu, verbieten aber die Privatbehandlung von Kassenmitgliedern; sie setzen den Angestellten eine Vergütung in Höhe der Gruppe X Stufe 4 der früheren Reichsbesoldungsordnung aus; sie regeln den Urlaub so, daß „der ärztliche Dienst durch gegenseitige Vertretung der an den Kassen-Instituten tätigen Aerzte in keiner Weise benachteiligt wird“; und schließlich wird unter Hinweis auf den Mangel der inländischen Approbation die Verwendung der Angestellten auf assistierende Tätigkeit eingeschränkt. Diese Verträge stehen mithin in offensichtlichem Widerspruch zu dem Gesetz. Das darauf beruhende Beschäftigungsverhältnis steht daher auch nicht im Einklang mit dem Gesetz und mußte von dem Versicherungsamt beanstandet werden. Diese Beanstandung kann, da ein weiterer Fortbestand des gesetzwidrigen Zustandes nicht geduldet werden darf, nur dessen sofortige Beseitigung, mithin die sofortige Aufhebung des zu beanstandenden Beschäftigungsverhältnisses, zum Ziele haben.

Die von dem Beschwerdeführer geltend gemachten Tatsachen vermögen nicht, zu einer anderen Auffassung zu führen. Sie würden, ihre Richtigkeit unterstellt, bedeuten, daß die beiden Angestellten lediglich als Heilgehilfen beschäftigt werden. Dann aber wäre ihre Bezahlung nach den Bestimmungen der Verträge in Höhe der früheren Besoldungsgruppe X 4 völlig unvereinbar mit der den Kassenorganen obliegenden Pflicht zur sparsamen und zweckmäßigen Verwaltung der ihnen anvertrauten Gelder. Ein solches Beschäftigungsverhältnis würde daher ebenfalls mit dem Ziele der sofortigen Aufhebung beanstandet werden müssen. Die Ausführungen der Beklagten haben jedoch gegenüber dem Beweisergebnis nicht vermocht, den Senat davon zu überzeugen, daß die beiden Angestellten keinerlei ärztliche Tätigkeit ausüben. Es ist schon angesichts der wissenschaftlichen Vorbildung und langjährigen ärztlichen Tätigkeit der beiden Angestellten, sowie angesichts der mit ihnen eingegangenen Verträge durchaus unwahrscheinlich, daß sie sich zu bloßen Heilgehilfen herabdrücken lassen. Das Beweisergebnis spricht aber geradezu dafür, daß beide mindestens in der Stellung von Assistenzärzten tätig sind, d. h. eine ärzt-

Silicol

KOLLOIDES KIESELSÄURE - EIWEISS D.R.P.

Zur Induration des Lungengewebes

mit SiO₂, besonders bei initialer und fibröser Tuberkulose.
In vielen Lungenheilstätten im Gebrauch.
30 Tabletten Mk. 1.50 — Klinik-Packung 200 Tabletten Mk. 6.00
Als Adjuvans: Tricalcol, abwechselnd mit Silicol.



Lecinwerk Dr. ERNST LAVES, HANNOVER



Brunnenschriften sowie eine Zusammenstellung der ärztlichen Gutachten kostenlos durch das Fachinger Zentralbüro, Berlin W 8, Wilhelmstr. 55

Aerztejournal wird jederzeit auf Wunsch zugesandt.

Eisenwerk Siegen
Marienborn b. Siegen

Postfach 42
liefert



Auto-Garagen
aus
Wellblech
Lager-Schuppen

Hamal

„Dr. Wunsch“
D. R. W. Z.
gegen

-Zäpfchen -Salbe **Hämorrhoiden**

Seit 25 Jahren bewährt und vorzüglich begutachtet. Bei den württembergischen Krankenkassen seit langem zugelassen.
Zäpfchen: Priv.-P. (12 St.) M. 2.80; Kam.-P. (6 St.) M. 1.25. Salbe: M. 1.40.

Proben durch:
Laboratorium Dr. Albrecht Wunsch, Ulm a. D.

Altpapier

Zeitungen, Bücher, Hefte, Akten, Lumpen, Flaschen, Alteisen, Metall, Auto-Gummi, kauft stets zu besten Preisen und holt frei ab

Jos. Duschl
München, Gabelsbergerstr. 85-0
Telephon 55236

Junge gebild. Dame, 26 J., Lyz., sucht Stellung als **Sprechstundenhilfe.**

Kenntn. in Assist., Instr. bei Klin. Op., Bedienung elektr. App., Diath., Pant., Heissl., Höhens., Sollux, Ultra, Entwicklung v. Röntgenf., orthop. Turnen, Stenogr., Schreibm., Buchführg. Angeb. u. A. 16036 an Ala Haasenstein & Vogler, München.

Nujol

Gesetzlich geschützt

gegen Obstipation
Das ideale Darmgleitmittel

„Nujol“, der Prototyp der Paraffinöle ist vollkommen chemisch, rein sowie geschmackfrei und besitzt eine auf die Physiologie des Darmes eingestellte Viskosität.

Literatur und Proben kostenfrei durch

Deutsch - Amerikanische Petroleum - Gesellschaft
Nujol-Abteilung / Hamburg 36



Regelmäßig wie ein Uhrwerk

40 Stoffproben vornehmer Oberhemden völlig kostenlos!

Für den Sommer brauchen Sie wieder vornehme Oberhemden. Sie können kostenlos unter 40 verschiedenen, entzückenden Mustern wählen, wenn Sie anhängenden Abschnitt an die Heinfabrik senden (in Drucksachenumschlag 5 Pfg.) Das ist viel bequemer als im Laden und Sie haben dann auch eine viel grössere Auswahl. Heinfabrik hält jahrelang und ist bis 30% billiger als im Laden. Schreiben Sie noch heute, übermorgen haben Sie 40 der modernsten Muster. Heinfabrik, Kötzschenbroda 83c.

Senden Sie mir 40 Stoffproben für Heinhemden und Heins 60 Kunstdruckseiten starkes Wäschebüchlein mit vielen Photographien.

Name:

Stand:

Ort, Straße, Bezirk:

Hier abschneiden!

liche Behandlung ausüben. Der Senat hat sich insofern den Ausführungen in dem Gutachten des Professors Dr. N. vom 20. September 1927 angeschlossen.

Schließlich hat der Beschwerdeführer noch auf die Gefahr unüberschbarer Schadenersatzansprüche hingewiesen. Dieser Hinweis kann an der Rechtmäßigkeit der angefochtenen Entscheidung nichts ändern. Es dürfte aber auch nur zum geringsten Teil zutreffen, da der Vertrag mit Dr. Sch. am 18. Oktober 1927, also nach der Zustellung der angefochtenen Anordnung des Versicherungsamts, zum 18. Januar 1928 vorsorglich gekündigt werden konnte und der Vertrag mit Dr. Z. am 18. Januar 1929 abläuft. Bei beiden Verträgen ist aber außerdem zu erwägen, ob sie nicht gegen ein gesetzliches Verbot im Sinne des § 131 des Bürgerlichen Gesetzbuches verstoßen und daher nichtig sind.

Die Entscheidung über die Gebühr beruht auf § 1803 Absatz 1 Satz 3 der Reichsversicherungsordnung und § 7 der Gebührenordnung für das Reichsversicherungsamt (Reichsgesetzblatt I, S. 419). Eine Gebühr von 30 RM. erschien angemessen.

Urkundlich unter Siegel und Unterschrift.

Das Reichsversicherungsamt.

Abt. f. Kranken-, Invaliden- u. Angestelltenversicherung.

Der Erste Beschlußsenat.

Unterschriften.

(Zahnärztliche Mitteilungen 1928/23.)

Die deutsche Tuberkulose Tagung in Wildbad.

Von Sanitätsrat Dr. A. Jacoby.

Die vier deutschen Gesellschaften, die sich mit der Erforschung und Bekämpfung der Tuberkulose beschäftigen, hatten in der Zeit vom 30. Mai bis 2. Juni in Wildbad eine Tagung, die sehr bedeutsame Anregungen bot. Im allgemeinen kann gesagt werden, daß sowohl in der wissenschaftlichen Erkennung der Krankheit, ihrer Ursachen, ihres Beginnes und Verlaufes Fortschritte zu verzeichnen sind, wie es auch gelungen zu sein scheint, sie als Seuche einzuschränken. Die Sterbeziffer der Tuberkulose, die in der Kriegs- und Entwertungszeit bedrohlich angeschwollen war, ist auf ein so geringes Maß gesunken, daß sie jetzt etwa sieben Zehntel der Höhe vor Kriegsbeginn aufweist. Ob die Erkrankungen an Tuberkulose in demselben Maße nachgelassen haben, läßt sich nicht mit Sicherheit beantworten. Die in Preußen und einigen anderen Staaten eingeführte Meldepflicht für Tuberkulose besteht erst seit einigen Jahren und erfaßt nicht alle Erkrankungen an Tuberkulose. Nach einer Statistik der Allgemeinen Ortskrankenkasse für Köln sind die durchschnittlichen Erkrankungsziffern ihrer Mitglieder in den Jahren 1915 bis 1925 nur wenig hinter dem Durchschnitt 1901 bis 1914 zurückgeblieben. In dieser Zusammenstellung sind aber die sehr ungünstigen Kriegs- und Entwertungsjahre enthalten, gerade die Jahre 1926 bis 1928, die in der Sterbeziffer sehr günstig abgeschnitten haben, fehlen darin. Alles in allem ist es wahrscheinlich, daß auch die Erkrankungsziffern im ganzen gesunken sind. Einen ähnlichen Schluß kann man auch aus Mitteilungen des Fürsorgearztes von Karlsruhe, Dr. Geißler, ziehen, der über den Erfolgsnachweis der Lungenfürsorgestellen sprach. Er hat an zahlreichen Einzelfällen nachweisen können, daß die Umgebung, besonders die Familien Offentuberkulöser, ansteckungsfrei blieb, wenn es durch die Maßnahmen der Fürsorgestelle gelang, den Erkrankten rechtzeitig einer Heilstätte zuzuführen oder ihn sonstwie von der Familie abzusondern, während fast ausnahmslos die Ansteckung nicht verhindert werden konnte, wenn die Ansteckungsquelle zu spät erkannt wurde oder

aus irgendwelchen Gründen der Kranke nicht hinreichend abgesondert wurde. Als besonders wichtig und einflußreich erwies sich die möglichst frühzeitige Unterbringung ansteckender Kranken in Heilstätten, die jetzt dank der Sozial- und Wohlfahrtsgesetzgebung in großem Umfang erfolgt. Bei der Durchprüfung dieser Ergebnisse zeigte sich die Einschränkung der Sterblichkeit und der Ansteckungen da am deutlichsten, wo gut arbeitende Fürsorgestellen tätig waren.

In besonders bedeutsamer Weise gelang ihm der Nachweis, daß nicht mehr wie früher die wirtschaftliche Lage für die Erkrankungen an Tuberkulose wesentlich entscheidend ist. Unter Zugrundelegung einer Einteilung der Berufstätigen in Selbständige, Angestellte und Unselbständige (einschließlich Angehörige) ergab sich, daß noch 1924 jede der beiden ersten Gruppen 9,9 Todesfälle an Tuberkulose (auf 10000 Lebende berechnet), die letzte Gruppe aber 15,6 aufwies. Diese Zahlen haben sich während der letzten Jahre so ausgeglichen, daß Gruppe 1 und 3 mit 9,6 und 9,5 fast gleich stehen, und Gruppe 2 sogar nur 6,9 Todesfälle hat. Damit stimmt eine Tatsache überein, die ebenfalls seit einigen Jahren beobachtet wird, daß jetzt (im Gegensatz zu früher) die industriereichen Gegenden (Sachsen) in der Tuberkulosesterblichkeit günstiger gestellt sind als die landwirtschaftlichen (Bayern). Aus beider Mitteilungen muß man folgern, daß der Ausbau der sozialen Fürsorge und die neuzeitlichen Behandlungsmethoden die Tuberkulose auf das wirksamste bekämpfen. Für die Zukunft ist diese Einwirkung noch in verstärktem Maße zu erwarten, da neue wichtige Einblicke in das Entstehen der Lungentuberkulose ge- glückt sind. Untersuchungen des Fürsorgearztes Dr. Redeker (Mansfeld), die sich an pathologisch-anatomische Arbeiten von Dr. ABmann (Leipzig) angeschlossen, haben die Aufmerksamkeit darauf gelenkt, daß in gewissen, nicht seltenen Fällen, die Tuberkulose explosionsartig, nicht wie meist schleichend, beginnt. Häufig geht diese Form aus Grippeerkrankungen hervor. Frühzeitig vorgenommene Röntgenuntersuchungen lassen den Tuberkuloseherd deutlich, und zwar meist in der Gegend der zweiten und dritten Rippe erkennen. Diese Erkenntnis steht in einem gewissen Gegensatz zu der bisher weitverbreiteten Ansicht, daß jede Lungenschwindsucht von den Lungenspitzen, also dem oberhalb des Schlüsselbeins gelegenen Teil der Lunge, ihren Ausgang nimmt. Die Aussprache über diesen Gegenstand, über den u. a. Professor Dr. Ulrici (Waldhaus, Charlottenburg), Dr. Kayser-Petersen (Jena), Dr. Redeker, Geh. Rat Dr. von Romberg (München) und Professor Dr. Brauer (Hamburg) berichteten, war, wie es die Wichtigkeit der Angelegenheit erforderte, sehr lebhaft. Die allgemeine Ansicht ging schließlich dahin, daß diese sog. Frühinfiltrate als Ausgangspunkt der akuten Tuberkulose von größter Bedeutung und die Erkrankten bevorzugt der Heilstättenbehandlung zu unterwerfen seien. Man dürfe darüber aber Lungenspitzenkatarrhe nicht vernachlässigen, vorausgesetzt, daß es sich dabei um wirkliche krankhafte, zum Fortschreiten neigende Vorgänge handle. Nur diese Spitzenkatarrhe sind behandlungsbedürftige Krankheiten, nicht aber jeder vom Normalen abweichende, zumeist harmlose Befund, der oft nur auf naheliegenden Veränderungen beruht. Es wurde mit Nachdruck darauf hingewiesen, wie schweren Schaden die Verlegenheitsdiagnose „Lungenspitzenkatarrh“ anrichten kann, wenn die damit irrtümlich als Schwindsüchtige gekennzeichneten Menschen sich selbst in den Wahn einleben, schwer, womöglich ansteckend krank zu sein. Sie werden die „Kostgänger der Heilstätten“, wie gesagt wurde, indem sie der Behandlung bedürftigeren Kranken

die Plätze fortnehmen. Aber sie geraten auch bei ihrer Umgebung in den Ruf der Gefährlichkeit, ohne ihn zu verdienen, und werden so „Zaungäste des Lebens“. Zur Verhütung der Gefahr, beginnende frische Tuberkulose zu übersehen, oder Reste geheilter Erkrankungen zu ungünstig zu schätzen, muß die ärztliche Untersuchungstechnik immer mehr verfeinert und besonders die Röntgenuntersuchung viel häufiger als bisher angewendet werden. Beides stellt an die Aerzte neue bedeutsame Forderungen. Es gibt kaum eine schwierigere Aufgabe, als die sichere Feststellung des ersten Krankheitsbeginns der Lungenschwindsucht. Es muß auch sogar weiter gefordert werden, daß auch die Umgebung offentuberkulöser Kranker systematisch vor den Röntgenapparat gestellt wird, weil tuberkulöse Herde vorhanden sein und erkannt werden können, bevor Krankheitsgefühl sich bemerkbar macht. Es wird Sache der Krankenkassen, Landesversicherungsanstalten und Gemeinden sein, den Lungenfürsorgestellen dafür die nötigen Mittel zur Verfügung zu stellen.

Während nach dieser Richtung die praktischen Folgerungen aus der neuen Erkenntnis gezogen wurden, unternahm es Dr. Redeker, die Ursachen zu erforschen, die zum Auftreten dieser eigenartigen Form der Tuberkulose führen. Seine Ausführungen erhoben sich auf eine Höhe wissenschaftlicher Betrachtungsweise und forschenden Weitblicks, die so leicht nicht zu überbieten ist. Allerdings kann ihr Gedankengang in diesem kurzen Bericht nur angedeutet werden, um so mehr als Dr. Redeker selbst darauf hinwies, daß er nur den Weg zeigen wolle, um die letzten Gründe zu erkennen, ohne selbst schon das Ziel erreicht zu haben. Er ging von der bekannten zweifachen Art aus, in der der menschliche Körper auf die Ansteckung mit dem Tuberkelbazillus antwortet. Man beobachtet teils eine langsame, zum Stillstand durch Vernarbung neigende, teils eine schnell sich ausbreitende, mit Flüssigkeitserguß in das Gewebe verbundene, zum Zerfall und zur Höhlenbildung führende Erkrankungsform. Die eine wie die andere sind nicht alleinige Folgen des Angriffs der Tuberkelbazillen auf das Gewebe, sondern sie hängen von der Reizbarkeit des Körpers ab, stehen mit ihr in Wechselwirkung und können bei denselben Kranken wechseln. Je reizempfindlicher der Körper, um so lebhafter und verderblicher der Erfolg. Mit dieser besonderen Reizbarkeit gegenüber dem Krankheitserreger läuft die allgemeine Reizfähigkeit, und zwar auch die seelische, in gleicher Richtung. Damit gewinnt die Frage nach der Konstitution, also auch nach den ererbten Keimeigenschaften (die Krankheit als solche wird nicht ererbt!) erneute Bedeutung, die unter den besonderen Umständen der Entwicklungszeit, der Schwangerschaft, außergewöhnlicher seelischer und körperlicher Beanspruchung ausschlaggebend sein kann. Die in Erzählungen früherer Zeiten oft wiederkehrende Gestalt des Liebenden, der aus Liebeskummer hin-„schwindet“, dürfte doch nicht ganz aus der Luft gegriffen sein.

Von der Konstitutionsbetrachtung aus spinnen sich Verbindungsfäden auch zur alten Temperamentslehre und zu den rhythmischen Schwankungen, denen alles Leben unterworfen ist.

Vor etwa 40 Jahren, zur Zeit Virchows, wären derartige wissenschaftliche Darlegungen unmöglich gewesen. Sie wären als Rückfall in die Lehre von der Lebenskraft und in die Spekulation gebrandmarkt worden. In den Ausführungen Redekers, in denen nüchterne Tatsachenkleinarbeit mit weitausschauender Gestaltungskraft vereint waren, zeigt sich die Wahrheit der Erfahrung, daß alles Denken immer wieder zur Ausgangslinie, aber auf erhöhter Ebene, also im Spiralgang, zurückkehrt.

Vereinsnachrichten.

(Originalbericht des Bayer. Aerztl. Correspondenzblattes.)

Aerztlicher Bezirksverein Mittelfranken.

(Sitzungsbericht vom 15. Juli 1928.)

1. Vorstandswahl. Nachdem die Vorstandschaft erst in der letzten Sitzung gewählt wurde, wurde einstimmig beschlossen, die Vorstandschaft sowie die Kammerdelegierten und die Ausschüsse zu belassen.

2. Referat des Herrn Dr. Luber von der Versicherungskammer München über „Die Aerzteversorgung“. Das Referat wurde allseitig mit größtem Interesse verfolgt und in angeregter Diskussion besprochen. Es wird noch schriftlich im Auszug mitgeteilt. Herrn Dr. Luber, wie der Versicherungskammer auch an dieser Stelle herzlichen Dank.

3. Die Satzungen wurden mit verschiedenen kleinen redaktionellen und formellen Aenderungen vom Ministerium genehmigt. Sie sollen nunmehr gedruckt werden.

4. Der Vertrag der Ortskrankenkasse Dillingen-Land geht über den Landesauschuß.

5. Der Vorsitzende gedachte in feierlicher Weise unseres verstorbenen ehemaligen Kammervorsitzenden Geheimrat Radwansky, und gab Bericht über die Gründungssitzung des Schwäbischen Kreisverbandes.

6. Merkblatt Augsburg über Mittelstandskrankenkassen soll in 40 Stück bestellt werden, ebenso sollen Klebezettel gleicher Art gedruckt und an die Mitglieder verteilt werden.

7. In Danzig wurde ein Wahlfondsbeitrag von 20.— M. pro Mitglied beschlossen.

8. Der Hartmannbund hat seinen Beitrag auf 72.— M. jährlich erhöht.

9. Das Arzneiverordnungsbuch des Leipziger Verbandes soll für den Verein beschafft werden.

10. Einige interne Besprechungen werden noch schriftlich mitgeteilt.

Dr. M.

Der Preußische Minister Berlin, den 4. Juli 1928.
für Volkswohlfahrt.

An

die Herren Regierungspräsidenten und den Herrn Polizeipräsidenten in Berlin.

Betrifft: »Merkblatt zur Information der Aerzte über die Blinddarmentzündung.«

Das nachstehend abgedruckte „Merkblatt zur Information der Aerzte über die Blinddarmentzündung“ ersuche ich an die Medizinalräte und Aerzte des Bezirks zu verteilen und den erforderlichen Bedarf bei der Druckerei des Zellengefängnisses Moabit, Berlin NW 40, Lehrter Straße 3, unmittelbar anzufordern. Die dem Zellengefängnis durch die Herstellung und den Versand des Merkblattes entstehenden Kosten werden auf Zentralfonds übernommen. Für etwaige Nachbestellungen werden weitere Exemplare des Merkblattes bei der Druckerei des Zellengefängnisses verfügbar gehalten werden; die Kosten etwaiger Nachlieferungen werden ebenfalls auf Zentralfonds übernommen.

Das Merkblatt hat folgenden Wortlaut:

Merkblatt zur Information der Aerzte über die Blinddarmentzündung.

An Blinddarmentzündung sterben in Deutschland jährlich über 4000 Menschen!

Die wichtigste und verhängnisvollste Ursache kann nur darin bestehen, daß jetzt mehr Kranke als früher zu spät chirurgische Behandlung aufsuchen.

Durch das zu späte Aufsuchen operativer Behand-

lung werden ferner bei den Patienten, die der Krankheit nicht erliegen, ein unnütz langes Krankenlager — oft über Wochen und Monate hinaus — und gefährliche Komplikationen bedingt. Dadurch entstehen unnötige Kosten und überflüssige Vergeudung von wertvoller Arbeitskraft. Darum muß, besonders wenn die Diagnose zweifelhaft ist, die sofortige Ueberführung des Kranken in ein Krankenhaus oder in eine Klinik gefordert werden.

Als Komplikationen kommen in Frage die Bauchfellentzündung, die durch Fortschreiten der Entzündung auf das Bauchfell und namentlich durch Brandigwerden des Wurmfortsatzes und Durchbruch des eitrigen Inhalts entstehen und besonders im letztgenannten Falle schnell tödlich enden kann; ferner das Eindringen von Entzündungserregern in den Kreislauf, das zu Blutvergiftung, „eitrigen“ Thrombosen und tödlichen Lebereiterungen Veranlassung geben kann.

Die Erscheinungen der Blinddarmentzündung bestehen bekanntlich zumeist in Unwohlsein, Schmerzen, oft Koliken im ganzen Leibe, häufig auch in der Gegend des Nabels oder des Magens, die sich bald auf die rechte Unterbauchseite zusammenziehen. Druckschmerzhaft ist in den meisten Fällen ein Punkt zwischen Nabel und Spitze der Darmbeinschaukel.

Die sonst weichen, leicht und ohne Schmerzen eindrückbaren Bauchdecken zeigen dann hier beim Befasten und bei Druck vermehrte Spannung und Schmerzhaftigkeit.

Der Wurmfortsatz kann aber auch nach oben oder unten verlagert sein, und die Druckschmerzhaftigkeit und Bauchdeckenspannung liegt im ersten Falle nach dem Rippenbogen zu, oder zur Lendengegend hin, im letzten mehr nach dem kleinen Becken zu, und es bestehen dann häufig Blasenbeschwerden, schneidende Schmerzen beim Urinlassen und häufiger Urindrang. Die gegebenenfalls vorzunehmende Untersuchung per rectum bzw. per vaginam gibt dann oft entscheidenden Aufschluß.

Das Eindringen von Entzündungserregern in den Kreislauf kündigt in der Regel ein Schüttelfrost und starke Temperatursteigerung auf 39 Grad und mehr an.

Diese Fälle sind besonders gefährlich und ohne sofortige Operation fast stets verloren.

In den anderen Fällen ist die Körperwärme oft nur wenig erhöht, der Puls leicht beschleunigt.

Blähungen und Stuhl fehlen meist.

Wenn auch die Blinddarmentzündung unter innerer Behandlung in vielen Fällen — soweit es sich nicht um brandige und durchgebrochene Wurmfortsätze handelt — ohne Operation abklingen kann; so ist in keinem Falle der Verlauf, namentlich das Auftreten einer Perforation, vorauszusehen. Denn der Verlauf ist oft von anatomischen, nicht diagnostizierbaren Zufälligkeiten abhängig. Liegt der Wurmfortsatz retrozökal oder zwischen Zökum und Bauchwand, so kann es zu einem abgekapselten Abszeß kommen; liegt er aber zwischen den Dünndarmschlingen, so kann eine schnell tödliche Peritonitis entstehen, die häufigste Todesursache bei der Blinddarmentzündung.

Auch nach Heilung des ersten Anfalles kann es zu lebensgefährlichen Rückfällen kommen.

Mit Sicherheit vermag dagegen eine frühzeitige Operation und Fortnahme des Wurmfortsatzes innerhalb der ersten Stunden, selbst nach einem oder mehreren Schüttelfrösten, das Leiden endgültig und schnell zu heilen.

Werden die Kranken am ersten Tage der Entzündung operiert, so kann die Bauchhöhle ohne Drain und Tamponade geschlossen werden, und die Patienten können am 7. Tage das Bett, am 10. das Krankenhaus verlassen, während das Krankenlager bei späterer Operation oft Wochen oder Monate dauert.

Die Sterblichkeit nach Frühoperation bei sonst gesunden Menschen kann in der Hand des geübten Chirurgen auf ein Minimum herabgesetzt werden.

Die leider viel verbreitete, aber unzweckmäßige Verabreichung von Abführ- oder Stopfmitteln (Rizinusöl, Opium!) oder von Klistieren, ist unter allen Umständen zu verhindern.

Besonders gefährlich und oft in 2—3 Tagen zum Tode führend ist die Erkrankung bei kleinen Kindern.

Deswegen ist das Publikum immer wieder zu belehren, daß bei Leibschmerzen unbedingt Bettruhe, Diät, Temperaturmessung und vor allem sofortige Zuziehung eines Arztes erforderlich ist. Bei Feststellung einer Blinddarmentzündung ist die schleunige Operation notwendig, wenn möglich schon am ersten Tage.

Hirtsiefer.

Bayerische Landesturnanstalt, München.

Zu Nr. 2323.

An der Bayer. Landesturnanstalt in München findet in der Zeit vom 1. mit 10. Oktober 1928 ein Lehrgang für Aerzte statt.

Der Lehrgang umfaßt:

a) Vorträge:

Direktor Dr. Vogt: Ueberblick über die geschichtliche Entwicklung der Leibesübungen. — Einrichtung und Arbeit der Turn- und Sportverbände. — Die Gymnastiksysteme.

Univ.-Prof. Dr. Matthias: Bewegungsanatomie und -physiologie, mit besonderer Berücksichtigung der Frau.

Univ.-Prof. Dr. Böhm: Therapie durch Leibesübungen.

Geh. San.-Rat Dr. Hoeflmayr: Sportmassage.

Frau Dr. Lützenkirchen: Gymnastik der Frau vom frauenärztlichen Standpunkt.

Frau Dr. Monheimer: Die Turn- und Sportarten der Frau in ihren hygienischen und sozialen Auswirkungen.

Stud.-Prof. Hacker: Übungsstättenbau.

b) Praktische Uebungen, täglich mindestens 3 Stunden.

c) Aussprache.

Einer beschränkten Zahl auswärtiger Teilnehmer kann Ersatz der Reisekosten 3. Klasse mit Schnellzugszuschlag und ein Zuschuß zu den Kosten des Aufenthaltes in München im Gesamtbetrage von RM. 50.— in Aussicht gestellt werden.

Die Besucher des Lehrganges haben sich an den praktischen Turn- und Sportübungen zu beteiligen; es wollen sich daher nur Bewerber melden, die den körperlichen Anforderungen gesundheitlich gewachsen sind.

PLANTA-FLUID
KASSENPACKUNG, 100gr FL.

BRÜCKNER-LAMPE & CO. A-G
BERLIN - SCHÖNEBERG
KOLonnenSTR. 29.

DIE BIOLOGISCHE FLUOR-THERAPIE!

Es ist den Teilnehmern Gelegenheit geboten, während des Lehrganges die Turn- und Sportabzeichenprüfung abzulegen.

Anmeldungen sind bis längstens 1. September 1928 an die Landesturnanstalt in München, Maßmannstraße, zu richten.
Der Direktor: Dr. Vogt.

Fortschritte der Gesundheitsfürsorge.

Der große, ständig wachsende Umfang der Gesundheitsfürsorge in Deutschland macht bereits seit längerer Zeit eine laufende übersichtliche Berichterstattung über die weitverzweigten Teilgebiete der Fürsorgetätigkeit zu einer dringenden Notwendigkeit. Es ist daher sehr zu begrüßen, daß nunmehr ein Organ, das die gesamte Gesundheitsfürsorge erfaßt, erschienen ist: die Zeitschrift „Fortschritte der Gesundheitsfürsorge“. Sie gibt allen fürsorgerisch Tätigen und Interessierten einen regelmäßigen Ueberblick über die neuesten Probleme, Methoden und Ergebnisse der klinischen und fürsorgerischen Forschung sowie Anregungen für die praktische Arbeit. Neben allgemeinen Fragen kommen stets die Spezialprobleme, die jeweils im Vordergrund des Interesses stehen, zur Erörterung, wie etwa die Erholungsfürsorge, die soziale Krankenhausfürsorge, die ländliche Gesundheitsfürsorge u. a. m.

Die „Fortschritte“ stehen somit ein übersichtliches Nachschlageheft dar, das es ermöglicht, trotz angestrebter fürsorgerischer, pflegerischer oder Lehrtätigkeit mit der schnellen Ausdehnung der Gesundheitsfürsorge in jeder Beziehung Schritt zu halten.

Der Preis der monatlich einmal erscheinenden Zeitschrift beträgt 2 RM. vierteljährlich, zuzüglich Bestellgeld. Bestellungen sind an die Geschäftsstelle, Berlin-Charlottenburg 5, Frankstraße 3, zu richten.

Bekanntmachung des Städtischen Versicherungsamtes Ludwigshafen a. Rh.

Der Zulassungsausschuß hat in seiner Sitzung vom 11. Juli 1928 folgende einstimmige Beschlüsse gefaßt:

Die Anträge der um Zulassung zur Kassenpraxis sich bewerbenden und ins Arztregister eingetragenen Aerzte

Dr. Blankenheim, prakt. Arzt in Ludwigshafen a. Rh.,

Dr. Reudelhuber, prakt. Arzt in Ludwigshafen a. Rh.,

Dr. Albert, Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten in Ludwigshafen a. Rh.,

Frau Dr. Schmidt-Kraepelin, Fachärztin für Nerven- und Gemütsleiden in Ludwigshafen a. Rh.,

Frau Dr. Hemke-Hammel, prakt. Aerztin in Dannstadt,

Dr. Hanstein, Facharzt für Lungenleiden in Ludwigshafen a. Rh.,

Dr. Deforth, Facharzt für Nerven- und Gemütsleiden in Ludwigshafen a. Rh.,

Dr. Grüner, Facharzt für Augenleiden in Ludwigshafen a. Rh.,

werden abgelehnt.

Die Ablehnung wird von den Krankenkassen damit begründet, daß die Bedürfnisfrage für Zulassung eines weiteren praktischen Arztes bzw. Facharztes nicht

bejaht werden kann, und von den Aerzten damit, daß sie zwar prinzipiell für die Zulassung sind, daß sie jedoch wegen der Aussichtslosigkeit des weiteren Verfahrens im heutigen Zulassungsausschuß dagegen stimmen.

Dies wird gemäß § 8 Absatz VIII Satz 2 der Zulassungsbestimmungen vom 15. Dezember 1925 in der Fassung der Beschlüsse des Landesausschusses für Aerzte und Krankenkassen vom 12. Mai 1926 (StAnz. 1925 Nr. 293 und 1926 Nr. 109) mit dem Bemerken bekanntgemacht, daß den hienach nicht zugelassenen Aerzten gegen den Beschluß das Recht der Berufung zusteht.

Eine etwaige Berufung ist gemäß § 9 der Zulassungsbestimmungen und § 128 der RVO. binnen 14 Tagen nach Ausgabe der vorliegenden Nummer des „Bayer. Aerztl. Correspondenzbl.“ schriftlich oder mündlich beim Schiedsamt beim Bayer. Obergversicherungsamt Speyer, Weberstraße 11, einzulegen.

Ludwigshafen a. Rh., den 17. Juli 1928.

Städtisches Versicherungsamt.

Der Vorsitzende. I. V.: Dr. Reichert, Rechtsrat.

Arzt und Klinik.

Auf Tiefenbestrahlungen mit vorzeitigem Klimax folgen nicht selten schwere psychonervöse Zustände. Günstig zu beeinflussen sind sie nur von einem Arzte, dessen Autorität unversehrt ist, der das unbedingte und rückhaltlose Vertrauen der Kranken hat. Sonst sinkt er zu einem Vermittler von Sedativa, Narkotika und Hypnotika hinab, und der vorher körperlich Kranke wird zu einem seelisch Siechen. Erfahrungen dieser Art bewegen mich, mit der Kritik an den Anweisungen der Klinik an die ärztliche Oeffentlichkeit zu gehen. An Herrn Prof. Wintz schrieb ich:

„Für das Bekenntnis zum Werte der Zusammenarbeit zwischen praktischem Arzt und Klinik lassen Sie mich Ihnen besonders danken.“

Zur Erwiderung auf die Ausführungen im Briefe und im Correspondenzblatte Nr. 29 lassen Sie mich anknüpfen an den Schlußpassus des Briefes, worin Sie versichern, daß Sie vorher jeden anderen Weg versucht haben, die notwendigen Warnungen den Aerzten zugänglich zu machen. Sollte es nicht möglich sein, daß ein anerkannter Vertreter der Strahlenbehandlung in den ärztlichen Taschenkalendern, ferner in der Standespresse wiederholt die Gebote über die Nachbehandlung von Bestrahlten bekanntgibt? In den Taschenkalendern könnte das ausführlicher begründet sein; in der Standespresse etwa alle Vierteljahre möglichst knapp.

Heute ist es so, daß der größere Teil der Bestrahlten aus der Privatpraxis den Arzt erst dann zuzieht, wenn ohne ärztliches Zutun ein Schaden entstanden ist. Die Mitglieder von Arbeiter- und Mittelstandskassen aber glauben, den Arzt beauftragen zu können, das zu verordnen, was nach ihrem vermeintlichen besseren Wissen für sie zweckmäßig ist. Daß eine derartige Ueberheblichkeit und Anmaßung sehr häufig zum Schaden der Patienten ausläuft, ist leicht begreiflich.

BRÜCKNER-LAMPE & CO. A. G. BERLIN-SCHÖNEBERG KOLONNENSTR. 29.

DIÄTETISCHE TUBERKULOSE-BEHANDLUNG!

MINERALOGEN

LITERATUR: SAUERBRUCH: HERMANNSDORFER, M. M. W. 1928' etc.

Nach all dem würde ich glauben, daß die von Ihnen beklagten Schäden sich auf oben gekennzeichnetem Wege besser vermeiden lassen."

Zum Schlusse darf ich dem Wunsche Ausdruck geben, es möge das Arzt und Klinik einigende Band, die solus aegroti, die Strahlentherapeuten zu dem Versuche bringen, Nachbehandlungsschäden zu verhüten, ohne dem Ansehen des Arztes zu schaden.

J. Bullinger.

Fachnormenausschuß Krankenhaus (Fanok).

Vorsitzender: Prof. Dr. Hoffmann, Direktor im Gesundheitsamt der Stadt Berlin.

Normen der Röntgentechnik

Um bei dem Ausbau der Röntgennormung einheitlich vorgehen und die Interessen aller an der Röntgentechnik beteiligten Kreise in bester Weise bei Bearbeitung der Normungsfragen berücksichtigen zu können, wurde im Jahre 1927 bei der Deutschen Röntgen-Gesellschaft (DRG.) eine Normenstelle errichtet; sie wird mit dem Verbands Deutscher Elektrotechniker (VDE.) und dem Fachnormenausschuß Krankenhaus (Fanok) zusammenwirken und dadurch eine einheitliche Bearbeitung des gesamten Röntgengebietes gewährleisten. Aufbau, Organisation und Geschäftsgang der Normenstelle der Deutschen Röntgen-Gesellschaft werden im Fanok-Teil Nr. 12, 3. Jahrgang, der „Zeitschrift für das gesamte Krankenhauswesen“ (Verlag J. Springer, Berlin W 9, Linkstraße 23/24) mitgeteilt.

Die Normen einschließlich Vorschriften usw. werden als Entwürfe mit Einspruchsfrist in dem Fachblatt „Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen“, als dem Organ der DRG., in der „Elektrotechnischen Zeitschrift“, als dem Organ des VDE., und in der „Zeitschrift für das gesamte Krankenhauswesen“, dem Organ des Fanok, veröffentlicht und nach Endgenehmigung mit dem Kennwort „Röntgentechnik“ herausgegeben.

Zuschriften in Fragen der Röntgennormung sind an den Vorsitzenden der Normenstelle der Deutschen Röntgen-Gesellschaft, Herrn H. v. Buol, Berlin-Siemensstadt, zu richten.

Außerdem ist in diesem Fanok-Teil der „Zeitschrift für das gesamte Krankenhauswesen“ als Fortsetzung der bisher schon veröffentlichten Normblattentwürfe für ärztliche Instrumente ein Normblattentwurf für chirurgische Scheren veröffentlicht. Die Einspruchsfrist läuft bis zum 15. August 1928.

Deutsch-nationale Krankenkasse (D.H.V.).

Die Deutsch-nationale Krankenkasse teilt mit, daß laut Beschluß ihrer Hauptversammlung sämtliche Familienversicherten mit Wirkung ab 1. August 1928 die Arzneien selbst zu bezahlen haben und je nach der Beitragsklasse von der zuständigen Verwaltungsstelle der Kasse unmittelbar Rückvergütung erhalten. Wir bitten die Herren Aerzte, von dieser Aenderung Kenntnis zu nehmen. Die Rezepte für Familienversicherte dürfen also nicht mehr den Vermerk „D.H.V.“ tragen, sondern nur noch den Namen des betreffenden Familienversicherten.

Vereinsmitteilungen.

Mitteilungen des Münchener Aerztereins für freie Arztwahl.

1. Die Verwaltungsstelle München der GEDAG-Kasse Hamburg gibt bekannt, daß sich ihre Geschäftsräume ab 20. Juli 1928 Bayerstraße 9/IV — Pfaff-Kontorhaus — befinden. Telephon Nr. 51357. Postscheckkonto: München 7626.

2. Die Monatskarten für Monat Juli sind am Mittwoch, dem 1. August 1928, bis spätestens nachmittags 5 Uhr auf der Geschäftsstelle abzugeben; die Honorarzahlung erfolgt ab Freitag, den 10. August 1928, auf der Bayer. Hypotheken- und Wechselbank.

3. Die persönliche Abrechnung für das I. Vierteljahr 1928 ist fertiggestellt und ab 1. August 1928 auf der Geschäftsstelle erhältlich. Evtl. Einspruch ist unter Beifügung der Abrechnung einschließlich der Monatskarten bis spätestens Mittwoch, den 15. August 1928, schriftlich an die Geschäftsstelle zu erheben.

Bücherschau.

Arzt und Bodenreform. Von Dr. Ludwig Pesl, Professor der Staatswissenschaft in Würzburg. Wilhelm Kabitze, Würzburg 1928. Preis RM. 2.—.

Nach meiner Auffassung kann man auf zwei Wegen dazukommen, in der vorliegenden Sache mitzusprechen, auf dem Wege der Praxis, indem man selbst mit dem Boden sich beschäftigt, oder auf dem Wege der Wissenschaft. Ich zähle mich zu den Praktikern. Meine Vorfahren — männlicherseits — waren bereits nachweisbar im 16. Jahrhundert Bauern auf dem gleichen Hof, ich selbst war bis zum 25. Lebensjahr 3—4 Monate im Jahre Knecht meines Vaters, also im modernen Sinn bäuerlicher Werkstudent, mein Sohn ist wieder Landwirt. Mein Vater hat als fünfter Sohn ausserhalb des väterlichen Bauernhofes sich ein Anwesen erwerben müssen. Im Jahre 1854 erwarb er den Heurerbauernhof in Höll, dicht an der böhmischen Grenze. Er kostete 8000 Gulden und eine »Ausnahme«, die 16 Jahre dauerte. Der Hof war vollständig heruntergewirtschaftet. Drei Kühe standen in der Stalle; dieser selbst war halb eingefallen, das Bauernhaus eine Ruine; auf dem Felde wuchsen Stauden, die Wiesen waren völlig versumpft. Der heutige Zustand ist folgender: Vollständiger Neubau des Hofes, elektrische Beleuchtung, Motore, mehrfache Garnitur der Geräte, 24 Stück Rindvieh, 1 Pferd u. s. f. Felder und Wiesen bringen nahezu zehnfachen Ertrag wie 1854. Drei Generationen haben ihre ganze Kraft und ihre ganzen Ersparnisse geopfert, um den Hof zu dem zu machen, was er jetzt ist. — Und der gegenwärtige Kaufpreis? 40.000, höchstens 50.000 Mk. Für den, der noch logischen Folgerungen zugänglich ist, folgt aus diesem Beispiel: Der Kaufpreis des ländlichen Bodens ist 200—400% innerhalb dieser Zeit gefallen. Das ist aber nicht ein Einzelbeispiel, sondern ein Musterbeispiel von Allgemeinwert. Dieses Fallen des Bodenpreises ist die natürliche Auswirkung der Blüte der Industrie und der Grossstädte, die die Landwirtschaft erdrücken. Der Bauer mit dem einmaligen Jahresumsatz kommt nicht mehr mit. Und gerade dieser Bauer ist dann das Karnikel, das die Wohnungen in den Städten verteuert. Ich weiss gar wohl, dass in der Nähe von Grossstädten der Bodenpreis sich anders gestaltet; aber die Ursache sind nicht die Bauern, sondern die Städte. Die Verallgemeinerung der Bodenreformer ist meiner Auffassung eine Staats- und Volkssünde; sie ist gemeingefährlich. Ich habe schon im Vorartikel die Kollegen gewarnt, sich mit ihrer Organisation dieser Bewegung anzuschliessen. Der einzelne mag tun, was er will. Nun kommt Pesl und belegt die Auffassung des Praktikers mit wissenschaftlichen Gründen. Auf mich hat Pesl mächtigen Eindruck gemacht und ich empfehle allen Kollegen diese Abhandlung auf das beste. Einzelnes herausheben erübrigt sich.

Dr. Grassl, Kempten.

Für die Redaktion verantwortlich: Dr. H. Scholl, München.

Für die Inserate: Adolf Dohn, München.

Aegrosan

Ferro-calciumsaccharat 12:1000

enthält das Eisen in der wirksamen Ferro-Form!

Entspricht weitgehendst den Forderungen der modernen Eisenherapie.

Aegrosan wird selbst vom kranken Magen gut vertragen, mischt sich ohne weiteres mit dem Magensaft, braucht weder reduziert noch aufgelöst werden und wird schnellstens und restlos resorbiert.

Daher schnelle und durchschlagende Eisen- und Kalkwirkung ohne Verdauungsstörungen, selbst bei Säuglingen und Greisen.

Preis Mark 1.40 in den Apotheken. Versuchsproben auf Wunsch.

Johann G. W. Opfermann, Köln 64