

# 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-Annahme: ALA Anzeigen-Aktiengesellschaft in Interessengemeinschaft mit Haasenstein & Vogler A.-G. Daube & Co., G. m. b. H. München, Berlin und Filialen.

**N 31.**

**München, 4. August 1928.**

**XXXI. Jahrgang.**

**Inhalt:** Das kassenärztliche Prüfungswesen. (Schluss.) — 10. Bayer. Aertztetag in Neustadt a. d. H. (Berichtigung.) — Die Rationalisierung der deutschen Sozialversicherung. (Schluss.) — Gedanken zur Listenprüfung und ihrem Ausbau. — Tuberkulosefortbildungskursus in Scheidegg. — Rechenschaftsbericht des Vereins zur Unterstützung invalider hilfsbedürftiger Aerzte. — Vereinsmitteilungen: Sterbekasse Oberbayern-Land; Kassenärztlicher Verein Nürnberg e. V. — Münchener Aerzteverein für freie Arztwahl.

### Schiedsspruch im Streit zwischen dem Leipziger Verband und den Kaufmännischen Berufskrankenkassen.

Der am 25. Juli 1928 gefällte Schiedsspruch lautet: „Für die Beziehungen zwischen dem Verband der Aerzte Deutschlands und dem Verband kaufmännischer Berufskrankenkassen gelten für die Zeit vom 1. April bis zum 31. Dezember 1928 sämtliche Bestimmungen des Vertrages vom März 1925 mit der Maßgabe, daß an Stelle der Reichsrichtzahl (§ 13 Ziffer 3) eine feste Begrenzungsziffer tritt. Diese beträgt für das zweite Kalendervierteljahr 1928 RM. 9.15, für das dritte RM. 8.90, für das vierte RM. 9.35.“

### Das kassenärztliche Prüfungswesen.

Von Sanitätsrat Dr. Scholl, München.

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

(Schluß.)

Kurz will ich noch erwähnen, daß die Auszahlung des Honorars am zweckmäßigsten und aus organisatorischen Gründen durch die kassenärztliche Organisation geschieht und nicht durch die Krankenkassen. Der Kassenarzt muß sich daran gewöhnen, daß seine Stelle die kassenärztliche Organisation ist, genau wie für die Versicherten die Krankenkasse allein zuständig ist. Bei einer Auszahlung durch die kassenärztliche Organisation besteht noch der große Vorteil, daß bestimmte Abzüge vom kassenärztlichen Honorar festgesetzt werden können, aus denen die Kosten für die Verwaltung der Organisation und vor allem alle Beiträge für die ärztlichen Organisationen bestritten werden können. Wenn dieser Abzug prozentual festgesetzt wird, trifft derselbe die hohen Einnahmen am meisten und die geringen am wenigsten, wirkt sich also sozial aus.

Um eine Kontrolle über die ärztliche Tätigkeit ausüben zu können, ist eine genaue Buchführung notwendig. Für die krankheitsgeschichtlichen Aufzeichnungen wird jede Buchführung einen individuellen Spielraum lassen müssen, weil die Bedürfnisse des Praktikers, des Spezialisten und des Gelehrten verschiedenartig sind. Aber für die Kassenpraxis ist es meiner Ansicht nach unbedingt erforderlich, daß möglichst genau Buch geführt

wird im Interesse der Krankenkassen und der Aerzte. Natürlich muß die Buchführung möglichst einfach gestaltet werden, damit die sowieso nicht geringe Schreibarbeit der Kassenärzte nicht noch mehr vermehrt wird auf Kosten einer gründlichen Untersuchung und Behandlung der Kranken. Eine gute Kontrolle ist nur möglich, wenn alle Leistungen des Kassenarztes, seien es Grundleistungen oder Sonderleistungen, täglich in ein Krankenbuch eingetragen werden. Ein gewisser Zwang dazu kann am besten dadurch ausgeübt werden, daß nach Einzelleistungen bezahlt wird — was ja auch innerhalb eines Pauschalhonorars möglich ist — und nicht nach Fällen oder Bons, die für einen oder drei Monate Gültigkeit haben. Wir glauben, in München eine mustergültige Krankenkassenbuchführung in unseren sog. Krankenlisten zu besitzen, die sich seit 25 Jahren sowohl bei großen, wie bei kleinen Krankenkassen bewährt und an vielen Orten Nachahmung gefunden haben. Sie sind sehr einfach und übersichtlich. In diese Krankenbücher wird jede ärztliche Leistung mit einfachen, aber leserlichen Zeichen (Sprechstunde — Besuch — Sonderleistungen mit der betreffenden Nummer der Gebührenordnung) täglich eingetragen. Diese Krankenlisten werden doppelt geführt mittels eines Durchpauseblattes. Das Original wird vierteljährlich an die Verrechnungsstelle der kassenärztlichen Organisation zur Verrechnung und Kontrolle eingeschickt. Die Krankenkassen prüfen vor der Verrechnung die Listen auf die Zugehörigkeit der eingetragenen Personen und am Schlusse der Verrechnung werden die Krankenlisten mit einer genauen Aufstellung des Honorars für den einzelnen Kassenarzt den Krankenkassen zugeschickt und verbleiben in ihrem Besitz. Die Kopie verbleibt in den Händen der Kassenärzte, damit dieselben immer wieder bei Anfragen usw. nachsehen können. Diese Krankenlisten eignen sich auch vorzüglich für statistische Erhebungen gewerbehygienischer und sozialhygienischer Natur, z. B. für Erhebungen über Bleivergiftungen, Tuberkulose usw. Man braucht nur den Kassenärzten in solchen Fällen mitzuteilen, daß die gewünschten Fälle irgendwie kenntlich zu machen sind. Auch bei der Kontrolle der Arbeitsunfähigen leisten diese Krankenlisten einen ausgezeichneten Dienst, da die Kassenärzte angewiesen werden, in jedem Falle von Arbeitsunfähigkeit den Tag des Eintritts und das Ende derselben durch Eintragung eines bestimmten Buchstabens oder Zeichens zu

kennzeichnen. Da zugleich verlangt wird, daß genaue Diagnosen eingetragen werden, da sonst bei Fehlen einer Diagnose der betreffende Fall gestrichen wird, hat man bei dieser Art von Buchführung einen raschen und genauen Ueberblick über die Tätigkeit des einzelnen Kassenarztes. Aerzte, welche mit der Einreichung der Rechnungen ohne genügende Entschuldigung in Verzug sind, erhalten eine Ordnungsstrafe.

In der Kassenpraxis kann man kaum mehr von ärztlicher Kunst sprechen. Alle die Maßnahmen der letzten Zeit, die der allgemeinen Mechanisierung und Typisierung unserer Zeit entsprechen, wie die Errichtung von Ambulatorien, zielen auf den Typ des Großbetriebes ab, der aber nur für gleichgeartete Waren paßt und nicht für Menschen, von denen jeder verschieden ist. Dadurch wird die ärztliche Kunst, und vor allem der Hauptheilfaktor, das Vertrauen zum Arzte, immer mehr untergraben. Da wir aber auf dem Standpunkt stehen, daß ein solches System nicht nur für uns Aerzte, sondern vor allem für die Kranken schädlich und unangebracht ist, müssen wir alles vermeiden, was in dieser Richtung liegt. Wir dürfen nicht, worauf ich immer wieder hingewiesen habe, Bestimmungen treffen, die auf die Mittelmäßigkeit zugestutzt sind und schematisch wirken.

Ich habe schon bemerkt, daß die Bekämpfung des Kassenlöwentums die Bekämpfung des unlauteren Wettbewerbes ist. Der Kassenlöwe ist der geschäftstüchtige Arzt, der sich mit allen Mitteln „Kundschaft“ verschafft. Er lockt die Kranken an sich durch leichtfertige Krankengeldanweisungen, durch Vielverschreiberei und sonstiges Entgegenkommen den Patienten gegenüber. Zur Beurteilung und Verurteilung eines Kassenlöwen darf man nicht nur das Prüfungsergebnis seiner ärztlichen Rechnungen heranziehen, sondern auch seiner Arzneiverordnungen und insbesondere seiner Krankengeldanweisungen. Ein solcher Arzt nützt das Vorrecht, Wohltaten auf fremde Kosten zu erweisen, aus, um Patienten zu fangen. Sein Hauptmotiv ist eben in erster Linie, Geld zu verdienen. Da ist es das einzig Richtige, ihn bei diesen Motiven zu packen durch hohe Geldstrafen, Abstriche vom Honorar und schließlich, wenn alles nichts nützt, durch Ausschluß aus der Kassenpraxis. Ein so gearteter Arzt beginnt schon am Anfang seiner Praxis bei wenigen Fällen mit dieser Art der Tätigkeit. Eine gute Kontrolle wird ihn aber sehr bald herausfinden und durch sofortige liebevolle Annahme seiner Person erziehen oder ausschalten. Es sind immer wieder dieselben Kollegen, die man in den verschiedenen Prüfungsausschüssen zu beanstanden hat. Man lernt sehr bald seine „Pappenheimer“ kennen. Die Hauptsache der Prüfung ist die Erziehung der Aerzte, maßvoll und sinngemäß zu arbeiten. Auffallen wird meist der Kassenlöwe erst, wenn er durch diese seine Tätigkeit eine übergroße Zahl von Patienten an sich gezogen hat und dementsprechend ein auffallend hohes Honorar verdient. Man ver falle aber nicht in den Fehler, dem einzelnen oder der Allgemeinheit vorschreiben zu wollen, wieviel Patienten sie im Monat verarzten dürfen und welches Honorar sie verdienen dürfen. Solche Maßnahmen sind psychologisch falsch und wirken nicht bessernd und erzieherisch, sondern im Gegenteil, sie machen den Sünder nur zu einem Verstockten. Es gibt sicherlich viele Kollegen, die durch ihre fleißige, meist operative Tätigkeit es auch in der Kassenpraxis zu einem verhältnismäßig hohen Honorar bringen. Es wäre doch ganz verfehlt, auch diesen Kollegen einen bestimmten Betrag vorzuschreiben, über den sie nicht verdienen dürfen. Meist müssen ja aus dem Einkommen solcher Kollegen Assistenten und Hilfspersonal bezahlt werden. Wir Aerzte sollten uns freuen, wenn es Kollegen gibt, die gut verdienen, wenn es nur rechtmäßig geschieht. Die gesellschaftliche Einschätzung eines Standes richtet sich auch nach den Verdienstmöglichkeiten desselben. Solange wir einen freien Stand wünschen, darf

dem Einkommen keine künstliche Grenze gesetzt werden. Dafür hat ja auch unser Stand dasselbe Risiko, wie die anderen freien Berufe. Wenn wir dies nicht wollen, dann müssen wir konsequent sein und die Verstaatlichung wenigstens der Kassenärzte wünschen.

Die von allen Seiten verlangte „Rationalisierung der Sozialversicherung“, die auch durch ein Zusammenlegen verschiedener Versicherungseinrichtungen und durch eine Vereinfachung des hypertrophierten Apparates und der ganzen Verwaltung zu erfolgen hat, zwingt uns, wenn wir noch das bißchen Freiheit, das uns noch geblieben ist, erhalten wollen, zu eingreifenden Maßnahmen. Rationalisieren heißt, mit dem geringsten Aufwand an Mitteln die höchste Leistung zu erzielen. Wir Aerzte sehen täglich mit Besorgnis, wie die Sozialversicherung ausgenützt wird. Wir sind uns bewußt, daß wir allein nicht in der Lage sind, einem Mißbrauch durch die Versicherten erfolgreich zu begegnen. Aber wir halten uns für verpflichtet, um das große und segensreiche Werk der Sozialversicherung aufrechtzuerhalten, nach unseren Kräften dazu beizutragen, soweit es im Interesse der Kranken gefordert werden darf, die Gebote wirtschaftlicher Sparsamkeit einzuhalten und gemeinsame Einrichtungen zur Sicherung gegen eine übermäßige Inanspruchnahme der Kassenmittel zu schaffen. Wir sind der Ueberzeugung, daß dann auch ohne jegliches Bedenken das für Versicherte und Aerzte wertvolle und notwendige System der organisierten freien Arztwahl bei allen Krankenkassen im Rahmen der örtlichen Bedarfsdeckung gesetzlich eingeführt werden kann. Aber es muß Aerzten und Krankenkassen die gesetzliche Verpflichtung auferlegt werden, in den kassenärztlichen Verträgen geeignete Prüfungseinrichtungen zu schaffen durch Ausschüsse, die von der kassenärztlichen Vertragspartei gestellt werden. Für die Tätigkeit dieser Ausschüsse sollen Richtlinien maßgebend sein, die der Reichsausschuß für Aerzte und Krankenkassen aufstellt.

Die Aerzteschaft muß verlangen, daß bei einer etwaigen Neuordnung der Sozialversicherung die Spitzenverbände der Aerzte zugezogen werden. Der Vorstand des Hartmannbundes soll bevollmächtigt werden, einen Ausschuß einzusetzen, der Vorschläge über die Gestaltung des Prüfungswesens zur Eingabe an den Reichsausschuß für Aerzte und Krankenkassen ausarbeitet. Zugleich soll der Vorstand beauftragt werden; der Reichsregierung Vorschläge über die Mitarbeit der Aerzteschaft an der Rationalisierung der Sozialversicherung zu unterbreiten.

Wir sind der Meinung, daß wir Aerzte bei der unabwendbaren Rationalisierung der Sozialversicherung auf dem Gebiete, das uns Aerzte betrifft, die Initiative ergreifen sollen, um nicht wieder in eine Abwehrstellung gedrängt zu werden, in der wir viel weniger erreichen, als wenn wir die Führung von vornherein übernehmen. Das scheint mir Realpolitik zu sein.

Herr Ministerialdirektor Dr. Grieser hat auf der 10. Verbandstagung der Deutschen Landkrankenkassen in Dresden am 8. Juni 1928 über: „Die Rationalisierung der deutschen Sozialversicherung“ einen sehr beachtenswerten Vortrag gehalten. Ich will daraus einige Sätze anführen, die uns heute angehen:

„Die Versicherung ist eine Gemeinschaft. Ich sehe in dem Versicherungsbetrieb einen Familienbetrieb, wo jeder in dieser Familie spart, jeder das Familiengut als ein Heiligtum ansieht, aber kein Mitglied sich auf Kosten des anderen einen Vorteil verschafft, wo nicht bloß die Rechte aus der Familie, sondern auch die Pflichten geübt werden. Mit anderen Worten, wo Selbstverantwortung, Selbstdisziplin — aber ich mache keine Ausnahme —, Selbstverantwortung, Selbstdisziplin bei den Versicherten, insonderheit auch bei Aerzten herrscht.“

Weiter sagt er:

„Nun sehe ich die Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft so:

Während der Inflation mußte der Staat darauf bedacht sein, Mittel zu finden, um die Sozialversicherung vor dem völligen Schiffbruch zu bewahren. Rettungsmittel, Rettungsgürtel, Rettungsanker: Das war unsere Arbeit in der Inflation.

Nach der Festigung der Währung war in der Sozialversicherung die Aufgabe gestellt, die Renten nach Grund und Betrag den neuen Verhältnissen anzupassen. Das war die Zeit der Wiedergeburt, das war die Zeit der Erstickung und Kräftigung der Sozialversicherung.

Nun kommt die neue Bauperiode; sie befaßt sich mit der Vereinfachung der Versicherung im Gegenstand, im Aufbau, in den Leistungen. Die neue Bauperiode wird von den Gesichtspunkten des wirtschaftlichen Denkens beherrscht sein müssen; die Grundsätze der Wirtschaftlichkeit, der Rationalisierung; ihre Periode ist angekommen.“

Trotz allem wollen wir hoffen, daß bald eine Zeit kommen wird, in der es gelingt, die soziale Versicherung auf das unbedingte Maß zurückzuschrauben, damit sie nur denen zugute kommt, die sich selbst nicht helfen können. Jetzt beginnt wieder aus politischen Gründen, um die Massen einzufangen, das Rennen um soziale Fürsorge. Die Verarmung unseres Vaterlandes und unsere Feinde werden uns aber dazu zwingen, haltzumachen und die soziale Versicherung auf ein erträgliches Maß zurückzuschrauben. Wir Aerzte wissen, daß es auch im Interesse der Ertüchtigung unseres Volkes und vor allem seines Charakters liegt, dasselbe wieder dahin zu bringen, daß es, soweit als möglich, wieder für sich selbst sorgt und die Tugenden der Selbsthilfe und Selbstverantwortung wieder lernt. Wenn auf der anderen Seite wir Aerzte es hoffentlich bald erreichen, daß wir wieder frei werden von den bürokratischen Fesseln einer ungesunden, ungerechten und unzweckmäßigen Gesetzgebung und in einer Reichsärztekammer die Selbstverwaltung uns erringen in allen ärztlichen Dingen, dann wird es erst recht unsere vornehmste Aufgabe sein müssen, unter unseren Standesgenossen Disziplin aufrechtzuerhalten und sie so zu erziehen, daß der Grundsatz „nil nocere“ nicht nur den Kranken gegenüber gilt, sondern auch den Krankenkassen und ihren eigenen Kollegen gegenüber.

Zur Zeit bleibt uns aber nichts anderes übrig, als uns „auf den Boden der gegebenen Tatsachen zu stellen“ und nach allen unseren Kräften dafür zu sorgen, daß die soziale Gesetzgebung nicht gefährdet wird, da man uns sonst die Verantwortung allein zuschiebt und zum letzten Schritt übergehen wird: zur Verbeamtung der Kassenärzte, so daß es mit unserer Freiheit ein für allemal aus ist. Ein wesentliches Mittel, unsere alte Freiheit wieder zu gewinnen, ist eine wirksame Selbstkontrolle der Kassenärzte. Der Weg zur Freiheit wird nur von einer selbstdisziplinierten, von Gemeinschaftssinnerfüllten und ethisch hochstehenden Ärzteschaft gefunden werden.

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

### Berichtigung.

Bei den Leitsätzen des Herrn Geheimen Medizinalrat Prof. Dr. v. Romberg (München) über die Bekämpfung der Lungentuberkulose auf Grund der jetzigen Anschauung hat sich auf Seite 364, zweiter Absatz von unten, eine Unklarheit eingeschlichen. Der erste Satz dieses Absatzes soll lauten:

Bei einem großen Teil aller ausgesprochenen, wirklich krankmachenden Lungentuberkulosen ist der Beginn durch die Entstehung aus dem akut einsetzenden, schon nach wenigen Wochen vielleicht kavernisierten Frühinfiltrat nicht chronisch, sondern akut meist unter dem Bild einer Grippe mit vorübergehendem Fieber.

## 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.

(Schluß.)

Aus Gründen der Wirtschaftlichkeit wird man auch prüfen müssen, ob nach dem Inkrafttreten der Arbeitslosenversicherung der Uebergang von der Pflichtversicherung des Beschäftigten zur Krankenversicherung des Erwerbslosen nicht anders geregelt werden muß. Sie wissen: Die Mitgliedschaft bei der Krankenkasse schließt ab mit dem Ende der Beschäftigung. Für Erwerbslose hat man im gewissen Sinne eine Ausnahme gemacht. Zwar hört bei ihm auch die Mitgliedschaft auf, aber die Leistungen werden noch erstreckt auf die Zeit der Erwerbslosigkeit. Das war zu einer Zeit, als es noch keine gesetzlich geregelte Erwerbslosenfürsorge und noch kein Gesetz über Arbeitslosenversicherung gab. Um ein Beispiel zu gebrauchen: Wenn in der dritten Woche nach dem Eintritt der Erwerbslosigkeit ein Krankheitsfall eintritt, dann werden sämtliche Leistungen nach dem Arbeitslohn bemessen. Wird der Uebergang anders geregelt, dann tritt eine Veränderung in den Bezügen ein. Jedenfalls ist hier eine Lücke vorhanden, die besser nicht ausgefüllt werden sollte. Man wird diese Lücke ausfüllen müssen.

Ich kann mir vorstellen, daß diese Bindungen, die von mir erwähnten Einschränkungen, nicht allein als eine ideale Lösung erscheinen. Aber man sagt mir, daß diese Vorschläge von der Notwendigkeit eingegeben sind, Beiträge, den Lohn, das Spargulhaben zu schonen, auch eingegeben von einer Sorge, von der Gefahr des Mißbrauens. Solche Maßnahmen können vielleicht ganz oder teilweise entbehrt werden, wenn der wirtschaftliche Geist in der Sozialverwaltung sich zur Geltung bringt. Um ganz deutlich zu werden: Die Versicherung ist eine Gemeinschaft. Ich sehe in dem Versicherungsbetrieb einen Familienbetrieb, wo jeder in dieser Familie spart, jeder das Familiengut als ein Heiligtum ansieht, aber kein Mitglied sich auf Kosten des anderen einen Vorteil verschafft, wo nicht bloß die Rechte aus der Familie, sondern auch die Pflichten geübt werden. Mit anderen Worten, wo Selbstverantwortung, Selbstdisziplin — aber ich mache keine Ausnahme —, Selbstverantwortung, Selbstdisziplin bei den Versicherten, insonderheit auch bei Aerzten herrscht. Das ist der Geist der Wirtschaftlichkeit; diesen könnte ich auf eine Reihe von gesetzlichen Bindungen und Verzichteten beschränken.

Nun die Wirtschaftlichkeit bei den Sachleistungen. Da gibt es auch eine echte Wirtschaftlichkeit. Aber ich glaube, daß hier die Wirtschaftlichkeit nach einer anderen Richtung geht. Die neuen Gesetze, so vielgestaltig sie auch sein mögen, sie haben doch einen inneren Zusammenhang. Vor allem die neuen Gesetze, die Sachleistungen im Auge haben, sie sind erstanden aus der Triebkraft, in ganz bestimmter Richtung hervorgegangen. Es liegen wirtschaftliche Grundsätze vor. Ich darf Ihnen einige Beispiele geben:

Am Anfang schützte die Versicherung nur den Arbeiter für seine Person; man kannte nur den Beschäftigten. Man machte den wirtschaftlichen Fehler, man dachte nicht wirtschaftlich, man sah den Arbeiter nicht als Mensch, man sah den Arbeiter vor allen Dingen nicht in seiner natürlichen Verbindung. Man sah in ihm nicht den Mann der Frau, den Vater der Kinder. Ich möchte sagen: Nach der neuen Sachlichkeit hat man den Arbeiter in der Gesamtheit seiner Personenbeziehung gesehen. Vor dem Kriege versorgten die Krankenkassen nur etwa 4 Millionen Angehörige von Versicherten mit ärztlicher Hilfe, Arznei und Heilmitt-

keln. Heute umfaßt die Familienkrankenpflege aber etwa 14 Millionen Angehörige, und für den Bergmann und Seemann hat das neue Gesetz die Familienkrankenpflege vorgeschrieben. Es ist wohl nur eine Frage der Zeit, und die Familienkrankenpflege wird allgemeine Pflichtleistung werden. Sie sehen: Das wirtschaftliche Denken bestand darin, daß man die Zusammenhänge erkannt und erfaßt hat.

Ein anderes typisches Beispiel: Die Sozialversicherung fertigt den Versicherungsfall nicht bloß mit Geldleistungen ab; sie sieht mehr und mehr den Versicherungsfall in allen seinen Beziehungen, insbesondere in seiner Ursache und in seiner Wirkung. Auch eine Auffassung, eingegeben von der neuen Sachlichkeit, von der Wirtschaftlichkeit im Denken und Handeln auf dem Gebiete der Sozialversicherung. Sie werden mir recht geben: Es wäre eine ganz primitive, wenn nicht zu sagen eine rohe Form von Krankenversicherung, die nur in der Richtung gegeben würde, und sie wäre eine Verkennung wirtschaftlicher Art, wenn sie nur die Ereignisse kennt, nicht aber seine Ursachen und Wirkungen. Und deshalb auch als Grundsatz in der deutschen Sozialversicherung die zweckvolle, sinnvolle Verbindung von Sachleistungen mit Geldleistungen. In den Sachleistungen begegnet die Versicherung im voraus dem Eintritt des Versicherungsfalles durch vorbeugende Heilverfahren in der Krankenkasse, Invaliditäts- und Angestelltenversicherung; durch Regelung des Arbeitsmarktes in der Arbeitslosenversicherung; durch Unfallverhütung und Betriebsschutz in der Unfallversicherung. Und ist der Versicherungsfall eingetreten, dann herrscht die Sozialversicherung und mildert wenigstens die Wirkungen, die aus dem Versicherungsfalle hervorgegangen sind. Ich erwähne: Genesendensfürsorge bei den Krankenkassen, Arbeitsbeschaffung bei den Arbeitsämtern, die Berufsfürsorge bei den Berufsgenossenschaften; dann das Wiederherstellungs-Heilverfahren in der Invaliden- und Angestelltenversicherung. Darin zeigt sich die Ueberlegung des deutschen Rechtes. Da wirkt sich grundsätzlich das wirtschaftliche Denken in der deutschen Sozialversicherung aus.

Ich befürchte, die Aufhebung oder Beschränkung dieser Verbindung von Sachleistungen mit Geldleistungen wäre einer der verhängnisvollsten Fehler, die wir machen können. Um deutlicher zu werden: Die Unfallversicherung wird unfruchtbar, sie wird unwirtschaftlich, wenn ihr das Recht auf die Unfallverhütung genommen wird. Die Krankenversicherung, die Invaliditätsversicherung wird unfruchtbar und unwirtschaftlich, wenn nicht von der Sachleistung die beherrschende Stellung eingenommen wird.

Hier darf ich in diesem Zusammenhang auf eines aufmerksam machen: Bisher waren es in der Hauptsache die Tuberkulose und die Geschlechtskrankheiten, die den Gegenstand der vorbeugenden Sachleistungen bildeten. Maßgebend war oft der Gesichtspunkt, daß Seuchen weit verbreitet sind, und dann lag die hohe Sterblichkeitsziffer bei Tuberkulose vor.

Nun ist aber bei einer Gruppe von Krankheiten ein neuer Maßstab angelegt worden: bei der Gruppe der Rheumaerkrankungen, Erkrankungen, die kaum merklich beginnen, aber schleichend sich weiter entwickeln und schließlich zu einer langfristigen Arbeitsunfähigkeit oder zu frühzeitiger Invalidität führen. Hätte man eine Krankenstatistik, so — glaube ich — würde sich ergeben, daß die wirtschaftlichen Nachteile, die den Versicherungsträgern, den Krankenkassen, wegen der Rheumaerkrankungen entstehen, viel höher sind als die Aufwendungen für andere Volkskrankheiten. Deshalb hat man gerade der Erforschung des Rheumas und seiner Begriffe in der letzten Zeit besondere Aufmerksamkeit zugewandt. Die Bewegung hat ihren Aus-

gangspunkt in England genommen; sie ist nach Deutschland übergesprungen. Es ist erfreulich, daß gerade die Rheumaerkrankungen besonderer Gegenstand für die Untersuchungen und ein besonderer Gegenstand der Fürsorge für die Kranken und für die Versicherten allgemein geworden ist.

Auch die Konzernbildung ist der Sozialversicherung nicht fremd. Es werden zur Zeit Betriebspläne ausgearbeitet für das Zusammenwirken der Versicherungsträger untereinander und für die Gemeinschaftsarbeit für die Träger der öffentlichen und der freien Wohlfahrtspflege. Dabei bildet die Krankenversicherung den Unterbau. Ihre Leistungen gehen nach 26 Wochen entweder in Rente der Invalidenversicherung oder Rente der Unfallversicherung über. Die Leistungen vollenden sich in der Hinterbliebenenfürsorge. Die Richtlinien über die Gesundheitsfürsorge, die dem Reichsrat vorliegen, haben auch dem alten Reichstag vorgelegen; diese machten nun den Versuch, die Krankenkassen mit den Landesversicherungsanstalten zu verbinden zur Bekämpfung von Volksseuchen, zunächst von Tuberkulose und Geschlechtskrankheiten, dann aber auch der Rheumaerkrankungen. Dabei ist etwa die Teilung gedacht: Die kurzfristige Leistung bleibt bei den Krankenkassen, die langfristigen Leistungen gehen auf die Versicherungsanstalten über. In dieser Verbindung sehe ich Ansätze über eine noch weitergehende Verzahnung zwischen Krankenkassen und Versicherungsanstalten.

Auf der anderen Seite befassen wir uns im Augenblick mit der Frage, ob auch kleine und kleinste Betriebe in die Unfallversicherung aufgenommen werden können. Es handelt sich rechtspolitisch um die Frage, ob bei dem kleinen und kleinsten Betriebe die Arbeitnehmer oder Arbeitgeber die Gefahr des Unfalles tragen. Wenn nun diese Frage bejaht wird zugunsten der Entschädigung bei bloßem Zusammenhang mit dem Betriebe, dann kommt die große technische Frage, ob die Kapazität der Berufsgenossenschaften zur Aufnahme der kleinen und kleinsten Betriebe ausreicht? Es taucht die technisch-wirtschaftliche Frage auf, ob Gliederung nach Berufen oder Gliederung nach kleinen oder kleinsten Betrieben stattfinden soll. Ich spreche nicht von den mittleren und größten Betrieben, ob man da die Gliederung nach dem Beruf, also die fachliche Unfallversicherung, oder die örtliche und bezirkliche Versicherung wählen würde.

Die Stellung und die Verfassung der Landesversicherungsanstalten tritt jetzt immer stärker in den Vordergrund des Interesses. Auf der einen Seite wird sie bestrahlt von seiten der Krankenkassen her wegen der Arbeitsgemeinschaft bei den Sachleistungen, sie wird auch von der anderen Seite belichtet und bestrahlt vom Standpunkt der Unfallversicherung. Es gehört zu den technisch-wirtschaftlichen Fragen, wie diese Arbeitsgemeinschaft eine zweckmäßige wirtschaftliche Verfassung erhalten kann. Mir kommt es darauf an, daß die Versicherungsträger sich immer mehr als Glieder desselben Versicherungskörpers fühlen. Wenn ich vorhin sagte, daß der Arbeiter in seinen natürlichen Beziehungen der Versicherungsfälle, in der Ursache und in der Wirkung zu sehen ist, dann sehe ich jetzt die Versicherungsträger im Zusammenhang mit anderen Trägern der Versicherung und mit den Trägern der öffentlichen und der freien Wohlfahrtspflege, zur Förderung der gemeinsamen Zwecke. In der Gesundheitsfürsorge sollen sich die Versicherungsträger mit der öffentlichen und freien Wohlfahrtspflege verbinden, auch mit den Gesundheitsbehörden des Staates und der Gemeinden, mit der Ärzteschaft und den anderen beteiligten Stellen. Die Form der Verfassung wäre: Arbeitsgemeinschaft, Zweckverband, enge Vereinigung; Sie können sie auch Konzerne nennen, um in der Sprache

der Sachlichkeit zu sprechen. Jedenfalls wäre das Ziel die Erreichung einer zusammengefaßten und planmäßigen Gesundheitsfürsorge, aber unbeschadet der besonderen Aufgabe der einzelnen Glieder.

Nun sehe ich die Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft so:

Während der Inflation mußte der Staat darauf bedacht sein, Mittel zu finden, um die Sozialversicherung vor dem völligen Schiffbruch zu bewahren. Rettungsmittel, Rettungsgürtel, Rettungsanker: Das war unsere Arbeit in der Inflation.

Nach Festigung der Währung war in der Sozialversicherung die Aufgabe gestellt, die Renten nach Grund und Betrag den neuen Verhältnissen anzupassen. Das war die Zeit der Wiedergeburt, das war die Zeit der Erstarkung und Kräftigung der Sozialversicherung.

Nun kommt die neue Bauperiode; sie befaßt sich mit der Vereinfachung der Versicherung im Gegenstand, im Aufbau, in den Leistungen. Die neue Bauperiode wird von den Gesichtspunkten des wirtschaftlichen Denkens beherrscht sein müssen; die Grundsätze der Wirtschaftlichkeit, der Rationalisierung; ihre Periode ist angekommen.

Ich denke nicht an eine Verschmelzung; aber ich denke an eine Vereinfachung, an eine Zusammenfassung aller Kräfte, unbeschadet ihrer besonderen Eigenart. Eine Zusammenfassung der Kräfte zu einer Einheit, ein Aufgebot aller Kräfte für den Krieg gegen jegliche Uebel. Wenn Sie wollen, dann eine der Natur dieser Uebel, die bekriegt werden sollen, entsprechende Verfassung, Einteilung der Kampfkräfte, Bewaffung und Ausrüstung dieser Kräfte, aber in dem richtigen Verhältnis der Kräfte untereinander, und vor allen Dingen auch im richtigen Verhältnis zur Wirtschaft. Dabei wird der Verband der Versicherungsträger, werden die Verbände der Krankenkassen und Versicherungsanstalten besondere Aufgaben zu erfüllen haben. Die Dinge liegen heute so: Die Verbände der Versicherungsträger haben auf ihre Mitglieder Einfluß auf den Geist, auf die Geschäftsführung, auf die Wirtschaftsführung in einem Maße, hinter dem die Aufsichtsbehörde zurückbleibt. Ich will nicht etwa diese Entwicklung verurteilen.

Die Frage wird nun vielleicht sein, wie die Grundsätze des wirtschaftlichen Denkens in die Versicherungsträger hineinzutragen sind. Vielleicht wird es sich empfehlen, die Verfassung der Verbände auf das Gebiet des öffentlichen Rechts zu stellen. Es ist dies eine Frage, mit der wir uns in absehbarer Zeit werden befassen müssen.

Nun zum Schluß. Ich kenne die Gegensätze in der Sozialversicherung. Ich weiß: Der Arbeitgeber ist geneigt, bei der Sozialversicherung mehr auf die Aus-

gaben zu sehen. Das ist sein gutes Recht. Er betont also die Wirtschaftlichkeit. Dagegen gibt es Versicherte, die aus der Sozialversicherung alles das zurück haben möchten, was sie hineinbezahlt haben. Es gibt sogar Versicherte, die ein halbes Jahr lang Beiträge bezahlen und dann glauben, für ein halbes Jahr Sachleistungen beanspruchen zu können. Wenn diese Auffassung allgemein wird, dann ist es der Anfang vom Ende der Sozialversicherung. Das ist ein Verstoß gegen den Geist der Solidarität. Aber ich will das nicht an sich verurteilen. Reibungen innerhalb der Sozialversicherung sind eine natürliche Erscheinung. Aus der Reibung entsteht der Fortschritt. Wir können doch nur gehen, weil sich der Fuß am Boden reibt. Der Eisenbahnzug bewegt sich nur deshalb, weil die Räder sich an den Schienen reiben. Das Schiff bewegt sich deshalb, weil die Räder sich im Wasser reiben. Die Reibung als solche ist keine Krankheit; sie ist eine natürliche Erscheinung. Die Gegensätze sind notwendig; wir wünschen nur, daß sie sich in der Einheit wieder auflösen.

Wenn sie nun dafür Ratgeber haben wollen, so empfehle ich Ihnen drei solcher Ratgeber: Einmal den Nationalökonom. Dieser vergleicht die sozialen Bedürfnisse mit der wirtschaftlichen Möglichkeit und bringt beide in ein angemessenes Verhältnis. Zweitens den Sozialhygieniker. Dieser sieht den Hauptwert, den wichtigsten wirtschaftlichen Teil, in den Sachleistungen; er stellt die Sachleistungen über die Geldleistungen. Drittens lassen Sie auch den Ethiker zu Worte kommen. Er sieht in der Sozialversicherung nicht bloß eine leibliche, körperliche Sorge. Er sieht in der Sozialversicherung auch eine Kraft anderer Art. Er spielt die Sozialversicherung in das Gebiet der sittlichen Weltordnung hinüber.

Also der Nationalökonom gibt die Bedingungen für die Entstehung und die Wirksamkeit der Sozialversicherung. Der Sozialhygieniker sieht das höchste Ziel und der Ethiker den tiefsten Grund.

Deutschland ist arm an Rohstoffen; jedenfalls arm im Verhältnis zu anderen Ländern. Wir haben im wesentlichen nur die Arbeitskraft; die Arbeitskraft ist unser einziges ererbtes Gut. Deshalb glaube ich, daß bei dieser Verfassung des deutschen Volkes und der deutschen Wirtschaft ein Deutschland ohne eine Sozialversicherung nicht möglich ist. Die Sozialversicherung ist eine Lebensnotwendigkeit für die Erhaltung und Stärkung der Arbeitskraft, aber unter gleichzeitiger Pflege von Arbeitslust und von Arbeitswillen, eine unentbehrliche Einrichtung zur Erhaltung der Wirtschaft. Wir müssen die Sozialversicherung so auffassen. Dann ist es Rationalisierung im wahrsten Sinne des Wortes, nämlich in der Kunst, die mit dem Geist den Stoff bündigt. („Die Deutsche Landkrankenkasse“ 1928/12.)

# Zugelassen

bei den

bayerischen

Krankenkassen!

# Cholaktol

Ol. menth. pip.  
von besonderer Rein-  
heit, in fester, haltbarer  
Form und genauer Dosierung.

Bei **Gallensteinleiden**  
und **Lebererkrankungen.**

Dr. Ivo Deiglmayr Chem. Fabrik, München 25

## Gedanken zur Listenprüfung und ihrem Ausbau.

Von Sanitätsrat Dr. Neger, München.

Im laufenden Jahre werden in Bayern in den Aemtern innerhalb der Berufsorganisation und ihren einzelnen Sparten voraussichtlich auf Grund des neuen Wahlmodus weitgehende Veränderungen eintreten; eine Reihe von neuen Männern werden mit der Leitung der Geschäfte betraut, und vor allem auf dem Gebiete der Listenprüfung je nach dem Ausfall der Wahl wird sich dies geltend machen. Das ist in mancher Hinsicht zu begrüßen. Jede Kommissionsarbeit, wenn sie lange Zeit geübt wird, gerät in die Gefahr der Erstarrung, und neue Männer und Ansichten können Gutes wirken, vorausgesetzt, daß das, was in jahrelanger, hingebender und ehrlicher Arbeit Gutes geschaffen worden ist, die verdiente Beachtung findet und frische Kraft auf den Erfahrungen aufbaut. So fällt denn in die jetzige Zeit überall da, wo die für die Durchführung der freien Arztwahl unentbehrlichen Prüfungsstellen im Sinne des KLB. bestehen, der Abschluß einer Epoche. Da verlohnt es sich, Rückschau und Ausschau zu halten. Rückschau, was bisher erreicht ist; in diesem Sinne waren die Ausführungen in Nr. 12 des Bayer. Aerztl. Correspondenzblattes gedacht, welchen die Münchener Verhältnisse und Einrichtungen zugrunde lagen. Aus Zuschriften ist zu ersehen, daß das, was ich darin über die Münchener Arbeit berichtet habe, auch über die weiß-blauen Grenzpfähle hinaus Beachtung gefunden hat. Da es aber auch hier keinen Stillstand geben darf, ist nötig, Ausschau zu halten, wo und nach welcher Richtung auf Grund der genannten Erfahrungen ein weiterer Ausbau notwendig und möglich ist. Hier soll unter Verwertung der in unserer Erinnerung festhaftenden Beobachtungen, ohne Anspruch auf Vollständigkeit zu erheben, auf einige wichtige Punkte hingewiesen werden, durch welche die Erfüllung der Forderung nach Verteilung des von den Kassen gezahlten Honorars nach Leistung und Gerechtigkeit zur Zeit noch beeinträchtigt ist.

### I. Der „Kommissionsbeschluß“.

Wie es in kleinen, gut übersehbaren Arbeitsbereichen aussieht, entzieht sich meiner Kenntnis. In größeren Bezirken, besonders in Großstädten, muß, um eine Ueberflutung mit vorwiegend mechanischen, sich häufig wiederholenden Leistungen, wie Massage, Elektrizität, Höhensonne usw., zu verhindern, eine Barriere aufgestellt werden, d. h. die betreffenden Leistungen dürfen nur nach Genehmigung der hierfür eingesetzten Kommission verrechnet werden, dies wird bei uns mit Kommissionsbeschluß bezeichnet. Aber so, wie er bei uns durchgeführt wird, stellt er im wesentlichen nur eine bureaukratische Erschwerung dar. Man hofft, oder vielmehr man hat bei der Einführung vor Jahren gehofft, daß sich viele durch die damit verbundenen Unbequemlichkeiten und Schreibereien, auch durch Imponderabilien anderer Art davon abhalten lassen, einen KB. einzuholen, daß die Ansprüche überhaupt gedämpft werden, und daß dadurch Geld gespart wird. Das hat sich aber nur zum Teil erfüllt. Denn Teile der Aerzte, welche mit gar keinem oder wenigen Anträgen sich eine gewisse Prädigkeit bewahrt haben, steht eine erhebliche Zahl gegenüber, die alle Schüchternheit verloren haben und planmäßig als ihr gutes Recht diese Institution zur Erhöhung ihrer Bezüge benutzen. Das geht technisch um so leichter, wenn die Anträge geschäftsmäßig durch die Schreibhilfe gestellt werden, der Arzt nur zu unterschreiben braucht.

Man beobachtet, daß immer wieder die gleichen Namen wiederkehren, zumal bei elektrischer Behandlung, Höhensonne, Massage, intravenösen Einspritzun-

gen, Diathermie, Röntgen usw. Die Apparate sind da, müssen also doch verwertet werden. Gelegentlich von Nachuntersuchungen sieht man dann, mit welchem unbegrenztem Vertrauen manche Kollegen der Wirksamkeit ihrer Apparate gegenüberstehen. Wenn man bedenkt, daß eine Nachprüfung, wo die absolute Notwendigkeit aufhört und die persönlichen Wünsche des antragfreudigen Kollegen beginnen, in weitaus den meisten Fällen nur auf eine schriftliche Begründung hin geschieht und nur in seltenen Ausnahmen durch persönliche Nachuntersuchung vertieft wird; wenn man weiter bedenkt, daß bei der ungeheuren Zahl des täglichen Einlaufs beim Vorsitzenden der Prüfungsstelle, dem begutachtenden Röntgenologen usw. diese sich nur in den seltensten Fällen ein einwandfreies Urteil von der subjektiv begründeten Notwendigkeit der Einzel- und Massenansprüche auch bei voller persönlicher Hingabe und trotz der vorhandenen Richtlinien machen können, so scheint mir der praktische Wert dieser Kommissionsbeschlüsse in bezug auf die Wahrung der Gerechtigkeit ein sehr fraglicher, jedenfalls unzulänglicher zu sein.

Geradezu gefährlich wird der sogenannte Kommissionsbeschluß, wenn die Kassen sich die Genehmigung vorbehalten und die Entscheidung von nichtärztlichen Verwaltungsmitgliedern, die ja gar nicht anders als „ja“ sagen können, getroffen wird, oder wenn ein Arzt eben mit Hilfe dieser — formal uneinschränkbar — privilegierten Tätigkeit seine Kopfkosten über den Durchschnitt hinaus ganz erheblich erhöht und man dann bei der Listenprüfung gar nichts machen kann, zum Schaden der Allgemeinheit, es liegen ja genehmigte Leistungen vor.

Hier kann nur entweder häufiger Gebrauch der Nachuntersuchungen helfen — das wird sich aber nicht in genügendem Maße durchführen lassen —, oder man muß sich die Erfahrungen bei der Honorar-Kontrollkommission und Arzneimittelprüfung zunutze machen. Wie bei diesen Kommissionen werden auch bei der Durchführung der Kommissionsbeschlüsse gewisse Namen, gewisse Physiognomien immer wiederkehren bzw. auffallen. Eine meines Wissens schon geübte regelmäßige Evidenzhaltung durch regelmäßige Eintragung im Bureau — von dem vielgeplagten Kommissionsvorsitzenden kann man diese Arbeit nicht verlangen — läßt ohne weiteres erkennen, wo Ueberarbeit nach einer bestimmten Richtung hin vorliegt. Diese dadurch gewonnenen Einblicke müssen dann bei der Entscheidung über immer wiederkehrende Anträge zu häufiger Nachuntersuchung Veranlassung geben, eventuell zur Ablehnung bzw. Mahnung verwendet werden.

Bei bescheidenen Kollegen kann man auch im Zweifelsfalle gerne ein Auge zudrücken, bei den industriell eingestellten Aerzten mit Unternehmercharakter muß scharf zugegriffen werden.

Charakteristisch ist für diese Industrialisierung bzw. ihre Entwicklungsgeschichte die im Laufe der Jahre immer wieder gemachte Beobachtung: Durch viele Anträge auf Höhensonne, Heißluft, Diathermie usw. tritt eine persönliche Ueberlastung der betreffenden Aerzte ein, deshalb wird eine Sprechstundenhilfe nötig, dadurch Vergrößerung des Betriebes und Erhöhung der Durchschnittskosten. Bei Mahnung zur Zurückhaltung erfolgt Hinweis auf hohe Werbekosten.

### II. Listenkontrolle.

Wenn auch durch die bisherige Arbeit der Listenprüfungsstellen eine gewisse Grundlage für die objektive Beurteilung der Arbeit gewonnen worden ist, so ist doch die Arbeit in den einzelnen Gruppen und Unterabteilungen deshalb keine ganz gleichwertige, kann sie auch nicht sein, da je nach der individuellen schar-

## 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.

## INSERATE

finden

weiteste Verbreitung

im

Bayerischen Aerztlichen

Correspondenzblatt.

# Dolorsan

Jod organisch an Camphor u. Rosmarinöl sowie an  $NH_3$  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**

# 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.*

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

## Gesunde Füße!

Von Dr. V. Hähnlein, Dresden.

80 S. 8°. Mit 30 Abb., 5 Tafeln. RM 3.—, geb. RM 4.—.

Drei bedeutungsvolle Gründe sind es, die das Erscheinen dieses Büchleins gera dezu zu einer Notwendigkeit machen  
Einmal die ungeheuere Verbreitung von Fussleiden. Findet man doch unter den Kulturvölkern kaum noch einen Menschen,  
der wirklich gesunde und normale Füße hat. Der Senk-, Schweiß- oder Ballenfuss ist heute — wie etwa die Brille —  
schon zum regelmässigen Merkmal des Arbeitsmenschen geworden. Zweitens steht trotz der ungeheueren Verbreitung  
von Fussleiden die Bevölkerung der Fusspflege mit geradezu sträflicher Gleichgültigkeit gegenüber. Bis weit hinauf in  
die Kreise der Gebildeten wird die primitivste Reinhaltung des Fusses gröblich vernachlässigt. Die „Behandlung“ des  
erkrankten Fusses überlässt man Friseuren, Hühneraugenschneidern und Profitjägern. Und ganz in Widerspruch zu diesen  
Erscheinungen ist ein gesunder Fuss für die Berufsarbeit heute wichtiger und notwendiger denn je, werden doch die  
meisten Berufe im Stehen und Gehen ausgeübt.

In klaren, einfachen Schilderungen, unterstützt von geeigneten Illustrationen, zeigt das Buch „Gesunde Füße!“ den  
kunstvollen Aufbau des menschlichen Fusses und seine Funktionen. Es berichtet über die Untugenden unseres Ganges,  
bespricht eine vernünftige Fussbekleidung und Fusspflege und bringt endlich alles, was der Laie über Fussleiden und  
ihre Behandlung wissen muss.

## Die Herzleiden, ihre Ursachen und Bekämpfung.

36.—37.  
Auflage

Von Dr. O. Burwinkel, Bad Nauheim.

Preis RM 2.—, geb. RM 3.—.

Das volkstümlich und gemeinverständlich gehaltene Buch liegt wiederum in neuer, durchgesehener Auflage vor, um  
in gesundheitlicher Hinsicht aufklärend und erzieherisch zu wirken; es ist eines der wenigen, guten, volkstümlichen  
Bücher, die man jedem Patienten ruhig und mit Nutzen in die Hand geben kann. Der fachkundige Verfasser, Kurarzt  
in Bad Nauheim, behandelt die Verbreitung und Behandlung von Herzkrankheiten, die Art, Ursachen, Folgezustände  
und Heilbarkeit der Kreislaufkrankungen, angeborene Herzfehler, Herzverletzungen, nervöse Herzleiden usw. Die hohe  
Auflagenzahl ist der beste Beweis dafür, wie viele Freunde sich die flüssig geschriebene Darstellung von Dr. Burwinkel  
bereits erworben hat, sie verdient auch weiterhin die weiteste Verbreitung.

fen oder weniger scharfen Einstellung; je nach der individuellen Entschlußfreudigkeit und Festigkeit, je nach der persönlichen Hingabe an die technische Erreichung der bestmöglichen Grundlage für die Beurteilung im einzelnen ein großer Spielraum des Ermessens bleibt. Beispiel (eins für viele):

Einer der meistbeschäftigten Aerzte hat im Quartal bei der Ortskrankenkasse bis fast  $1\frac{1}{2}$  Tausend Kranke bewältigt und dabei trotzdem den Durchschnitt weit übersteigende Kopfkosten verrechnet. Wird bei der Prüfung sein Durchschnitt für Kopfkosten aus irgendwelchen Erwägungen oder Gefühlen wesentlich — bei so hohen Patientenzahlen machen schon Bruchteile soviel aus, wie andere Kollegen überhaupt im Quartal beziehen — über den allgemeinen Durchschnitt belassen, so geschieht dies, wenn nicht besondere Umstände aus den Listen ersichtlich sind, zu Unrecht und zum Schaden der anderen Kollegen. Denn der allgemeine Durchschnitt — d. h. die Kosten des „Durchschnittsarztes“ und pro Fall — errechnet sich doch im wesentlichen aus den Kopfkosten derjenigen Aerzte mit weniger Kranken und naturgemäß größerer Zahl von Leistungen und derjenigen Aerzte mit vielen Kranken.

Abhilfe: Mag es der Vorsitzende der Honorarkontrollkommission sein oder ein anderer, es ist zur Ueberprüfung des gesamten Materials ein Superarbitrium, eventuell eine kleine Kommission nötig, um erhebliche Divergenzen in der Beurteilung zu vermeiden, hier die Kollegen vor zu strenger Beurteilung zu schützen, dort die Allgemeinheit vor zu laxer Einstellung.

Eine wichtige Frage, auf welche bei den Verhandlungen mit unseren Vertragspartnern, den Kassen, immer wieder mit schneidender Schärfe hingewiesen wird, und bei der es uns Aerzvertretern nie recht wohl ist, ist die Frage der überbeschäftigten Aerzte, der sogenannten „Kassenlöwen“. Sie muß endlich im Interesse unseres Ansehens in Angriff genommen und zu einem positiven Abschluß gebracht werden, da sich herausgestellt hat, daß mit der bisher geübten Listenkontrolle in dieser Richtung nichts erreicht wurde.

Ueber die Grenze des Kassenlöwentums, über die Auswirkung dieser Art von „Spitzenleistungen“ auf die Durchführung der sozialen Gesetzgebung ist schon so viel geschrieben worden, daß ich mich einer Aussprache darüber enthalten und die Notwendigkeit einer endlichen Remedur an einem besonders bemerkenswerten Fall beweisen möchte.

Ein junger Arzt, seit wenigen Jahren in Tätigkeit, hat weit über 1000 Fälle bei der Ortskrankenkasse allein in einem Quartal, dabei noch im entsprechenden Verhältnis die anderen Kassen, dazu ist er in einer fixierten Stellung, verfügt auch über eine bemerkenswerte Privatpraxis. Nach dem, was ich weiß, kommen allermindestens im Quartal (auf Beratungen verrechnet, also für die Leistungen, welche für gewöhnlich die geringste Zeit in Anspruch nehmen) 10000 Beratungen heraus, das sind im Monat durchschnittlich 3300 Beratungen, im Tag mindestens 100 Beratungen. Dabei muß sich doch in vielen Fällen der Kranke an- und ausziehen, um nur einiges Wichtige herauszugreifen, dabei sollen die heute so wichtigen und weitgehenden Entscheidungen getroffen werden: liegt hier nun ein einfacher Katarrh vor oder die ersten Anfänge einer beginnenden Tuberkulose, hat man eine Neurasthenie sui generis vor sich oder ist sie durch ein Grundleiden zu erklären. Bei Herzstörungen, bei Nierenerkrankungen nimmt die exakte Abgrenzung der verschiedenen Ursachen und Erscheinungsformen auch viel Zeit in Anspruch; dann müssen die Ergebnisse der Untersuchung zur Entscheidung verdichtet werden über die Arbeitsfähigkeit bzw.

Arbeitsunfähigkeit, und endlich besteht die Therapie beim Kassenkranken auch nicht nur in der Verordnung eines bereits in Massen herausgeschriebenen Rezeptes bzw. in der Befriedigung des Rezeptphlegers der großen Masse. Wenn die oben zahlenmäßig angegebene Arbeit physisch überhaupt geleistet werden kann, so wird durch die große Zahl der Kranken die Beschäftigung mit dem einzelnen auf eine so kurze Zeit eingengt, daß der einzelne Kranke unmöglich auf seine Rechnung kommen kann und daß die Interessen der Kassen auch nicht allenthalben gewahrt werden können.

Ich weiß mich einig mit vielen Kollegen, daß nur das Vorhandensein eines einzigen Falles — es sind aber deren nicht wenige, wenn auch graduell verschiedenen — zur Abhilfe drängt, denn die von den Versicherten bzw. Arbeitgebern aufgebracht, an die Kassen ausbezahlten Mittel sollen doch nur für wertvolle Leistungen Verwendung finden.

Wie kann hier Abhilfe geschaffen werden?

An manchen Orten ist man von der Annahme ausgegangen, daß der Wert der kassenärztlichen Tätigkeit — besonders zu qualifizierende und fachärztlich operative Tätigkeit scheidet aus, weil für sie so große Zahlen nicht in Betracht kommen, für sie müssen andere Sicherungsmaßnahmen geschaffen werden, siehe oben bei „Kommissionsbeschluß“ — da seine Grenze findet, wo die Zahl der Leistungen eine sorgsame Behandlung und Durchführung der kassenärztlichen Pflichten nicht mehr zuläßt. Diese Grenzzahlen werden von den einzelnen Vereinen festgesetzt; was darüber hinausgeht, wird nicht mehr bezahlt, oder es werden bei zunehmender Zahl der Behandelten staffelförmig abnehmende Kopfkosten gewährt.

Diese Art ist sehr bequem; die Rechnung ist einfach. Ein Teil der mühevollen Prüfungsarbeit entfällt; für die Durchführung trägt die Gesamtheit der Aerzte, die den Beschluß gefaßt haben, die Verantwortung. Alle die unangenehmen Einzelkämpfe, die zwischen den Prüfungsstellen und den einzelnen Aerzten sich oft stundenlang hinziehen, fallen weg.

Aber es ist ein starres System, und es steht im Gegensatz zu den Anschauungen derjenigen, welche unter allen Umständen auch in diesen Kassenlöwenfragen an der individuellen Beurteilung der Liste und der Persönlichkeit des Arztes festhalten wollen und die als notwendig erkannte Aenderung auch im Rahmen der bisherigen Prüfungsart für möglich und erfolgversprechend halten.

Sie stellen sich die Durchführung folgendermaßen vor:

Die anderwärts mechanisch festgelegte Grenze soll hier jedesmal und von Fall zu Fall durch die Listenprüfungsstelle gezogen werden; der Aufgabenkreis der Prüfungsstelle (Organ des KLB!) wird dahin erweitert, daß sich die Prüfung nicht nur auf das Formale und die Frage der Ueberarztung in den einzelnen Behandlungsfällen und im Gesamtbild, das im gegebenen Falle der betreffende Arzt bietet, erstreckt. Sie hat bei den Aerzten mit sehr großer Tätigkeit auf Grund einer sorgfältigen Einsichtnahme und Bewertung der Fälle auch die Frage zu entscheiden, ob die darin verrechneten Leistungen in Uebereinstimmung gebracht werden können mit dem, was der Arzt — nicht physisch (das hat er mit sich selbst abzumachen), aber nach allgemeingültigen Anschauungen von der ärztlichen Gewissenhaftigkeit, von der Reichweite der ärztlichen Arbeit auf sozialem Gebiete — zu leisten vermag. Man wird bei der verschiedenen Leistungsfähigkeit in körperlicher Hinsicht, Veranlagung zur praktischen Tätigkeit, organisatorischen Befähigung nicht engherzig urteilen, aber über eine gewisse Grenze hinaus hört



eben, der innere Wert der Leistung auf. Die Entscheidung wird von den Prüfungsärzten der betreffenden Aerztegruppe gemeinsam gefällt, der eventuelle Abstrich bzw. die richtige Bewertung der Leistung geschieht nach ihrem Votum. Aber wenn wir unsere Kollegen vor dem Schicksal der mechanischen Beschränkung bewahren wollen, dann ist auch mit der neuen Belastung und erhöhten Verantwortung die Stärkung der Position der Prüfungsstelle notwendig.

Die Kollegen haben die Möglichkeit, in den neuen Wahlen diejenigen in die Prüfungsstelle zu wählen, denen sie Vertrauen schenken.

Es muß dann die von denselben gefällte Entscheidung als solche auch anerkannt werden und das die Arbeit der Prüfungsstelle außerordentlich belastende Nörgeln und Feilschen über die Höhe des Abstrichs aufhören. Gegen die einmal auf Grund der Sachlage getroffene Entscheidung gibt es keinen Widerspruch als die Berufung zum Einigungsausschuß. Möge dem einen oder anderen Wege gelingen, endlich einem Zustand ein Ende zu bereiten, der des ärztlichen Standes unwürdig ist, unnötige Reibungsflächen schafft, die Durchführung der sozialen Einrichtung erschwert, auch im Interesse mancher anfangenden Kollegen, die darben, während andere für unsachgemäße Arbeit unverhältnismäßig hohen Verdienstes sich erfreuen.

### Tuberkulosefortbildungskursus in Scheidegg.

In der Prinzregent-Luitpold-Kinderheilstätte in Scheidegg (Algäu) findet unter Leitung von Direktor Dr. Klare in der Zeit vom 27. August bis 1. September dieses Jahres ein Fortbildungskursus über die Diagnose und Therapie der Tuberkulose (unter besonderer Berücksichtigung der kindlichen Tuberkulose) statt. Einschreibgebühr 10 RM., Unterkunft und Verpflegung im Ort Scheidegg 5 RM.

Die Landesversicherungsanstalt Oberbayern, München, Holbeinstraße 11, ist bereit, auf Ansuchen den im öffentlichen Fürsorgedienst (Kinder- und Lungenfürsorge) stehenden Aerzten in Oberbayern einen Zuschuß bis zu 80 RM. für die Teilnahme an diesem Fortbildungskursus zu gewähren.

Der Vorstand: gez. Carl.

### Rechenschaftsbericht

des Vereins zur Unterstützung invalider hilfsbedürftiger Aerzte und notleidender hinterbliebener Aerztfamilien in Bayern für das 62. Verwaltungsjahr 1927.

#### A. Bericht der Hauptkasse:

Im abgelaufenen Geschäftsjahr wurden 80 Kollegen unterstützt mit einer Gesamtsumme von RM. 91012.50. Die auf dem Aerztetag in Lindau auf Grund der Erfahrungen des 1. Halbjahres geäußerte Befürchtung, daß die Zahl der unterstützungsbedürftigen Kollegen noch immer im Zunehmen begriffen sei, hat sich zwar bestätigt, doch trat infolge zahlreicher Todesfälle im 2. Halbjahr ein Ausgleich in der Weise ein, daß die Zahl der unterstützten Kollegen schließlich nicht über die des Vorjahres hinausging und die bewilligten erhöhten Mittel (RM. 35.— für das 2. Halbjahr), wie aus der Abrechnung ersichtlich, bis zum Jahresschluß nicht vollkommen aufgebraucht wurden. Der Verein dürfte also bis auf weiteres wieder mit dem Beitrag von RM. 20.— pro Halbjahr — wie in der ersten Hälfte des Jahres 1927 — den an ihn gestellten Anforderungen entsprechen können.

Von der Bayerischen Landesärztekammer gingen uns an Beiträgen insgesamt RM. 181100.— zu, von denen

RM. 72840.— an die Witwenkasse abgeführt wurden. An Geschenken aus Kollegenkreisen erhielten wir:

1. vom Aerztlichen Bezirksverein Fürth . . . RM. 300.—
  2. vom Aerztlichen Bezirksverein Bayreuth . . . „ 410.—
  3. vom Herrn Geheimrat Dr. Krecke, München (abgelehnte Honorare) am 7. Juni 1927 RM. 100.—; am 20. Juni 1927 RM. 225.—; am 19. August 1927 RM. 100.— in Sa. „ 425.—
  4. von Herrn San.-Rat Dr. Lennhoff, Berlin . . . „ 50.—
  5. vom Herausgeberkollegium der Münchner Medizinischen Wochenschrift . . . „ 2000.—
- in Summa RM. 3185.—

wofür wir auch an dieser Stelle nochmals den herzlichsten und aufrichtigsten Dank aussprechen möchten.

Besonderen Dank schulden wir auch dem Verlag der Aerztlichen Rundschau Otto Gmelin München, der uns durch kostenlose Ueberlassung von 40 Exemplaren des Bayer. Aerztlichen Correspondenzblattes, das den Rechenschaftsbericht unseres Vereins enthielt, größtes Entgegenkommen bekundete.

Der übliche Staatszuschuß in Höhe von RM. 3430.— ist uns im abgelaufenen Jahre bedauerlicherweise nicht überwiesen worden.

Es wurden unterstützt:

1. In Oberbayern:	C. S.	in A.	RM. 200.—
2. „ „	H. K.	„ B.	„ 1320.—
3. „ „	U. G.	„ H.	„ 1800.—
4. „ „	M. St.	„ H.	„ 900.—
5. „ „	A. B.	„ M.	„ 1200.—
6. „ „	E. B.	„ M.	„ 1200.—
7. „ „	F. B.	„ M.	„ 250.—
8. „ „	Dr. B.	„ M.	„ 1750.—
9. „ „	M. D.	„ M.	„ 1500.—
10. „ „	Dr. Fl.	„ M.	„ 1500.—
11. „ „	M. G.	„ M.	„ 1200.—
12. „ „	K. H.	„ M.	„ 1650.—
13. „ „	A. K.	„ M.	„ 100.—
14. „ „	P. L.	„ M.	„ 1100.—
15. „ „	M. M.	„ M.	„ 600.—
16. „ „	A. N.	„ M.	„ 300.—
17. „ „	W. P.	„ M.	„ 720.—
18. „ „	E. Sch.	„ M.	„ 1200.—
19. „ „	K. Sch.	„ M.	„ 900.—
20. „ „	O. Sch.	„ M.	„ 1200.—
21. „ „	R. Sch.	„ M.	„ 1200.—
22. „ „	K. S.	„ M.	„ 1275.—
23. „ „	J. St.	„ M.	„ 600.—
24. „ „	P. T.	„ M.	„ 1500.—
25. „ „	W. T.	„ M.	„ 1200.—
26. „ „	R. Th.	„ M.	„ 1500.—
27. „ „	J. V.	„ M.	„ 720.—
28. „ „	T. V.	„ M.	„ 200.—
29. „ „	F. X. W.	„ M.	„ 720.—
30. „ „	L. Z.	„ M.	„ 1200.—
31. „ „	A. M.	„ O.	„ 2000.—
32. „ „	H. K.	„ P.	„ 720.—
33. „ „	J. A.	„ R.	„ 1440.—
34. „ „	L. B.	„ R.	„ 700.—
35. „ „	K. B.	„ Pr.	„ 1500.—
36. „ „	A. T.	„ Sch.	„ 1200.—
37. „ „	M. E.	„ T.	„ 200.—
38. „ „	M. E.	„ W.	„ 600.—
39. „ Niederbayern:	E. A.	„ C.	„ 100.—
40. „ „	H. Sch.	„ D.	„ 1877.50
41. „ „	A. H.	„ F.	„ 1800.—
42. „ „	J. P.	„ F.	„ 1800.—
43. „ „	H. St.	„ G.	„ 960.—
44. „ „	R. K.	„ L.	„ 1800.—
45. „ „	K. D.	„ R.	„ 1440.—
46. „ der Oberpfalz:	A. E.	„ A.	„ 1800.—

47.	In der Oberpfalz:	A. H.	in B.	RM. 2400.—
48.	„ „ „	A. B.	„ R.	„ 1800.—
49.	„ „ „	Th. C.	„ R.	„ 1800.—
50.	„ „ „	J. F.	„ W.	„ 720.—
51.	„ Oberfranken:	Ph. W.	„ C.	„ 1200.—
52.	„ „	F. Sch.	„ B.	„ 1050.—
53.	„ „	G. P.	„ W.	„ 1200.—
54.	„ Mittelfranken:	K. D.	„ E.	„ 700.—
55.	„ „	F. H.	„ N.	„ 1800.—
56.	„ „	M. N.	„ N.	„ 1650.—
57.	„ „	W. Sch.	„ N.	„ 1800.—
58.	„ „	W. A.	„ H.	„ 720.—
59.	„ „	B. J.	„ Sch.	„ 1800.—
60.	„ „	K. P.	„ W.	„ 1500.—
61.	„ „	W. F.	„ Z.	„ 1800.—
62.	„ Unterfranken:	K. F.	„ A.	„ 1200.—
63.	„ „	O. W.	„ E.	„ 900.—
64.	„ „	O. Sch.	„ K.	„ 1440.—
65.	„ „	F. W.	„ K.	„ 240.—
66.	„ „	F. A. K.	„ L.	„ 1200.—
67.	„ „	M. W.	„ O.	„ 900.—
68.	„ „	Th. A.	„ W.	„ 1200.—
69.	„ „	W. D.	„ W.	„ 1200.—
70.	„ „	J. Th.	„ W.	„ 720.—
71.	„ „	A. W.	„ W.	„ 450.—
72.	„ Schwaben:	F. Sch.	„ A.	„ 400.—
73.	„ „	E. M.	„ B.	„ 1500.—
74.	„ „	F. W.	„ J.	„ 300.—
75.	„ „	A. Sch.	„ M.	„ 1800.—
76.	„ „	H. H.	„ S.	„ 700.—
77.	„ „	B. K.	„ W.	„ 360.—
78.	„ der Rheinpfalz:	K. H.	„ D.	„ 1800.—
79.	„ „ „	O. Th.	„ H.	„ 900.—
80.	„ „ „	H. R.	„ L.	„ 1200.—

Somit wurden unterstützt:

in Oberbayern . . .	38	Kollegen
„ Niederbayern . . .	7	„
„ der Oberpfalz . . .	5	„
„ Oberfranken . . .	3	„
„ Mittelfranken . . .	8	„
„ Unterfranken . . .	10	„
„ der Rheinpfalz . . .	3	„
„ Schwaben . . .	6	„

Die unter Nr. 4, 7, 13, 19, 31, 37, 39, 63, 65, 71, 77 und 79 angeführten Kollegen sind während des Jahres verstorben, 2 weitere Kollegen sind ausgeschieden, nachdem ihre Verhältnisse sich so gestaltet hatten, daß eine weitere Unterstützung nicht mehr notwendig erschien; 4 andere Kollegen wurden nur ganz kurze Zeit unterstützt, so daß 62 Herren für das Jahr 1928 im Fortbezug ihrer Unterstützung verblieben.

Von vorneherein abgewiesen wurden 3 Gesuche, weil eine Notlage nicht anerkannt werden konnte oder weil sonstige in den Satzungen vorgesehene Voraussetzungen nicht gegeben waren.

Dem Beschlusse des Bayerischen Aerztetages in Lindau, die Vereinsleitung solle sich bei Eingang von Unterstützungsgesuchen mit den Bezirksvereinen bezüglich der Würdigkeit und Bedürftigkeit der Gesuchsteller in Verbindung setzen, war eigentlich seit Jahren schon seitens der Vereinsleitung Genüge getan,

da in den Fragebogen, welche die Gesuchsteller zu beantworten haben, eine Befürwortung der Gesuche durch den Vorsitzenden ihres Bezirksvereines schon immer ausdrücklich gefordert wurde und kein Gesuch ohne Vorlage der im Fragebogen verlangten Ausweise verbeschieden wird.

Abrechnung für das Jahr 1927.

I. Einnahmen:

1. Kassabestand am 1. Januar 1927	
a) in bar . . . . .	RM. 58,15
b) Stand bei der Bayr. Gemeindebank . . . . .	„ 16048,67
2. Geschenke (siehe oben) . . . . .	„ 3185.—
3. Zinsen:	
a) aus 1000 RM. 8% Goldpfandbrief der Landesbank der Rheinprovinz . . . . .	„ 72.—
b) aus 5000 RM. 8% Goldpfandbrief der Bayr. Verein-bank . . . . .	„ 360.—
c) aus 500 RM 8% Bayr. Hypothekenbankpfandbriefe . . . . .	„ 36.—
d) aus 52 50 RM. 6% Kohleanleihe der Grosskraftwerke A G. Mannheim . . . . .	„ 2,80
e) aus 3000 RM. 6% Bayr. Hypoth.-Pfandbriefe . . . . .	„ 81.—
f) Bankzinsen (aus dem Guthaben bei der Bayr. Gemeindebank) . . . . .	„ 344,56
4. Ueberweisungen der Bayr. Landesärztekammer . . . . .	„ 181100.—
5. Verlosung (1. April 1927) von 3000 RM. 8% Bayr. Hyp.-Bank Goldpfandbriefe . . . . .	„ 3108 —
6. Rückerstattete Unterstützungen . . . . .	„ 240.—
	<u>RM. 204636,18</u>

II. Ausgaben:

1. Unterstützungen . . . . .	RM. 91042,50
2. Regie . . . . .	„ 379,85
3. Ueberweisungen an die Witwenkasse (aus den von der Bayr. Landesärztekammer erhaltenen Beträgen) . . . . .	„ 72840.—
4. Ankauf von RM. 3000 6% Hyp.-Bank-Goldpfandbr. (anstatt der ausgelosten RM. 3000 8% Bayr. Hyp.-Bank-Goldpfandbriefe) . . . . .	„ 2940.—
Ankauf von RM. 16000 7% Komm.-Goldanleihe (Kurs 92% = 14720 RM. nebst RM. 51,60 Spesen) . . . . .	„ 14771,60
	<u>RM. 181973,95</u>

Abgleichung.

Einnahmen . . . . .	RM. 204 636,18
Ausgaben . . . . .	„ 181 973,95
	<u>RM. 22 662,23</u>

ausgeglichen durch RM. 11,68 in bar und „ 22 650,55 Stand am 31. Dezember 1927 bei der Bayer. Gemeindebank.

Vermögen der Hauptkasse:

Nunmehriger Vermögensbestand laut Hinterlegungsschein der Bayer. Gemeindebank München:  
1. Anleihenablösungsschuld des Deutschen Reiches nebst Auslosungsrechten . . . . . RM. 6 725.—

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

2. Im Reichsschuldbuch eingetragene Ablösungsschuld des Deutschen Reiches mit Auslosungsrechten über . . . . .	RM.	250.—
a) 1 Stück Buchst. C Gruppe 11 Nr. 30776	„	50.—
b) 2 Stück Buchst. D Gr. 17 Nr. 54638/39 zu RM. 100.—	„	200.—
3. 4% Hamburger Staatsanleihe von 1914 (zwecks Aufwertung weitergegeben) . . .	PM.	10 000.—
4. 7% Bayer. Kommunalgoldanleihe v. 1926	RM.	16 000.—
5. Bayerische Kommunalsammelablösungsanleihe nebst Auslosungsrecht . . . . .	„	100.—
(aus 4% Passauer Stadtanleihe von 1908 im Betrage von PM. 4000.—)		
6. 8% Goldpfandbrief der Bayer. Hypotheken- und Wechselbank . . . . .	„	500.—
7. 6% Goldpfandbrief der Bayer. Hypotheken- und Wechselbank . . . . .	„	3 000.—
8. 8% Goldpfandbrief d. Bayer. Vereinsbank	„	5 000.—
9. 8% Goldpfandbrief der Landesbank der Rheinprovinz . . . . .	„	1 000.—
10. 6% Kohlenanleihe des Grosskraftwerkes A.-G. Mannheim . . . . .	„	52,50
11. 4 1/2% Bukarester Stadtanleihe von 1895	PM.	4 050.—
12. 4% Ungarische Kronenrente von 1892	Kron.	1 000.—

Nürnberg-Fürth, Juli 1928.

San.-Rat Dr. Stark  
1. Vorsitzender.

San.-Rat Dr. Gugenheim  
Kassier der Hauptkasse.

**B. Bericht der Witwenkasse:**

Das Jahr 1927 — der Witwenkasse 29. Verwaltungsjahr — brachte ein erneutes, beängstigendes Ansteigen der Zahl der zu Unterstützten.

Mit 324 traten wir ins Jahr 1927, 4 Witwen gingen mit Tod ab, zu Weihnachten unterstützten wir 354 Witwen, so daß wir also 31 Neuzugänge hatten trotz der Aerztleversorgung.

In 1229 Einzelgaben wurden 79 050 RM. (dreimal je 50 RM., zu Weihnachten 100 RM.) verteilt:

- An Ostern an 288 Damen . . . 14 400 RM.
- Zum 1. Juli an 291 Damen . . . 14 550 RM.
- Zum 1. Oktober an 296 Damen . . 14 800 RM.
- An Weihnachten an 354 Damen . 35 300 RM.

(Drei Schwestern erhielten zusammen 200 RM.)

Von den am 1. Oktober Unterstützten wohnten 83 in München, von den 354 mit Weihnachtsgaben Bedachten 105.

Von der Unterstützungssumme von 79 050 RM. erhielten wir 72 840 RM. aus Beiträgen, der Rest wurde aus Geschenken gedeckt. Wir erhielten 755 Einzelgeschenke im Betrage von 24 095.45 RM., davon 216 mit 8 927.10 RM. bis zum 31. Oktober und 509 Weihnachtsgaben mit 15 168.35 RM.

Diese sämtlichen Geschenke wurden im Bayer. Aerztl. Correspondenzblatt, die Weihnachtsgaben außerdem noch in der Münchener Medizinischen Wochenschrift namentlich aufgeführt und mit Dank quittiert, so daß sich eine namentliche Aufzählung an dieser Stelle erübrigt.

Besonderer Erwähnung bedarf jedoch die Tatsache, daß eine große Anzahl von Bezirksvereinen und kassenärztlichen Verbänden wie schon seit Jahren regelmäßig

Geschenke gaben, und daß uns das Herausgeberkollegium der Münchener Med. Wochenschrift außer einer Stiftung von 2000 RM. im August noch 400 RM. zu Weihnachten spendete, außerdem das Dekanat der Medizinischen Fakultät der Universität wieder wie im Vorjahr 500 RM. schenkte.

Auch an dieser Stelle sei den Vorgenannten wie allen anderen edlen Spendern herzlicher Dank erstattet mit der inständigen Bitte, unserer armen Witwen auch in künftigen Jahren gedenken zu wollen!

Wie schon seit der Gründung der Weihnachtsgabe haben in unverbrüchlicher Treue unser bester Freund, Herr Geheimrat Dr. Spatz, und die Münchener Med. Wochenschrift unser Werk durch unentgeltliche Veröffentlichung unserer Bitte und Quittungserstattung gefördert. Für all das Gute, was sie seit langen Jahren unserer Witwenkasse erwiesen haben, unseren Dank!

In gleicher Weise sagen wir herzlichen Dank unserm lieben Freund, Herrn Sanitätsrat Dr. Scholl, und dem Bayer. Aerztl. Correspondenzblatt für alle Wohltaten, die sie uns seit Jahren durch die Veröffentlichung aller unserer notwendigen Ankündigungen erwiesen haben. Wollen Sie uns bitte Ihr Wohlwollen auch in kommenden Jahren erhalten!

Und Sie, liebe Kollegen, Kolleginnen, Kollegenfrauen und Gönner, bitten wir, unserer armen, bedauernswerten, nolleidenden Witwen, unserer unverschuldet in Not geratenen Waisen stets gedenken zu wollen!

Senden Sie bitte recht oft Gaben an unsere Witwenkasse, Postscheckkonto 6080 Nürnberg, wir haben stets Verwendung für Ihre Geschenke, und diese sind nirgends besser angebracht als zur Linderung der Not der Aermsten Ihres Standes.

Zum Schlusse verweisen wir nochmals auf die im Vorjahr bereits veröffentlichten Leitsätze:

1. Postscheckkonto der Witwenkasse 6080 Nürnberg.
2. Unterstützungen können nur vierteljährlich erfolgen.
3. Großjährige Waisen sind satzungsgemäß nicht unterstützungsberechtigt; sie erhalten selbstverständlich Weihnachtsgaben.
4. Aus der Aerztleversorgung Berentete dürfen satzungsgemäß aus der Witwenkasse nicht unterstützt werden.
5. Bitten um höhere und außerordentliche Unterstützungssummen können bei dem derzeitigen hohen Stande der zu Unterstützten nicht berücksichtigt werden.
6. Nur Witwen und minderjährige Waisen von Mitgliedern sind unterstützungsberechtigt.

**Abrechnung für das Jahr 1927.**

**I. Einnahmen.**

Kassenbestand am 1. Januar 1927 inkl. Postscheckstammeinlage . . . . .	RM.	13 840.32
Beiträge der Hauptkasse . . . . .	„	72 840.—
Geschenke . . . . .	„	8 927.10
Weihnachtsgaben . . . . .	„	15 168.35
Zinsen . . . . .	„	477.16
Unterstützungen zurück, weil unbestellbar . . . . .	„	50.—
Unbestellbare Postschecks (Adressaten †) . . . . .	„	200.—

Gesamteinnahmen RM. 111 502.93

**BRÜCKNER-LAMPE & CO.-A.G.**

BERLIN-SCHÖNEBERG KOLONNENSTR. 29.

DIÄTETISCHE  
TUBERKULOSE-  
BEHANDLUNG!

**MINERALOGEN**

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

## II. Ausgaben.

Unterstützungen:	
Ostergaben . . . . .	RM. 14400.—
Juligaben . . . . .	„ 14550.—
Oktobergaben . . . . .	„ 14800.—
Weihnachtsgaben . . . . .	„ 35300.—
Regiespesen:	
Postscheckgebühren RM. 254.28 . . . . .	
Porti und Spesen „ 110.20 . . . . .	RM. 364.48
Gesamtausgaben	RM. 79414.48

## III. Abgleichung.

Einnahmen . . . . .	RM. 111502.93
Ausgaben . . . . .	„ 79414.48
Stand am 1. Januar 1928 . . . . .	„ 32088.45

Das in offenem Depot bei der Staatsbank liegende Vermögen der Witwenkasse besteht aus:

RM. 5137.50 Anleiheablösungsschuld d. Deutschen Reiches	
„ 5137.50 Auslosungsscheine hiezu,	
GM. 5800.— 7 <sup>0</sup> / <sub>100</sub> Süddeutsche Bodenkredit-Goldpfandbriefe,	
GM. 1200.— 4 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> <sup>0</sup> / <sub>100</sub> Vereinsbank in Nürnberg, Goldpfdb.,	
GM. 300.— 4 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> <sup>0</sup> / <sub>100</sub> Rhein. Hyp.-Bank Mannheim, Goldpfdb.,	
Stück 2 Restquotenscheine hiezu,	
GM. 800.— 4 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> <sup>0</sup> / <sub>100</sub> Süddeutsche Bodenkredit Goldpfdb.,	
GM. 10.— Teilbescheinigungen hiezu,	
Stück 81 Restquotenscheine hiezu,	
GM. 3350.— 4 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> <sup>0</sup> / <sub>100</sub> Pfälzische Hyp.-Bank Ludwigshafen,	
Goldpfandbriefe,	
GM. 30.— Teilbescheinigungen hiezu,	
Stück 338 Pestquotenscheine hiezu,	
GM 1200.— 4 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> <sup>0</sup> / <sub>100</sub> Vereinsbank in Nürnberg, Goldpfdb.,	
Stück 120 Restquotenscheine hiezu,	
GM. 50.— 4 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> <sup>0</sup> / <sub>100</sub> Bayer. Hyp.- & Wechselbank München,	
Goldpfandbriefe,	
GM. 20.— Teilbescheinigungen hiezu,	
Stück 7 Restquotenscheine hiezu,	
GM 100 — 4 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> <sup>0</sup> / <sub>100</sub> Frankfurter Hyp.-Bank-Goldpfandbriefe,	
Stück 1 Restquotenscheine hiezu,	
ausserdem noch	
Reichsschatzwechsel . . . . .	PM. 20000.—
10 Aktien der Holzloyd-Akt.-Ges., München.	

Fürth, Juli 1928.

San.Rat Dr. Stark, I. Vorsitzender.

San.Rat Dr. Hollerbusch, Kassier der Witwenkasse.

## Vereinsmitteilungen.

## Sterbekasse des Aerztl. Kreisverbandes Oberbayern-Land.

(37. Sterbefall.)

Herr Obermedizinalrat Dr. Theobald Weiß, Bezirksarzt a. D. in Miesbach, ist gestorben. Das Sterbegeld wurde umgehend angewiesen.

Ich bitte die Herren Kassiere der Vereine in Oberbayern-Land, umgehend 5 Mk. pro Kopf ihrer Mitglieder einzusenden an die Adresse: Gemeindeparkasse Gauting, Postscheckkonto München 21827, unter der Mitteilung: Auf Konto Sterbekasse, xmal 5 Mk. für 37. Sterbefall.

Dr. Graf.

## Mitteilungen des Kassenärztlichen Vereins Nürnberg e. V.

1. Wir erinnern daran, daß Untersuchungen für Patienten des Bezirksfürsorgeverbandes nicht bei Frau Dr. Rodler beantragt werden können, nachdem Frau Dr. Rodler nicht Mitglied des Kassenärztl. Vereins ist und daher eine Bezahlung aus dem Pauschale an sie nicht erfolgen kann.

2. Die Allgemeine Ortskrankenkasse ersucht uns, die Herren Kollegen darauf aufmerksam zu machen,

daß bei Ausstellung von Bescheinigungen mit der notwendigen Gewissenhaftigkeit zu verfahren ist. Die Kasse wird künftig in Fällen, wo sie auf Grund unrichtiger Angaben zu nicht gesetzmäßigen Leistungen veranlaßt wurde, Ersatzansprüche geltend machen müssen.

Riedel.

## Mitteilungen des Münchener Aerztevereins für freie Arztwahl.

1. Die Arzneimittelkommission München gibt zu wiederholten Malen bekannt, daß Bäderanträge bereits seit 1. Mai 1928 nicht mehr an Kustermann, sondern an Herrn Dr. Kirschenhofer, Türkenstraße 52, und zwar tunlichst nur mit der Post zu richten sind. Besonders wird darauf hingewiesen, daß Bäderverordnungsanträge nicht an die Abteilung zu leiten sind, da sonst bei dem großen Geschäftsbereich der Abteilung unliebsame Verzögerungen selbstverständlich sind.

Ferner wird wiederholt darauf aufmerksam gemacht, daß sämtliche Verordnungen, besonders Bäderverordnungen, mit leserlicher Unterschrift und mit dem Stempel zu versehen sind.

Es fehlt sehr häufig die Angabe, ob arbeitsfähig („a“) oder arbeitsunfähig („u“).

Es wird noch immer gegen die Bestimmungen verfehlt, daß Teil-Heißluft- und Teil-Glühlicht-Bäderanträge an die Arzneimittelkommission zur Genehmigung gerichtet werden, ebenso Anträge auf Massage. Diese Verordnungen: Teil-Heißluft-, Teil-Glühlicht-Bäder, Massage, sind an die betreffende Kasse zur Begutachtung durch den Vertrauensarzt zu richten. Anträge zur Genehmigung von Behandlung mit Höhensonne und Blaulicht sind an die Röntgenkommission, zu Händen des Herrn Sanitätsrates Dr. Kaestle, Maximiliansplatz 12, zu richten.

Sollte gegen diese Bestimmungen erneut verstoßen werden, so trägt die Arzneimittelkommission keinerlei Verantwortung für dadurch bedingte Verzögerungen.

2. Die Krankenkasse der Schutzmannschaft gibt bekannt, daß die Krankenkarte Nr. 1580 des Wachtmeisters Andreas Stöhr zu Verlust gegangen ist, und bittet im Fall eines Mißbrauchs um Benachrichtigung.

3. Zur Aufnahme in den Verein als außerordentliches Mitglied hat sich gemeldet:

Dr. Norbert Stempel, Facharzt für Hals-, Nasen-, Ohrenkrankheiten, Fraunhoferstraße 23/III.

**Milch!****Kollegen! Verordnet im Interesse der Volksgesundheit mehr Milch!**

## Witwenkasse des Invalidenvereins.

## Gabenverzeichnis, zugleich Quittung.

Vom 15. Juni bis 23. Juli eingelaufene Geschenke: Dr. Karl Striegel, München 35 M.; Dr. Hitzelberger jun., Kempten (abgel. Honorar Dr. Dorn) 50 M.; Dr. Unkraut, München (abgel. Honorar des Herrn Obermed.-Rat Dr. Seiderer, München) 10 M.; Dr. Reiter, Wertingen 40 M.; Obermed.-Rat Dr. Seiderer, München (abgel. Untersuchungshonorare Dr. Intlekofer, Dr. Rüttenauer, Dr. Ludwig Müller) 27 M.; Dr. Kluth, Fürth (von Herrn San.-Rat Dr. Enslin, Fürth, abgel. Honorar) 15 M.; Prof. Dr. Kranz, München (amtsärztliche Untersuchung) 10 M.; San.-Rat Dr. Wahle, Bad Kissingen (Honorar einer Arztensgattin) 25 M.; Dr. Karl Striegel, München 10 M.; Geheimrat Dr. Frankenburger, Nürnberg 50 M.

Allen Spendern herzlichsten Dank.

Um weitere Gaben bittet

Die Witwenkasse des Invalidenvereins.

San.-Rat Dr. Hollerbusch, Fürth, Mathildenstrasse 1, Witwenkassen-Postscheckkonto n. Nr. 6080, Amt Nürnberg.

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

Für die Inserate: Adolf Eder, München.

# 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 Haassenstein & Vogler A.-G. Daube & Co., G. m. b. H. München, Berlin und Filialen.

Nr. 32.

München, 11. August 1928.

XXXI. Jahrgang.

**Inhalt:** Die Reform der Krankenversicherung. — Was will und wie funktioniert der Gesundheitsdienst der Lebensversicherung? — Was hofft heute der Lehrer von der Ferienerholung seiner Schüler? — Wohnungen für Tuberkulöse. — Alkoholkranken-Fürsorge. — Beitrag zur Bayerischen Aerzteversorgung. — Mitteilung des Bayerischen Aerzteverbandes. — Städtisches Versicherungsamt Ludwigshafen a. Rh. — Zulassungsverfahren für die Betriebskrankenkassen der Reichsbahn und Reichspost. — Vereinsnachrichten: Amberg E.V.; Regensburg und Umgebung; Münchener Aerzteverein für freie Arztwahl. — Lehrgang für Aerzte an der Landesturnanstalt in München. — Fachnormenausschuss Krankenhaus. — Bücherschau.

## Die Reform der Krankenversicherung.

Vortrag, gehalten auf dem 5. Badischen Aertzetag in Baden-Baden am 13. Mai 1928 von Dr. rer. pol. J. Hadrich, Geschäftsführer des Verbandes der Aerzte Deutschlands (Hartmannbund).

Schon seit Jahren wird über die Reform der Krankenversicherung viel geschrieben und gesprochen. Aber jeder stellt sich eigentlich etwas anderes darunter vor. Die Ortskrankenkassen, um nur einige Beispiele zu nennen, wünschen die Beseitigung der Innungs- und Betriebskrankenkassen, besonders aber der Ersatzkassen. Diese wiederum wollen einen stärkeren Ausbau ihrer Kassenart, die Angestellten der Krankenkassen wollen unkündbare Beamte werden, die Aerzte fordern eine endgültige Lösung der Arztfrage und die Wirtschaft verlangt vor allen Dingen eine Verminderung der Soziallasten. Wenn man die Wünsche der Interessenten gruppiert, dann kann man sie unter zwei Gesichtspunkten zusammenfassen, und zwar:

1. Vereinfachung im Aufbau und Verbesserung der Leistungen.
2. eine Verminderung der finanziellen Belastung.

Dabei dürfte der letztere Gesichtspunkt in den nächsten Jahren durchaus im Vordergrund stehen, weil der Druck, der durch Reparationslasten, Steuern, Sozialversicherung und Auslandszinsen auf der deutschen Wirtschaft lastet, allmählich unerträglich wird. Bei einem jährlichen Volkseinkommen von etwa 60 Milliarden Reichsmark hat das deutsche Volk eine Gesamtbelastung an Steuern, Sozialversicherung, Reparationen und Auslandszinsen in Höhe von 20 Milliarden Reichsmark zu tragen.

Da eine Verminderung der Reparationszahlungen in den nächsten Jahren nicht zu erwarten ist und auch eine Herabsetzung der Zölle, mit denen sich die ausländischen Staaten gegen deutsche Waren sperren, kaum erfolgen dürfte, so bleibt nichts anderes übrig, als den Aufwand an Steuern und Soziallasten zu vermindern.

Der Reparationsagent, Parker Gilbert, soll in diesem Sinne auch schon am Werke sein. So berichten die „Leipziger Neuesten Nachrichten“ vom 25. April 1928:

„Es dürfte den Tatsachen entsprechen, daß Parker Gilbert sich in den letzten Wochen, ehe er nach Rom reiste, sehr eingehend mit der deutschen Sozialversicherung befaßt hat. Wahrscheinlich wird der nächste Bericht, den er Anfang Juni veröffentlichen dürfte, längere Ausführungen darüber enthalten. Daß die Kritik sehr befriedigend ausfällt, ist kaum anzunehmen. Denn der Reparationsagent stellt sich natürlich auf den Standpunkt, daß Deutschland zunächst einmal die Daweszahlungen zu erfüllen habe, und daß erst in zweiter Linie alle anderen Wünsche und Aufgaben erfüllt werden dürfen. Das ist seine Aufgabe.“

Wir können den Reparationsagenten natürlich nicht hindern, sich mit diesen Dingen zu befassen, aber ich wünsche und hoffe, daß mit dem Erscheinen des Berichtes sich die deutsche Presse und sämtliche beteiligten Organisationen von links bis rechts auf den Standpunkt stellen, daß die deutsche Sozialversicherung eine Angelegenheit ist, die wir allein ordnen wollen, und daß wir uns jede Einmischung verbitten müssen. Parker Gilberts Sorge mag sein, daß er seine 2,5 Milliarden Reichsmark jährlich bekommt und daß er diese Gelder ohne Gefährdung der deutschen Währung transferiert. Wie das deutsche Volk diese Gelder zusammenbringt, ist einzig und allein seine Sorge. Wir können dem Reparationsagenten eine Einmischung gerade in die Verhältnisse der deutschen Sozialversicherung nicht zugestehen.

Damit ist natürlich noch nicht gesagt, daß wir alles gutheißen, was bisher geschehen ist, und keine Verbesserungen oder Einsparungen für möglich halten. Im Gegenteil. Wir glauben, daß eine Reform sehr wohl möglich und auch am Platze ist, und wie wir uns diese Reform denken, das soll nunmehr in großen Strichen dargestellt werden. Dabei soll gesprochen werden über: 1. den Versicherungskreis, 2. die Organisation, 3. die Krankengeldpolitik, 4. Sachleistungen und 5. Arztfrage.

Der Versicherungskreis ist ständig vergrößert worden. Von 4,3 Millionen Versicherten im Jahre 1885 ist die Zahl der Versicherten auf etwa 20 Millionen im Jahre 1928 gestiegen, dazu kommen noch rund 16 Millionen Familienangehörige. Die Versicherungsgrenze

lag zunächst bei 2000 M., wurde in der Reichsversicherungsordnung auf 2500 M. erhöht, nach der Inflation auf 2700 M. und mit Wirkung vom 1. Oktober 1927 an auf 3600 RM.

Die Erhöhung der Versicherungsgrenze auf 6000 RM. dürfte nur eine Frage der Zeit sein, ja, es gehen sogar Forderungen dahin, jede Versicherungsgrenze zu beseitigen. So heißt es in dem Rechenschaftsbericht des Deutschnationalen Handlungsgehilfenverbandes für das Jahr 1927: „Die Heraufsetzung auf 3600 RM. kann nur als ein Teilerfolg gebucht werden. Das Ziel bleibt nach wie vor die völlige Beseitigung der Versicherungspflichtgrenze.“

Was eine Erhöhung der Versicherungspflichtgrenze für die Privatpraxis des Arztes bedeutet, ersieht man am besten aus einer Aufstellung, die der Reichsminister der Finanzen in dem Entwurf eines Gesetzes zur Aenderung des Einkommensteuergesetzes gemacht hat (Reichstagsdrucksache Nr. 3772, ausgegeben am 12. Dezember 1927). Danach hatten von den 15 Millionen Lohnsteuerpflichtigen ein Durchschnittseinkommen von:

2000 RM. . . . .	13 800 000 Personen
4000 RM. . . . .	1 551 000 „
7300 RM. . . . .	215 300 „
13 560 RM. . . . .	55 400 „
22 600 RM. . . . .	30 900 „

Man sieht also, wie wenig Lohnsteuerpflichtige jetzt schon für die Privatpraxis übrigbleiben, und wie das Bild aussehen würde, wenn die Versicherungsgrenze auf 6000 RM. erhöht oder sogar völlig beseitigt würde.

Man wird erwidern, die Aerzte sollen sich an die Privatpraxis halten. Aber auch dort sehen die Verhältnisse nicht rosig aus. Nach den Angaben des Statistischen Reichsamtes (Wirtschaft und Statistik, Heft 20, Jahrgang 1927) gab es 1925 in Deutschland nicht ganz 4 Millionen veranlagte Einkommensteuerpflichtige. Diese 4 Millionen, die über ein Gesamteinkommen von 12,8 Milliarden Reichsmark verfügen, verteilen sich auf die einzelnen Einkommenstufen wie folgt:

bis 3000 RM. . . . .	61,31 Prozent
3—5000 RM. . . . .	13,81 „
5—8000 RM. . . . .	8,20 „
8—16000 RM. . . . .	11,03 „
16—50000 RM. . . . .	4,89 „
50—100000 RM. . . . .	0,56 „
über 100000 RM. . . . .	0,22 „

Das Statistische Reichsamt gibt zwar nur die Verteilung der Einkommensteuerpflichtigen auf die einzelnen Einkommenstufen für die deutschen Großstädte an. Die Verteilung im Deutschen Reiche dürfte aber nicht viel anders sein. Hinzu kommt noch die Tatsache, daß die Verteilung des Honorars der Privatpraxis nach ganz anderen Gesichtspunkten erfolgt als die des Honorars aus der Kassenpraxis, und zwar fließt das Honorar der Privatpraxis in der Hauptsache den Krankenhausärzten und wenigen vielgesuchten frei praktizierenden Aerzten zu.

Ueber alle diese Dinge müssen sich diejenigen klar sein, die die Beseitigung jeder Versicherungspflichtgrenze fordern. Diese Leute begeben sich auch des Rechtes, über das Steigen der Arztkosten in der Krankenversicherung Klage zu führen.

Von jeher ist auch von uns Klage geführt worden über die Art der freiwilligen Versicherung und besonders der freiwilligen Weiterversicherung. Für diese freiwillige Weiterversicherung war vor dem Krieg eine Sicherung eingebaut worden, und zwar hieß es, daß die Versicherungsberechtigung in allen den Fällen erlöschen sollte, in denen das regelmäßige jährliche Gesamteinkommen 4000 M. überstieg. Diese Bestim-

mung wurde in der Revolutionszeit beseitigt und bisher nicht wieder eingeführt. Geheimrat Spielhagen hat zu diesem Punkte den Vorschlag gemacht, wieder eine Versicherungshöchstgrenze einzuführen und den Aerzten das Recht zu geben, bei der Kasse das Erlöschen der Mitgliedschaft eines solchen Versicherten zu beantragen, und daß bei Ablehnung des Antrages die Möglichkeit bestehen sollte, Beschwerde bei der Aufsichtsbehörde zu erheben („Aerztliche Mitteilungen“, Jahrg. 1927, Nr. 8).

Was die einzelnen Kassenarten anbelangt, so können wir in der Tatsache der Vielgestaltigkeit keinen Mangel erblicken, wir halten im Gegenteil diese Vielgestaltigkeit für einen Vorzug der deutschen Krankenversicherung, und zwar deshalb, weil sich die einzelnen Kassenarten durch die Konkurrenz zu besseren Leistungen anspornen. Allerdings wird man zwei Einwände als berechtigt anerkennen müssen. Das ist erstens der Einwand gegen zu kleine Innungskrankenkassen und zweitens der Einwand gegen die Betriebskrankenkassen, da bei ihnen allzuoft Beginn und Ende des Arbeitsverhältnisses abhängig gemacht wird. Hier müssen unter allen Umständen Vorkehrungen getroffen werden.

Bekanntlich sind die einzelnen Kassenarten zu Kassenhauptverbänden zusammengeschlossen (Kassenvereinigungen im Sinne des § 414 RVO.). Das Reichsarbeitsministerium trägt sich mit dem Plan, die Kassenhauptverbände in die Reichsversicherungsordnung einzubauen und sie zu öffentlich-rechtlichen Körperschaften zu machen. Diesen Gebilden sollen zwei Aufgaben überwiesen werden, und zwar erstens der Abwehrkampf und zweitens die Beratung und Prüfung der einzelnen Kassen. Diese öffentlich-rechtlichen Körperschaften sollen dann wiederum zu einer Arbeitsgemeinschaft zusammengeschlossen werden.

Dieser Plan wurde vom Min.-Dir. Dr. Grieser in dem Vortrag, den er in der Reihe der Vorträge der Düsseldorfer Verwaltungsakademie hielt, zuerst der Öffentlichkeit bekanntgegeben. In der Aussprache ließ sich Direktor Lehmann vom Hauptverband dagegen aus und sagte, daß er von den Absichten des Reichsarbeitsministers nicht entzückt sei. Er befürchte, daß mit der Verleihung öffentlich-rechtlicher Funktionen eher eine Schwächung als eine Stärkung der Kassenhauptverbände zu erwarten sei, und daß vor allen Dingen dann die Kassenhauptverbände nicht mehr in solch freimütiger Weise Kritik zu üben imstande wären, wie das jetzt der Fall sei. Er müsse für seinen Teil den geplanten Einbau in die Reichsversicherungsordnung ablehnen, zumal auch die Beratung und Prüfung der einzelnen Kassen jetzt schon als Aufgabe der Kassenhauptverbände betrachtet würde.

Wir können in Ruhe abwarten, was der Reichsarbeitsminister in dieser Angelegenheit zu tun gedenkt. Wir dürfen nur daraus den wichtigen Schluß ziehen, daß das Reichsarbeitsministerium der Reichsärzteordnung keinen großen Widerstand entgegensetzen wird, weil es sich hier ebenfalls um einen Einbau der Ärzteschaft in die Reichsversicherungsordnung handelt, und weil auch heute noch das Sprichwort gelten dürfte: „Was dem einen recht ist, ist dem andern billig.“

Hier muß auch die Frage „Kleine oder große Krankenkassen“ erörtert werden. Den Antrag der Deutschen Volkspartei, wonach Riesenkrankenkassen in kleinere zerschlagen werden sollen, darf ich als bekannt voraussetzen. Wir beschäftigen uns ebenfalls seit langem mit diesem Problem, das auch einmal von Kassenseite vorurteilslos geprüft werden sollte. Ich erinnere daran, daß es in der Wirtschaftswissenschaft ein Gesetz der Massenproduktion gibt oder, wie es Professor Schmalenbach genannt hat, die Lehre von den

fixen Kosten. Danach gibt es für jeden Betrieb eine Nutzwelle, bis zu der die Kosten mit steigendem Umsatz sinken. Ist aber die Nutzwelle überschritten, so wachsen die Unkosten mit jeder weiteren Zunahme progressiv. Ich kann mir denken, daß es auch für die Krankenkassen eine Nutzwelle gibt, bis zu der es vorteilhaft ist, in einem Verwaltungsgebäude in einer Kasse alles zu erledigen. Ich kann mir aber auch denken, daß von einer bestimmten Mitgliederzahl ab trotz aller betrieblichen und organisatorischen Vorrichtungen die Verwaltung unüberschaubar wird, die Kontrollmaßnahmen überhandnehmen und zu hohen Kosten verursachen. So hat z. B. die Allgemeine Ortskrankenkasse für die Stadt Leipzig nach ihrem Geschäftsbericht im Jahre 1927 an Verwaltungskosten rund 9 RM. je Mitglied ausgegeben, die AOKK. Erlangen-Stadt dagegen nur 4,37 RM. Die AOKK. Leipzig hatte im Jahre 1927 250 000 Mitglieder, die AOKK. Erlangen-Stadt 10 800. Wo die Nutzwelle für die Krankenkassen liegt, das müßte durch exakte Untersuchungen festgestellt werden (vgl. W. Hildebrandt: „Große oder kleine Krankenkassen“, „Aerztliche Mitteilungen“ Nr. 11 vom 17. März 1928).

In diesem Zusammenhang bedarf die Personalpolitik der Krankenkassen einer kurzen Erwähnung. Ganz berechtigt ist die Feststellung von Dr. Siegrist, daß schon aus wirtschaftlichen Gründen nur die fachliche Eignung und Befähigung für die Anstellung von Angestellten maßgebend sein darf. Die Reichsversicherungsordnung hatte daher auch eingehende Vorkehrungen zur Regelung der Rechtsverhältnisse der Kassenangestellten getroffen. Damit wollte man den Angestellten einen Schutz gegen willkürliche Maßnahmen der Kassenorgane gewähren und der Öffentlichkeit die Garantie geben, daß die Beamten die fachliche Befähigung für ihre Obliegenheiten besaßen und nicht nur nach parteipolitischen Gesichtspunkten ausgewählt würden.

In der Revolutionszeit wurde das Mitbestimmungsrecht der Arbeitgeber beseitigt und auch die Befugnis aufgehoben, wonach die Landesregierungen gewissen Gruppen der Kassenangestellten die Rechte und Pflichten der staatlichen Beamten verleihen konnten (Spielhagen, a. a. O.).

Der Bund deutscher Krankenkassenbeamten und -angestellten fordert nun die Wiederherstellung dieses Rechtes und findet damit auch die Zustimmung der Kassenhauptverbände mit Ausnahme des Hauptverbandes deutscher Krankenkassen. Anzuerkennen ist aber, daß sich dieser Verband bemüht, seine Angestellten theoretisch und praktisch zu schulen; so hat er vor kurzem ein vorzügliches Werk über die Verwaltung der Krankenversicherung herausgegeben und vor allen Dingen auch eine Verwaltungsschule ins Leben gerufen, die den Zweck hat, den Kassenangestellten alle die Kenntnisse, die sie zur ordnungsgemäßen Führung ihres Amtes brauchen, zu vermitteln.

Ueber die Krankengeldpolitik der Kassen ist viel geschrieben worden. Ich zitiere nur folgende Äußerungen:

1. In einem Erlasse des Reichsarbeitsministers vom 4. Mai 1924 heißt es:

„Unter den Mehrleistungen, welche die Reichsversicherungsordnung zuläßt, bestehen bevölkerungspolitische Unterschiede. Bei den gesundheitlichen Gefahren, die der versicherten Bevölkerung heute drohen, müssen die Sachleistungen höher veranschlagt werden als die Geldleistungen. Mehrleistungen in dem Beginn, der Dauer oder der Höhe des Krankengeldes werden die Kassen übermäßig belasten, ohne die eigentlichen Zwecke der Krankenver-

sicherung wesentlich zu fördern. Es sind Fälle bekannt geworden, in denen drei Viertel des steuer- und abgabefreien Grundlohnes als Krankengeld fast dem Lohn gleichkommen, der am Fälligkeitstage nach Abzug der Steuern und Abgaben gezahlt wird. Sobald die Beiträge eine bestimmte Belastungsgrenze erreichen, mag diese auch enger sein als die gesetzliche, werden die Kassen aus eigenem Antrieb mit dem Abbau etwaiger Mehrleistungen in Geld beginnen müssen. Ersparnisse, die beim Krankengeld gemacht werden, können nutzbringender in der Gewährung von Krankenpflege an Familienangehörige, insbesondere in der Uebernahme eines Teiles der Kosten für Arzt und Arznei, verwendet werden. Bei der Not der Wirtschaft wird es unerläßlich sein, die bestehenden Mehrleistungen auf ihren heutigen Wert nachzuprüfen und die minderwertigen zugunsten der bevölkerungspolitisch wertvollen aufzugeben.“

Zu fordern ist die Abstufung des Krankengeldes nach dem Familienstande. Mit einer solchen Gestaltung der wichtigsten Barleistung hat die Nürnberger OKK. gute Erfahrungen gemacht; in einem ihrer Berichte heißt es:

„Die Kasse zahlte ursprünglich einheitlich für alle Versicherten ein Krankengeld in Höhe von  $66\frac{2}{3}$  Proz. des Grundlohnes.

Es fiel auf, daß gerade in einer Zeit, in welcher die gesundheitlichen sowie die wirtschaftlichen Verhältnisse gut waren, die ledigen sowie die weiblichen Versicherten einen außergewöhnlich hohen Prozentsatz an Arbeitsunfähigen stellten. Stichproben ergaben, daß die männlichen Versicherten einen Prozentsatz von 4,71, die weiblichen einen solchen von 5,67 aufwiesen. Die besten Altersklassen von 16 bis 24 Jahren stellten bis zu 30 Proz. der gesamten Arbeitsunfähigen. Es stand für die Verwaltung fest, daß in der Hauptsache nur die Höhe des Krankengeldes die Ursache dieses außergewöhnlich hohen Krankenstandes der bezeichneten Versicherungskreise war. Da es in Nürnberg von jeher schon üblich war, noch in besonderen Zuschußkassen Mitglied zu sein, und auch die gewerkschaftlichen Organisationen Krankengeldzuschuß gewähren, so bestand die Tatsache, daß das gesetzliche Krankengeld mit diesen Zuschußleistungen alsdann 100 und mehr Prozent des Nettolohnes überschritt. Die Kassenorgane haben sich deshalb auch der Notwendigkeit nicht verschließen können, eine Änderung zu treffen. Das Krankengeld wurde alsdann allgemein auf 50 Proz. des Grundlohnes festgesetzt, für verheiratete, verwitwete und geschiedene Versicherte, welche bisher aus ihrem Arbeitsverdienst Angehörige ganz oder überwiegend unterhalten haben, auf  $66\frac{1}{3}$  Proz. belassen. Die letzteren erhielten mithin immer noch 75,3 Proz. des Nettolohnes als Krankengeld, die ersteren unter Berücksichtigung eines Abzuges für Steuern und Versicherungsbeiträge in Höhe von 5,93 RM. ein solches von 57,7 Proz. des Nettoverdienstes. Die Wirkung dieser Maßnahme war eine geradezu auffallende. Der Krankenstand ging stetig, hauptsächlich bei den von dem Abzug betroffenen Versicherten, zurück. Die sich durch die Kürzung des Krankengeldes sowie des Zurückgehens des Krankenstandes ergebenden Einsparungen entsprechen einem Beitragsprozentsatz von 0,5–0,7 Proz.“

Es lassen sich also bei der sozialen Gestaltung des Krankengeldes erhebliche Ersparnisse erzielen. Allerdings würde sich nicht empfehlen, jetzt schon diese Leistung zur Regelleistung zu machen, vor allen Dingen nicht in der Form, wie es im Reichsknappschaftsgesetz

geschehen ist, wo der Versicherte für die Ehefrau und für jedes Kind einen Zuschlag zum Krankengeld erhält bis zum Gesamtbetrag von  $\frac{3}{4}$  des Grundlohnes. Das ist zweifellos eine Ueberspannung. Der Verein für die bergbaulichen Interessen zu Essen hat festgestellt, daß das jetzige Krankengeld zusammen mit den tariflich feststehenden sozialen Zuschlägen der Zechen und dem Krankengeld der Gewerkschaften unter Umständen die Lohnsätze nicht nur erreicht, sondern vereinzelt sogar überschreitet. (Schluß folgt.)

## Was will und wie funktioniert der Gesundheitsdienst der Lebensversicherung?

Von Dr. med. Otto Neustätter,  
Wissenschaftlicher Leiter der Deutschen Zentrale für Gesundheitsdienst der Lebensversicherung, Berlin-Zehlendorf-West.

### 1. Wesen und Entwicklung.

Die Medizin fand in der Lebensversicherung bisher nur Raum als Gutachterin. Im Laufe der Zeit ist daraus ein eigener Zweig ärztlicher Tätigkeit entstanden, der vielen Aerzten ein zwar schwieriges, aber besonders interessantes und für die medizinische Wissenschaft förderliches Arbeitsbereich erschloß. Die Lebensversicherung ist durch die ärztliche Mitarbeit in den Stand gesetzt worden, ihre Technik wesentlich zu vervollkommen und ihre Wohltaten immer weiteren Kreisen zu erschließen. Andererseits hat auch die Medizin von dieser Inanspruchnahme Nutzen gezogen. Durch den Zwang zu geschäftlich brauchbaren Gutachten und die Möglichkeit zur praktischen Verwertung neuer wissenschaftlicher, diagnostischer und prognostischer Methoden hat ihr die Lebensversicherung eine Richtung gegeben, die äußerst günstig auf die Entwicklung exakter Fragebeantwortung gewirkt hat. Auch hat die Lebensversicherung durch Erschließung ihrer statistischen Quellen der Diagnose und Prognose in der ärztlichen Kunst bisher unbekannt Unterlagen für die Erprobung der Richtigkeit ihrer Schlüsse und Anschauungen zugeführt.

Dagegen mußte die eigentliche helfende Einstellung des Arztes bei dem Wirken für die Lebensversicherung beiseite gelassen werden. Er hatte als Gutachter zu wirken, konnte in kein persönliches Verhältnis zu dem Individuum treten, mußte in die Aufhebung seines Berufsgeheimnisses einwilligen, und kam dadurch gar nicht so selten in eine recht schwierige Lage, wenn er gleichzeitig praktischer Arzt war. Denn nicht immer lassen sich die Interessen der Gesellschaften bzw. der Gesamtheit der Versicherten, die zu schützen Aufgabe jener Gutachtertätigkeit ist, mit denen des einzelnen Individuums vereinigen.

Jetzt ist das Verhältnis zwischen Lebensversicherung und Aerzten in eine neue Phase getreten, in der den Aerzten neben dieser Wirksamkeit für die bedeutsame Einrichtung auch eine ihrem ursprünglichen Berufe angepaßte, der persönlichen Fühlung mit dem Patienten und des Ratens und Helfens, sich wieder erschließt. Durch die Gesundheitsfürsorge oder den „Gesundheitsdienst“, den die Lebensversicherung seit kurzem auch bei uns in Deutschland aufgenommen hat, ist dieser Umschwung eingetreten.

Dieser Gesundheitsdienst soll und kann nicht jene Gutachtertätigkeit überflüssig machen, die dazu dienen soll, nicht versicherbare Risiken von der Versicherung auszuschließen, wohl aber kann er sie ergänzen und einsetzen, wo bisher die Medizin überhaupt nichts mehr zu suchen hatte: in der Zeit nach dem Abschlusse des Versicherungsvertrages. Von diesem Zeitpunkt an war bisher der Arzt vollkommen ausgeschlossen. Jetzt soll er, und zwar nicht nur der „Vertrauensarzt“, sondern jeder praktische Arzt, Gelegenheit bekommen, seine Kunst auf dem Gebiete der Gesunderhaltung der Gesunden zu bewähren, was allerdings eine gewisse Neueinstellung erfordert, zum

Teil ähnlich derjenigen, wie sie die Vertrauensärzte gewöhnt sind.

Das Wesen des „Gesundheitsdienstes“ ist eine Leistung ebenso zugunsten des einzelnen Versicherten wie für die Gesellschaften bzw. die Gesamtheit der Versicherten. Vom Augenblicke des Vertragsabschlusses an bilden sie ja eine organische Gemeinschaft und beide sind an der möglichst langen Hinausschiebung des Ablebens jedes Versicherten wesentlich interessiert. Wird ein vorzeitiges Ableben vermieden, so entfallen nicht die Prämien, es muß kein Schadenersatz bezahlt werden. Die Folge ist, daß aus den zufließenden bzw. ersparten Summen die Ueberschüsse jedem einzelnen Versicherten in Form von Dividenden wieder zugute kommen. Andererseits nimmt jeder Versicherte gern die Weiterzahlung seiner Prämie in Kauf, wenn er fortleben kann.

Wenn also Versicherer und Versicherte in gleicher Weise mit einer Einrichtung zufrieden sein können, sollte man annehmen, daß eine solche leicht Aufnahme gefunden haben würde. Allein die Gesellschaften haben die Pflicht genauen kaufmännischen Rechnens, ob nun die Ausgaben für ein solches Bestreben nicht nur allen Teilen sympathisch sind, sondern auch mit den zu erzielenden Erfolgen übereinstimmen. Man kann es daher besonders unter den Folgen des Krieges begreifen, daß die Einführung eines Gesundheitsdienstes von den Gesellschaften nicht ohne weiteres in Angriff genommen wurde. Es bedurfte auch hier der Schrittmacher, die überzeugt in das neue Gebiet vordrangen.

Es war die „Allianz“, bei der Hörnig mit seinen Gründen für die Neuerung fruchtbaren Boden fand, die als erste Gesellschaft in Deutschland die periodische Gesundheitsberatung einführt. Bald danach hat die „Gemeinnützige Deutsche Lebensversicherung“ unter P i t s c h e den Gesundheitsdienst eingeführt und auf der „Gesolei“ die neue Bewegung einer breiten Öffentlichkeit bekanntgegeben. Von besonderer Bedeutung aber war es für die Weiterentwicklung des Gedankens, daß sich Ende 1926 die „Alba-Nordstern“, „Allianz“, „Gemeinnützige Deutsche Lebensversicherung“, „Leipziger Lebensversicherung“ und „Vita“, welche letztere in der Schweiz schon als erste Gesellschaft auf dem europäischen Festlande die periodische ärztliche Beratung eingeführt hatte, sich zur Förderung der Gesundheitsfürsorge bei den Versicherten zusammenschlossen und die „Deutsche Zentrale für Gesundheitsdienst der Lebensversicherung“ gründeten, und daß sich dieser Bewegung im Laufe eines Jahres noch weitere 15 Gesellschaften anschlossen, nämlich die „Allgemeine Rentenanstalt“ (Stuttgart), die „Basler“ (Basel), die „Bayerische Lebens- und Unfallversicherungsbank“ (München), die „Bayerische Rückversicherungsbank“ (München), die „Concordia“ (Köln), die „Frankfurter“ (Frankfurt), die „Frankonia“ (Berlin), der „Gerling-Konzern“ (Köln), die „Iduna“ (Berlin), der „Janus“ (Hamburg), die „Kölnische Rückversicherungsgesellschaft“ (Köln), die „Münchener Rückversicherungsgesellschaft“ (München), der „Phoenix“ (Wien-München), die „Schweizerische Rückversicherungsgesellschaft“ (Zürich) und die „Stuttgart-Lübecker“ (Stuttgart).

Das war nicht nur ein Zeichen fortschrittlichen Geistes bei der deutschen Lebensversicherung, es war damit auch der Gesundheitsdienst auf eine ganz andere Basis gestellt. Er ist damit nicht nur aus dem Bereich eines Konkurrenzverfahrens herausgehoben zu einer Einrichtung, die für sich die gleiche ernste Beachtung wie etwa das Ausleseverfahren beanspruchen kann, er ist dadurch auch zu einem Faktor in der allgemeinen Gesundheitsfürsorge geworden. Schon jetzt kommt er einem ansehnlichen Teile der deutschen Bevölkerung zugute und verdient daher die eingehende Beachtung ebensowohl des Staates und sonstiger Behörden als der freien Wohlfahrtspflege und der Ärzteschaft.



## 2. Der Gesundheitsdienst in der praktischen Durchführung.

Die Durchführung des an sich überzeugenden Gedankens wäre nun allerdings nicht denkbar gewesen, wenn nicht ein Modus gefunden worden wäre, der ohne allzu starke Belastung der Versicherungsgesellschaften doch Erfolg versprach.

Ein solches System ist ausgedacht worden in Amerika in der Vereinigung von allgemeiner und individueller gesundheitlicher Beratung der Versicherten, und ist mit gewissen Anpassungen auf Deutschland übertragen worden.

Die allgemeine Beratung soll erfolgen durch streng den Anforderungen der Wissenschaft entsprechende, populär-hygienische Literatur, Merkblätter, Mitteilungen, Broschüren usw., die sich natürlich von Empfehlungen alles Selbstkurierens fernhalten, im Gegenteil es sich angelegen sein lassen, die Versicherten mit den Grenzen des eigenen vorbeugenden Handelns und der Schwierigkeit der richtigen Krankheitserkenntnis vertraut zu machen und sie auf den Arzt als den verlässigen Berater immer wieder zu verweisen; die individuelle Beratung andererseits soll Platz greifen durch die Aerzte, und zwar, wie wir gleich sehen werden, durch die praktischen Aerzte, nicht durch irgendwelche von den Gesellschaften ausgewählte oder fest bestimmte Aerzte.

Die planmäßige Vereinigung von allgemeiner Belehrung mit der Ermöglichung individueller gesundheitlicher Beratung durch den Arzt ist ein bedeutsamer Fortschritt in der hygienischen Volksbelehrung. Während man sonst bei gesundheitlichen Ratschlägen leicht an die Grenze kommt, wo das aus der Ferne herankommende Wort schon jenseits dessen liegt, was man als Arzt und Populär-Hygieniker verantworten kann, liegt hier die Möglichkeit vor, nicht nur theoretisch auf die Notwendigkeit und den Wert ergänzender persönlicher ärztlicher Anleitungen hinzuweisen, sondern auch die Sicherheit, daß diese dem Aufzuklärenden periodisch zur Verfügung stehen, ohne daß ihn finanzielle Hemmungen von der Befolgung des Rates, sich vom Arzt individuelle Auskunft zu erholen, abzuhalten brauchen.

Die Beratung durch den Arzt erfolgt nämlich auf Kosten der Gesellschaften. Jeder, der für eine bestimmte Gesamtsumme, die bei den verschiedenen Gesellschaften zwischen 8000 und 3000 Mark schwankt, sein Leben versichert oder eine Pensionsrentenversicherung mit einer Rente von 1600 bis 500 Mark jährlich abgeschlossen hat, erhält ohne weitere Gegenleistung das Recht eingeräumt, alle drei Jahre einen in Deutschland approbierten Arzt zwecks Gesundheitsberatung zu konsultieren. Die Auswahl dieses Arztes steht vollständig im Belieben des Versicherten. Der Versicherte erhält von der Gesellschaft einen Gutschein zugestellt, der innerhalb dreier Monate benutzt werden kann. Mit diesem begibt er sich zu dem Arzt seines Vertrauens und läßt sich von diesem untersuchen und Ratschläge erteilen, wenn seine Gesundheit irgendwie solcher bedarf.

Es leuchtet ohne weiteres ein, daß an diese gesundheitliche Beratung sich in Erkenntnis der Bedeutung von selbst schon in vielen Fällen die Behandlung knüpfen wird. In dieser Beziehung ist das in Deutschland eingeführte System dem in Amerika weit überlegen. Dort ist, von einer Gesellschaft abgesehen, Beratung und Behandlung getrennt. Die Beratung ist in die Hände von „Fürsorgeärzten“ gelegt, meist den vom Lebensverlängerungs-Institut bestellten oder ihm angeschlossenen — es sind etwa 7000 —, denen Behandlung von Krankheiten nicht gestattet ist, die vielmehr den Patienten an seinen Hausarzt verweisen. Dieses Auseinanderreißen von Beratung und Behandlungsmöglichkeit hat natürlich seine großen Schattenseiten. Der Arzt bei uns dagegen, zu dem

sich ein Versicherter für die ihm gewährte periodische Beratung begibt, hat sich dieser Beschränkung nicht zu unterziehen. Er hat nicht nur eine Gesamtuntersuchung zu machen, die ihm einen Einblick in die Gesundheitsverhältnisse, die Anlagen, die Lebensweise, die etwaige Gefährdungen seines Klienten gibt, sondern es wird von ihm erwartet, daß er daran gleich praktische Ratschläge knüpft, die natürlich mit ärztlichem Takt und Verständnis\*) dafür sorgen müssen, daß keine Hypochondrie und doch energische Mitarbeit resultiert. Damit ist hier die Schwierigkeit, die sich aus der Abgrenzung ergibt, die zwar auch in Amerika streng verlangt wird, aber doch die ständige Sorge der Aerzte und ärztlichen Organisationen bildet, vollkommen beseitigt. Man hat die Grenze in Amerika darin zu finden versucht, daß der untersuchende (Fürsorge-) Arzt bei Krankheitssymptomen nichts weiter unternimmt, als die Behandlung durch einen praktischen Arzt zu empfehlen, und zusagt, diesem seinen Befund mitzuteilen. Bei nicht krankhaftem Zustand gibt er aber hygienische Anweisungen über die ihm geeignet erscheinenden Vorsichtsmaßnahmen bezüglich Ernährung, Schlaf, körperliche Betätigung, Erholung usw. Aber die Grenzen werden immer sehr leicht ins Fließen geraten können; wir kennen ja die Schwierigkeiten hinreichend auch bei uns.

Ein wesentlicher Vorzug ist es auch, daß der Versicherte zu seinem Arzt gehen kann, d. h. zu einem, der ihn schon länger kennt, also meist wohl zu seinem Hausarzte. Andererseits aber steht ihm auch frei, zu dem Arzt zu gehen, von dessen diagnostischen Fähigkeiten er besonders viel hält. Aus dieser Freiheit in der Entschließung kann unendlich viel Gutes entstehen für die rechtzeitige Entdeckung von Leiden, für die Einleitung einer vernünftigen Lebensweise, für die Vermeidung von Schädigungen, für eine richtige Arbeitseinteilung, für das Ablegen bedenklicher Gewohnheiten usw.

Besonders hervorzuheben ist die Tatsache, daß die Gesellschaften keinerlei Kenntnis von dem Ergebnisse der Untersuchung erhalten. Das ärztliche Berufsgeheimnis bleibt vollständig gewahrt wie bei jeder Privatkonsultation, als die sich ja der Vorgang abwickelt. Auftraggeber ist der Versicherte. Die Gesellschaften honorieren die Beratung und verlangen als Gegenleistung nur die Bestätigung, daß die Untersuchung erfolgt ist in einem Maße, wie es mit der Standesvertretung vereinbart ist. Es ist also ausgeschlossen, daß der Versicherte irgendwie durch diese Beratung beeinträchtigt würde. Gelegentlich wird ja ein Versicherter vielleicht kein ganz gutes Gewissen haben insofern, als er, was menschlich, allzu menschlich ist und womit gerechnet werden muß, vor seiner Aufnahme in die Versicherung nicht alles mitgeteilt hat, was tatsächlich oder nach seiner Meinung eine ungünstigere Einschätzung seiner Versicherbarkeit hätte ergeben können. Hier darf er vollständig offen mit dem Arzt sprechen, da dieser ja kein Recht, geschweige eine Pflicht hat, an die Versicherungsgesellschaft etwas weiterzugeben. Die Versicherungsgesellschaften selbst verzichten ausdrücklich, um eben die Beratung in keiner Weise zu beeinträchtigen, auf jede Mitteilung über den Befund. Das einzige, was sie erfahren, ist, daß von dem Arzte Soundso Herr Soundso auf seinen Gesundheitszustand untersucht und beraten worden ist. Die Form ist auf dem Gutschein, den der Arzt zwecks Erlangung seines Honorars von 6 Mark für die Beratung unterschreibt und an die Versicherungsgesellschaft einschickt, mit aufgedruckt. Die Ausfüllung ergibt keinerlei Einzelheiten über den Befund.

Diese Einrichtung liegt ganz und nur im Interesse der Versicherten. Sie können und sollen vollkommen frei sich der Vergünstigung bedienen.

\*) cf. Kreckes feinsinnige Darlegungen in der Festnummer der „Münchener Medizinischen Wochenschrift“ 1928, Nr. 1, S. 54.

Durch die Organisation der freien Wahl des Arztes, bei dem sich die Konsultation wie eine vollkommen private abspielt, ist jeder Befürchtung ein Riegel vorgeschoben, daß die Befunde eine Versicherung ungünstig beeinflussen könnten, und selbst wenn zwecks wissenschaftlicher Verwertung eine unpersönliche Registrierung der Ergebnisse, die im Interesse der biologischen Forschung, der Prognose und Diagnose allerdings von großem Interesse wäre und auf die nur ungern verzichtet worden ist, sich wünschenswert machen sollte, würde sich diese über die Zentrale abspielen, deren Leiter satzungsgemäß Arzt sein und sich daher an das Berufsgeheimnis halten muß. (Schluß folgt.)

### Was hofft heute der Lehrer von der Ferienerholung seiner Schüler?

Von Rektor Friedrich Lorentz, Berlin, Mitglied des Reichsgesundheitsrates

„Ferien“ — welchen Zauber löste von jeher dieses Wort in den Herzen der Schüler aus! Bedeutete es doch die Erlösung für eine längere Zeit von dem drückenden Zwang der einengenden Schulstube, von der Regelmäßigkeit eines wohlgedachten Stundenplanes und von der Aufsicht eines gestrengen Lehrers. Neben diesem — zumeist nur in der Auffassung der Schüler bestehend — Nutzen der Ferien erkannte man bei den

Eltern und Erwachsenen natürlich auch den gesundheitlichen Wert der Ferienerholung. Aber zu der Besserung der Gesundheitsverhältnisse stand die Minderung des Wissensgutes in einem Gegensatz. Das Schulwissen verschwand, wenn nicht durch eine geregelte Nachhilfe das Einmaleinswissen und die Vokabelschätze gehütet wurden. Zumeist wurden zwar die etwaigen Ferienaufgaben erst am letzten Tage in aller Hast erledigt. Mit Bedenken und gewissen geistigen Depressionen sahen Eltern und Kinder dem Schulanfang entgegen, weil so vieles erarbeitetes Wissen verschwunden war. Man freute sich der Ferien und gönnte dem Kinde die Erholung. Andererseits bedauerte man aber diese Unterbrechung wegen des Verlustes mühsam erarbeiteten Wissensstoffes.

Verständige Pädagogen sahen auch schon früh die Nutzlosigkeit erzwungener Ferienarbeiten ein und hoben den Arbeitszwang für die Ferien auf. Gerade bei den erholungsbedürftigen Kindern, die unter einem gewissen Schuldruck standen, ließ die Furcht vor den Ferienaufgaben oft genug eine geistige Ausspannung nicht aufkommen. Diese aber ist die erste Vorbedingung zu einer körperlichen Auffrischung.

Der ganz anders geartete Schulbetrieb der heutigen Zeit und die auf die Weckung und Förderung der im Kinde schlummernden Kräfte und Anlagen gerichtete Pädagogik mißt den Ferien eine wesentlich

## Verband der Aerzte Deutschlands (Hartmannbund).

Hauptgeschäftsstelle: Leipzig C 1, Plagwitzer Strasse 15. — Fernruf-Nr. 44001. — Drahtanschrift: „Aerzterverband Leipzig“.

### Cavete collegae!

Die in nachfolgender Zusammenstellung enthaltenen Stellen sind gesperrt, d. h. es ist verboten, sie anzunehmen, sich um sie zu bewerben, über ihre Annahme Verhandlungen zu führen oder in ihnen bzw. einzelnen zu ihnen gehörigen Zweigen tätig zu sein.

Wer hiergegen handelt, verstößt gegen die Zwecke des Hartmannbundes und damit gegen § 2 der Satzung. Ueber alle mit nachstehenden Stellen zusammenhängenden Angelegenheiten erteilt die Hauptgeschäftsstelle jederzeit Auskunft.

Es ist verboten, bei Berufsgenossenschaften neue Stellen als Durchgangsarzt, Ambulatoriumsarzt, Vertrauensarzt zu übernehmen.

Aerztliche Tätigkeit für alle Mittelstandsversicherungen, die unsere Richtlinien nicht anerkannt haben. Anerkannt haben nur die in unseren Bekanntmachungen dieser Nummer aufgeführten Mittelstandsversicherungen.

- |   |   |   |  |  |
|---|---|---|--|--|
| <p><b>Altenburg</b> Sprengelarztstellen<sup>1)</sup> b. d. früheren Altenburger Knappschaft (jetzt zur Halleschen Knappschaft gehörig).</p> <p><b>Altkirchen</b>, Sprengelarztstellen<sup>1)</sup> b. d. früheren Altenburger Knappschaft (jetzt zur Halleschen Knappschaft gehörig).</p> <p><b>Anspach</b>, Taunus, Gemeinde- u. Schularztstelle.</p> <p><b>Barmen</b>, Knappschaftsarztstelle.</p> <p><b>Bensheim</b>, Arztstelle am Krankenhaus.</p> <p><b>Berlin-Lichtenberg</b> und benachbarte Orte, Schularztstelle.</p> <p><b>Berlin-Niederschönhausen</b>, Arztstelle beim Altersheim d. Franz. Kolonie, Nordendstr. 67.</p> <p><b>Blankenburg, Harz</b>, Halberstädter Knappschaftsverein.</p> <p><b>Blumenthal, Hann.</b>, Kommunalassistentenstellen des Kreises.</p> <p><b>Borna Stadt</b>, Sprengelarztstellen<sup>1)</sup> bei d. früh. Altenburger Knappschaft (jetzt zur Halleschen Knappschaft gehörig).</p> <p><b>Breilhardt</b>, Untertaunus, Kreis, Reg.-Bez. Wiesbaden.</p> <p><b>Bremen</b>, Fab.K.K. der Jutespinn- und Weberei.</p> <p><b>Bremen</b>, Arzt- und Assistenzarztstelle am berufsgenossenschaftlichen Ambulatorium.</p> <p><b>Bremen</b>, Fabrik-, Betriebs- und Werkarztstellen jeder Art.</p> <p><b>Buzgingen</b>, Arztstelle der Südd. Knappschaft. München, Gewerkschaft Baden, Kalisalzbergwerk.</p> <p><b>Culm</b>, S.-Altbg., Knappschafts-(Sprengel-) Arztstelle.</p> <p><b>Dieburg</b> b. Darmstadt, Vertragliche Tätigkeit oder Anstellung beim Sanitätsverein.</p> <p><b>Dobitschen</b>, Sprengelarztstellen<sup>1)</sup> bei d. früh. Altenburger Knapp-</p> | <p>schafft (jetzt zur Halleschen Knappschaft gehörig).</p> <p><b>Doelitz</b>, siehe Stargard, Bahnarztstelle.</p> <p><b>Eckernförde</b>, Vertrauensarztstelle d. A. O. K. K.</p> <p><b>Ehrenhain</b>, Sprengelarztstellen<sup>1)</sup> b. d. früher. Altenburger Knappschaft (jetzt zur Halleschen Knappschaft gehörig).</p> <p><b>Elberfeld</b>, Knappschafts-Arztstelle.</p> <p><b>Elmsborn</b>, Leit. Arzt- u. Assistenzarztstelle am Krankenhaus.</p> <p><b>Erfurt</b>, Aerztliche Tätigkeit bei dem Biochem. Verein „Volksheil“ u. d. Heilkundigen Otto Würzburg.</p> <p><b>Essen, Ruhr</b>, Arztstelle an den von d. Kruppschen KK. eingericht. Behandlungsanstalten.</p> <p><b>Finsterwalde</b>, Stadtarztstelle.</p> <p><b>Freienwalde (Oder)</b>, Stellung eines Chirurgen als gleichz. städt. Krankenhaus, Fürsorge- und behand. Arzt für Stadtarme und Kleinrentner.</p> <p><b>Frohburg</b>, Sprengelarztstellen<sup>1)</sup> b. d. früheren Altenburger Knappschaft (jetzt zur Halleschen Knappschaft gehörig).</p> <p><b>Glossmannsdorf</b>, Schles., Neubesetzung von Assistenzarztstellen an der Römplerschen Heilanstalt und den Weickerschen Heilanstalten (Krankenheim und Marienhaus).</p> <p><b>Gössnitz</b>, Sprengelarztstellen<sup>1)</sup> b. d. früheren Altenburger Knappschaft (jetzt zur Halleschen Knappschaft gehörig).</p> <p><b>Groitzsch</b>, Sprengelarztstellen<sup>1)</sup> b. d. früheren Altenburger Knappschaft (jetzt zur Halleschen Knappschaft gehörig).</p> <p><b>Güstrow</b>, Arztstelle i. Landesfürsorgehaus u. Landeskindenheim in Güstrow, Landes Strafanstalt Dreiebergen und Zentralgefängnis Bützow.</p> | <p><b>Halle'sche Knappschaft</b>, fach-ärztl. Tätigkeit und Chefarztstelle einer Augen- und Ohrenstation.</p> <p><b>Halle a. S.</b>, Sprengelarztstellen<sup>1)</sup> bei d. früh. Altenburger Knappschaft (jetzt zur Halleschen Knappschaft gehörig).</p> <p><b>Hannover</b>, Assistenzarztstelle an der berufsgenoss. Unfallklinik.</p> <p><b>Hartau</b>, siehe Zittau.</p> <p><b>Hirschfelde</b>, siehe Zittau.</p> <p><b>Kandrzln</b>, Oberschl. Eisenbahn BKK.; ärztliche Tätigkeit am Antoniusstift.</p> <p><b>Keula</b>, O.L., s. Rothenburg.</p> <p><b>Knappschaft</b>, Sprengelarztstellen<sup>1)</sup> bei d. früh. Altenburger Knappschaft (jetzt zur Halleschen Knappschaft gehörig).</p> <p><b>Knappschaft</b> (Oberschlesische), sämtliche Sprengel- und Facharztstellen.</p> <p><b>Köllin</b>, siehe Stargard, Bahnarztstelle.</p> <p><b>Köthen (Anhalt)</b>, Aerztliche Tätigkeit im Säuglings- und Entbindungshaus des Kreises.</p> <p><b>Köhren</b>, Sprengelarztstellen<sup>1)</sup> bei der früheren Altenburger Knappschaft (jetzt zur Halleschen Knappschaft gehörig).</p> <p><b>Kotzenau</b>, BKK. d. Marienhütte.</p> <p><b>Langenleuba-Niederhain</b>, Sprengelarztstellen<sup>1)</sup> b. d. früh. Altenburger Knappschaft (jetzt zur Halleschen Knappschaft gehörig).</p> <p><b>Lueka</b>, Sprengelarztstellen<sup>1)</sup> b. d. früh. Altenburger Knappschaft (jetzt zur Halleschen Knappschaft gehörig).</p> <p><b>Mengerskirchen</b>, Oberlahnkreis, Gemeindearztstelle i. Bez.</p> <p><b>Merseburg</b>, A.O.K.K.</p> <p><b>Münster i. W.</b>, Knappschaftsarztstelle.</p> | <p><b>Muskau (O.-L.)</b> und Umgegend, siehe Rothenburg.</p> <p><b>Naumburg a. S.</b>, Knappschafts-arztstelle.</p> <p><b>Nobitz</b>, Sprengelarztstellen<sup>1)</sup> b. d. früh. Altenburger Knappschaft (jetzt zur Halleschen Knappschaft gehörig).</p> <p><b>Nöbdenitz</b>, S.-Altenburg., Knappschafts-(Sprengel-) Arztstelle.</p> <p><b>Oberschlesische Knappschaft</b>, sämtliche Sprengel- und Facharztstellen.</p> <p><b>Olbersdorf</b>, siehe Zittau.</p> <p><b>Oschatz</b>, hauptamtliche Fürsorgearztstelle.</p> <p><b>Pegau</b>, Sprengelarztstellen<sup>1)</sup> b. d. früh. Altenburger Knappschaft (jetzt zur Halleschen Knappschaft gehörig).</p> <p><b>Pöhlitz</b>, S.-Altbg., Knappschafts-(Sprengel-) Arztstelle.</p> <p><b>Raunhelm (b. Mainz)</b>, Gemeindearztstelle.</p> <p><b>Regis</b>, Sprengelarztstellen<sup>1)</sup> b. d. früheren Altenburger Knappschaft (jetzt zur Halleschen Knappschaft gehörig).</p> <p><b>Rennerod (Westerwd.)</b>, Gemeindearztstelle.</p> <p><b>Ronneburg</b>, S.-Altbg. Knappschafts-(Sprengel-) Arztstelle.</p> <p><b>Rositz</b>, Sprengelarztstellen<sup>1)</sup> b. d. früheren Altenburger Knappschaft (jetzt zur Halleschen Knappschaft gehörig).</p> <p><b>Rothenburg</b>, Schles., f. d. g. Kr., Niederschl. und Brandenburg. Knappschaft, L.K.K. u. AOKK. des Kreises Sagan.</p> <p><b>Sagan</b>, (f. d. Kr.) Niederschl. u. Branden. Knappschaft.</p> <p><b>Schmiedeberg</b>, Bez. Halle, leit. Arztstelle am städt. Kurbad.</p> <p><b>Schmittau</b>, T., Gem.-Arztstelle.</p> <p><b>Schmölln</b>, Sprengelarztstellen<sup>1)</sup> b. d. früheren Altenburger Knappschaft (jetzt zur Halleschen Knappschaft gehörig).</p> | <p><b>Schönwerder</b>, siehe Stargard, Bahnarztstelle.</p> <p><b>Singhofen</b>, Unterlahnkreis. Gemeindebezirksarztstelle.</p> <p><b>Stargard</b>, Pommern, Bahnarztstelle d. RBD. Osten beim Betriebssamt 1 für Stargard und die Strecke Schönwerder, Doelitz, Köllin, Strelow.</p> <p><b>Starkenbergr</b>, Sprengelarztstellen<sup>1)</sup> bei der früheren Altenburger Knappschaft (jetzt zur Halleschen Knappschaft gehörig).</p> <p><b>Strelow</b>, siehe Stargard, Bahnarztstelle.</p> <p><b>Treben</b>, Sprengelarztstellen<sup>1)</sup> bei der früher. Altenburger Knappschaft (jetzt zur Halleschen Knappschaft gehörig).</p> <p><b>Turchau</b> siehe Zittau.</p> <p><b>Waldenburg</b>, Schles., Neubesetzung von Assistenzarztstellen am Knappschafts-lazarett.</p> <p><b>Weissensee</b> b. Berl., Hausarztverb.</p> <p><b>Weisswasser (O.-L.)</b> u. Umgeg. siehe Rothenburg.</p> <p><b>Wesol</b>, Knappschaftsarztstelle.</p> <p><b>Westerburg</b>, Kommunalverband.</p> <p><b>Windischleuba</b>, Sprengelarztstellen<sup>1)</sup> b. d. früheren Altenburger Knappschaft (jetzt zur Halleschen Knappschaft gehörig).</p> <p><b>Wintersdorf</b>, Sprengelarztstellen<sup>1)</sup> bei der früheren Altenburger Knappschaft (jetzt zur Halleschen Knappschaft gehörig).</p> <p><b>Zehma</b>, Sprengelarztstellen<sup>1)</sup> bei der früheren Altenburger Knappschaft (jetzt zur Halleschen Knappschaft gehörig).</p> <p><b>Zimmerau</b>, Bez. Königshofen.</p> <p><b>Zittau-Hirschfelde</b> (Bezirk), Arztstelle bei d. Knappschafts-krankenkasse der „Sächsischen Werke“ (Turchau, Glückauf, Hartau).</p> <p><b>Zoppot</b>, AOKK.</p> <p><b>Zwickau</b>, Sa., Arztstelle bei der Bergschule.</p> |
|---|---|---|--|--|

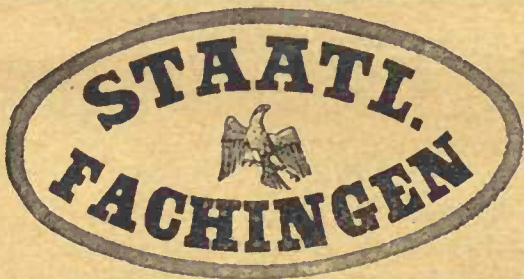
<sup>1)</sup> und jede ärztliche Tätigkeit.



# Spiran

die alterprobte Hustenarznei zur Erleichterung des Auswurfs bei allen Erkrankungen der Luftwege

Temmler-Werke · Berlin-Johannisthal



## Analyse

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

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

Der natürliche Mineralbrunnen „Staatl. Fachingen“ findet seit Jahrzehnten mit hervorragendem Erfolg Verwendung bei **Störungen der Verdauungsorgane** (Magenkatarrh, Magenschmerzen und Magenbeschwerden sowie Darmstörung, habituelle Stuhlverstopfung, Icterus katarrhalis)

**Erkrankungen der Harnorgane** (akute Nephritis, chron. parenchymatöse Nephritis, Harnsäuresteine in Nieren u. Blase, Blasenerkrankungen) **Stoffwechselkrankheiten** (Gicht, Diabetes)

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



## Privat - Lungenheilstalt

650 Meter ü. d. M.

Pneumothoraxtherapie. Halsbehandlung. Röntgeneinrichtung. Höhen- u. Luft-Sonnenbad.

Zimmer mit fließendem Kalt- u. Warmwasser.  
**Sommerkuren. Winterkuren.**  
 Näheres Prospekt.

## Sanatorium Schömburg

I. Schömburg b. Wildbad (Schwarzwald) Chefarzt: Dr. Walder.

## 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. 2.50; Kass.-P. (6 · 1.) 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  
 Telefon 55236

# BAD TÖLZ

## DEUTSCHLANDS GRÖSSTES JODBAD

Bayerische Alpen, 700 m ü. d. M., Luftkurort mit ganzjährigem Betrieb; herrliche Lage, subalpines Klima.

Kurmittel: Jodtrinkkuren, Jod- und alle anderen medizinischen Bäder, Moor- und Kohlensäure-Bäder.

Vorzügliche Unterkunft in Kurhotels, Fremdenheimen, Villen und Gasthöfen. Kurmittelversand durch die Badedirektion, Auskünfte, Prospekte und Wohnungsliste durch das Verkehrsbüro.

andere Bedeutung bei. Der Verlust an Gedächtnisstoffen wird nur gering eingeschätzt. Er betrifft vielfach nur unerhebliche Momente. Das einmal geweckte Können wird nur erstarren, wenn es einmal Gelegenheit findet, während längerer Zeit eigenen Wegen nachzugehen. Durch eigenes Nachdenken und selbstgewählte freie, ungegänzelte Tätigkeit kräftigt sich die geistige Denkkraft und Urteilsfähigkeit des Kindes. Wie man dem Kinde beim Laufenlernen auch Freiheit läßt, selbsttätige Gehversuche zu machen, so muß auch der Schüler Gelegenheit haben, seine in der Schule entwickelten Kräfte selbständig zu gebrauchen. Er muß nur einmal in den Sattel gesetzt werden, um Reiten zu lernen. Feld und Wald, Berg und Tal, See und Gebirge — das sind jetzt seine Schulstüben, und Tiere und Pflanzen, der gestirnte Himmel über uns, sie werden zu Lehrmeistern des großen Naturgeschehens.

Aber nicht nur in der Verarbeitung und der innigen Verschmelzung der erzielten Vorstellung liegt der pädagogische Wert der Ferienzeit. Darüber hinaus gibt sie dem Schüler neue Erlebnisse, Erfahrungen und Kenntnisse mit in die Heimat und in die wieder einsetzende Schulzeit. Wie brennt der heimkehrende Ferienbummler schon darauf, aus seinen kleinen Erlebnissen seinen Mitschülern und seinem Lehrer aufzuteilen zu dürfen. Der Austausch ihrer Erlebnisse schlingt ein einigendes Band um die Klassengemeinschaft. Dem geschickten Pädagogen bieten die Darstellungen seiner Kleinen die Probleme zu neuer Unterrichtsarbeit. So wird der Schüler zum Lehrer seines Meisters, der nun vom Kinde aus kindesgemäß den Unterricht gestalten wird.

Wenn sich der geistige Feriengewinn auch nicht bei jedem Kinde sogleich in klingende Wahrheit ummünzen und aufweisen läßt, so darf man doch sicher

sein, daß auch diese Zeit zur günstigen Reifung und Förderung unserer Schüler beitragen wird. Gerade die Ferientage können im Schüler „gestaltende Kräfte“ entbinden, die wir dann zur Weiterarbeit in den folgenden Schulwochen notwendig gebrauchen.

### Wohnungen für Tuberkulöse. ✓

In Sachsen hat sich der Verteilungsausschuß der Mietzinssteuer auf Veranlassung des sächsischen Arbeits- und Wohlfahrtsministeriums bereit erklärt, eine Million Reichsmark für die Errichtung von Wohnungen für Tuberkulöse zu gewähren. Es wird beabsichtigt, mit Rücksicht auf die, für die Kranken besonders notwendige Gelegenheit, sich im Freien aufhalten zu können, Wohnungen im Flachbau anzulegen derart, daß sämtliche Wohnräume in einem Geschoß untergebracht sind und nach Möglichkeit auch Gartenland zur Verfügung steht.

### Alkoholkranken-Fürsorge.

Man mag zur Alkoholfrage stehen wie man will: In bezug auf offenbaren Alkoholmißbrauch und die Fürsorge und möglichste Heilung der dem Alkoholteufel verfallenen gewohnheitsmäßigen Trinker sind sich alle Verständigen einig. Dementsprechend vereinigen sich auch Landesregierungen, Provinzial- und Kommunalverwaltungen, kirchliche Organisationen aller Bekenntnisse und private Vereinigungen der verschiedensten Arten in der Schaffung und Bewirtschaftung von Heil- und Pflegestätten für Alkoholranke. Einer sorgfältigen Zusammenstellung von Johannes Thiken in Jena entnehmen wir, daß in Deutschland insgesamt 32 Heilanstalten für Alkoholranke mit rund 1200 Betten

# ÄRZTLICHE RUNDSCHAU

Heft 15

**Inhalt:** Dr. Georg Zachariae, Wald-Sieversdorf b. Berlin: Experimentelle Untersuchungen über Hautresorption. — Dr. med. Erna Levy, Charlottenburg: Orthopädie und Gymnastik. — Dr. Stefan Carlebach, Stuttgart: Ein seltener Fall von Polymyositis. — Dr. Josef Poras, Wien: Ueber Arzneispezialitäten und Hustenmittel. — Ratschläge für die Praxis: Dr. G. Hübener, Bad Nauheim: Der Meteorismus und seine Behandlung. — Aertzliche Gutachten: Dr. Paul Weil, Stuttgart: Lungenembolie und Betriebsunfall. — Kongress- und Vereinsberichte: Franz Bange, Berlin: Bericht über die 52. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie in Berlin. — Bücherschau. — Tagesneuigkeiten.

# DIE TUBERKULOSE

Heft 8

**Inhalt:** Prof. Dr. A. Bacmeister: Die hausärztliche Behandlung der Tuberkulose. — Dr. Becker: Lungentuberkulose und künstliche Höhensonne, insbesondere die Stellungnahme des praktischen Arztes zu dieser Behandlungsmethode. — Dr. Kurt Baumann: Ergebnisse der Pneumothoraxbehandlung in den Jahren 1920 bis 1926. — Dr. Ladislaus Heumann: Zur Pathologie und Therapie der Hämoptoe. — Dr. Karl Stuhl: Der röntgendiagnostische Kursus in der Heilstätte Donaustauf. — 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: .....

bestehen; daneben gibt es noch 4 von öffentlich-rechtlichen Verbänden eingerichtete und betriebene Heime für entmündigte oder unter vorläufiger Vormundschaft stehende Alkoholkranke mit 327 Betten. Während die Heilanstalten überwiegend offene Anstalten sind, sind die Heime für die bevormundeten Alkoholkranken durchgehend geschlossene Anstalten. In allen Anstalten wird planmäßige Arbeitstherapie getrieben.

### Beitrag zur Bayerischen Aerzteversorgung für das 2. Vierteljahr 1928.

Der Beitrag für das zweite Vierteljahr 1928 (1. April bis 30. Juni) beträgt 7 Proz. des tatsächlich erzielten reinen Berufseinkommens (Gesamteinkommen nach Abzug von durchschnittlich 30 Proz. Werbeunkosten).

Der Mindestbeitrag von 80 M. reicht nur bei solchen Mitgliedern aus, welche im Vierteljahr kein höheres Reineinkommen als 1143 M. erzielt haben. Alle anderen Mitglieder müssen 7 Proz. ihres Reineinkommens zahlen.

Der Betrag ist bis 15. August 1928 auf das Postscheckkonto München Nr. 5666 „Versicherungskammer (Aerzteversorgung)“ zu überweisen.

München, den 3. August 1928.

Versicherungskammer,  
Abteilung für Aerzteversorgung.  
I. A.: gez. Oberregierungsrat Hilger.

### Mitteilung des Bayerischen Aerzteverbandes.

Wie wir erfahren, ist die Arztstelle in Rieden bei Amberg durch Wegzug des bisherigen Inhabers frei geworden und noch nicht wieder besetzt. Wir geben den Herren Kollegen, welche Interesse an der Stelle haben, den Rat, sich beim zuständigen Aerztlich-wirtschaftlichen Verein Amberg zu erkundigen.

### Bekanntmachung des Städtischen Versicherungsamtes Ludwigshafen a. Rh.

Der Zulassungsausschuß (Besetzung nach § 4 der Zulassungsbestimmungen) hat in seiner Sitzung vom 25. Juli 1928 folgenden Beschluß gefaßt:

Der Antrag des um Zulassung zur Kassenpraxis sich bewerbenden und ins Arztregister eingetragenen Arztes Dr. Leopold Bodenheimer, prakt. Arzt in Ludwigshafen am Rhein, wird mit Stichentscheid des Vorsitzenden gegen die Stimmen der Aerztevertreter abgelehnt.

Die Ablehnung wird damit begründet, daß eine Stelle, die besetzt werden müßte, nicht frei und ein Bedürfnis

nach Zulassung eines prakt. Arztes im Stadtbezirk Ludwigshafen am Rhein nicht gegeben ist.

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

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

Ludwigshafen am Rhein, den 2. August 1928.

Städtisches Versicherungsamt:

Der Vorsitzende.

I. V.: Dissinger.

### Zulassungsverfahren für die Betriebskrankenkassen der Reichsbahn und Reichspost in Bayern.

Mit Wirkung ab 1. Juli d. J. trat für die Zulassung zur Praxis bei den Betriebskrankenkassen der Reichsbahn und Reichspost in Bayern ein neues Verfahren nach Maßgabe der vom Landesausschuß für Aerzte und Krankenkassen beschlossenen Bestimmungen in Kraft (vgl. E. d. Staatsministeriums für Soziale Fürsorge vom 9. Juli 1928, Nr. 1076 h 136, abgedruckt im „Bayer. Staats-Anzeiger“ Nr. 159 v. 12. Juli 1928). Voraussetzung für die Zulassung ist die Eintragung in ein besonderes Arztregister, das beim Zentral-Wohlfahrtsamt der Gruppenverwaltung Bayern der Deutschen Reichsbahn-Gesellschaft in Rosenheim geführt wird. Diejenigen Aerzte, die künftig eine frei gewordene Reichsbahn- und Reichspostkassenarztstelle anstreben, haben ihre Gesuche um Eintragung in das Arztregister und um Zulassung zur Praxis bei den genannten Kassen an das Zentral-Wohlfahrtsamt in Rosenheim zu richten.

K a r m a n n.

### Vereinsnachrichten.

(Originalbericht des Bayer. Aerztl. Correspondenzblattes.)

#### Aerztlich-wirtschaftlicher Verein Amberg E. V.

(5. ordentliche Mitgliederversammlung am 4. August 1928.)

Anwesend 12, entschuldigt 9. Vorsitz: Dr. Kord-Lütgert.

Genehmigung der vom Ausschuß vorbereiteten Verträge mit dem Geschäftsführer und der Hilfskraft der Geschäftsstelle. — Revisionsbericht über die Geschäftsstelle

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

Soeben erschien:

## Blutprobe im Vaterschafts-Beweise.

Von Dr. Max Henke.

27 Seiten. Preis Mk. 1.—, geb. Mk. 1.50.

Verfasser bespricht im ersten Teil seiner Abhandlung in äußerst klarer Weise sämtliche zivil- und strafrechtlichen Verfahren, in denen sich der Blutprobenbeweis anwenden läßt. Zur näheren Erläuterung der wiedergegebenen einschlägigen Gesetzesvorschriften werden aus der Praxis genommene Beispiele des täglichen Lebens angeführt. Im zweiten Teile legt Verfasser dar, wie der ärztliche Sachverständige überhaupt die Blutgruppenbestimmung macht und auf welche Art und Weise er dann durch die Blutgruppenvergleiche zur untrüglichen Vaterschaftsdiagnose kommt. Dem Juristen, dem Arzte und nicht zuletzt jedermann ermöglicht die kleine Abhandlung des Verfassers, der selbst in der Praxis der Blutgruppenforschung steht, eine denkbar gute Uebersicht über das gesamte Gebiet des Blutgruppenbeweises in Vaterschaftsachen. Dieses höchst aktuelle Thema ist bisher in der Literatur noch nicht behandelt worden.

1927, Entlastung des Geschäftsführers. — Besprechung der Leitsätze Romberg-Frankenburg-Dörfler zur „Bekämpfung der Tuberkulose auf Grund der jetzigen Anschauung“ nach der Veröffentlichung in Nr. 30 des „Bayer. Aertzl. Correspondenzblattes“. — Besprechung des Standes der Vertragsverhandlungen mit der Süddeutschen Knappschaft in München. — Beschlußfassung zur Bekanntgabe des ärztlichen Sonntagsdienstes, welcher in den Tagesblättern nicht veröffentlicht werden soll. — Bekanntgabe des Schiedsspruches zum Vertrag mit den Ersatzkrankenkassen. — Mitteilung der Satzungsänderung der D.-H.-V.-Krankenkasse, welche künftig Medikamente für Familienangehörige nicht mehr bezahlt. Entsprechende Verordnungen haben demgemäß künftig auf Privatrezept zu erfolgen. — Mitteilung der Ergebnisse der Listenkontrolle für das erste Quartal 1928, welche zu teilweise sehr bedeutenden Abstrichen und Rückzahlungen führen wird. — Mitteilung eines Planes zur Neuregelung der Honorarauszahlung an die Kassenärzte, nach welchem sich eine pünktliche und regelmäßige Auszahlung des zustehenden Gesamtbetrages aus der Monatsrechnung auf einmal ermöglichen läßt. Einstimmige Genehmigung des Planes zur versuchsweisen Durchführung nach längerer Debatte.  
Dr. Martius.

### Amtliche Nachrichten.

**Bekanntmachung d. Staatsmin. f. Unt. u. K. u. d. Inn. vom 30. Juli 1928 Nr. VII 32062 über einen Lehrgang für Aerzte an der Landesturnanstalt in München.**

In der Zeit vom 1. mit 10. Oktober 1928 findet an der Landesturnanstalt in München ein Lehrgang für Aerzte mit folgendem Unterrichtsplane statt:

#### 1. 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.“

Univ.-Prof. Dr. Gotthardt: „Herz und Sport.“ Einführung und Demonstration der röntgenologischen Technik.

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.“

Studien-Prof. Hacker: „Übungsstättenbau.“

2. Praktische Übungen, täglich mindestens 3 Stunden.

#### 3. 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 50 RM. 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.

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.

I. A.: gez. v. Völk. I. A.: gez. Dr. Korn.

### Dienstesnachrichten.

Vom 1. August 1928 an wird dem Bezirksarzt für den Verwaltungsbezirk Nabburg, Dr. Moritz Dorsch in Nabburg, Titel und Rang eines „Obermedizinalrates“ verliehen.

### Vereinsmitteilungen.

**Aerztlich-wirtschaftlicher Verein Regensburg u. Umgebung.**

✓ Auszahlung der Kassenhonorare: Donnerstag, den 16. und Donnerstag, den 23. August. Weidner.

**Mitteilungen des Münchener Aerztevereins für freie Arztwahl.**

1. Die Richtlinien für die Anwendung elektrophysischer Heilmethoden vom 15. Mai 1925 sind geändert worden und in der neuen Fassung im Reichsarbeitsblatt vom April veröffentlicht. Da sie den Genehmigungen entsprechender Leistungen bei den Ersatzkassen zugrunde liegen, seien sie nachfolgend in Erinnerung gebracht:

#### A. Bogenlampenbestrahlung.

1. Mit Quecksilberdampf Lampe („künstliche Höhensonne“, Kromayerlampe).

Die künstliche Höhensonne darf bei Versicherten und deren Angehörigen nur da angewendet werden, wo sie unbedingt angezeigt und insbesondere geeignet ist, Arbeitsfähigkeit schneller wiederherzustellen als ein anderes (billigeres) Mittel. In allen geeigneten Fällen soll von der natürlichen Sonnenbestrahlung Gebrauch gemacht werden.

Die Höhensonne wirkt auf den gesamten Körper, indem sie die Haut zu vermehrter Bildung von Schutz- und Abwehrstoffen anregt. Daher soll bei jeder Sitzung ein möglichst großer Teil der gesamten Haut bestrahlt werden. Gleichzeitige Bestrahlungen mehrerer Kranker mit einer Lampe sind als unwirksam zu verwerfen. Oertliche Bestrahlungen sind zulässig bei den in den nachfolgenden Ziff. a) 4, 6, b) 2, 3, 4 aufgeführten Erkrankungen.

Es werden höchstens 10 Bestrahlungen auf einmal genehmigt.

#### Zulässig, weil

a) von anerkannter Wirksamkeit ist die Höhensonne bei:

1. chirurgischen Tuberkulosen (Knochen, Haut, Gelenke, Bauchfell),
2. Lungentuberkulose im ersten Stadium,
3. Skrofulose, auch skrofulösen und tuberkulösen Ohren- und Augenerkrankungen,
4. Tuberkulose der Haut, Lupus vulgaris und Schmetterlingsflechte,
5. Rachitis,
6. geschwürigen Prozessen der Hornhaut und Bindehaut des Auges;

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

- b) von bedingter Wirksamkeit ist die Höhensonne bei:
1. lymphatischer Diathese (neben allgemeiner Freiluftbehandlung bei Kindern),
  2. schlecht heilenden Wunden,
  3. Ulcus cruris,
  4. Alopecia, zumal areata (nur wenn sie Anlaß zur Erwerbslosigkeit gibt),
  5. Asthma bronchiale.

2. Mit Kohlenbogenlampe (Bogenlichtreflektoren, Landeckerlampe, Jupiterlampe, Aureollampe, Vogtsche Kohlenbogenlampe, Birch-Hirschfeldlampe).

Zulässig:

- a) zur Erzielung von Lichtwirkung bei chronischen Ekzemen und Hautgeschwüren, die anderer Behandlung trotzen,
- b) zur Erzielung von Wärmewirkung bei
1. besonderen Fällen von chronischen Gelenkerkrankungen,
  2. Lumbago und ähnlichen Krankheiten,
  3. schmerzhaften Nervenentzündungen,
- c) bei geschwürigen Prozessen der Hornhaut und Bindehaut des Auges.

B. Glühlampenbestrahlung.

(Kombinierte Licht- und Wärmewirkung.)

1. Glühlichtbäder.

Zulässig bei entzündlichen Erkrankungen und Schmerzstillung, und zwar

- a) als Glühlicht-Vollbäder bei allgemeinen rheumatischen Erkrankungen und solchen mehrerer Gelenke oder Muskelgruppen,
- b) als Glühlicht-Teilbäder zur lokalen Anwendung aus denselben Ursachen je nach den befallenen Organen:
1. bei Ausschwitzungen oder deren Resten in der Brust- oder Bauchhöhle,
  2. bei entzündlichen Erkrankungen der Unterleibsorgane,
  3. als Kopflichtbäder bei Katarrhen und Entzündungen der Nase, der Nasennebenhöhlen und des Mittelohres in Verbindung mit oder nach anderweiter Behandlung,
  4. bei Erkrankungen der Halsorgane.

2. Wärmestrahlenlampen (Sollux, Neon).

Zulässig bei Erkrankungen

- a) der Gelenke,
- b) der Muskeln,
- c) der Sehnen und Sehnenscheiden,
- d) der Haut und des Unterhautzellgewebes,
- e) der Nase, der Nasennebenhöhlen, der Ohren und des Halses, aber nur in Verbindung mit oder nach anderweiter Behandlung.

C. Heißblutbehandlung mit Kastenapparaten (mit elektrischer, Gas- oder Spiritusheizung), reine Wärmewirkung.

Zulässig bei den unter B 2 a—d aufgeführten Erkrankungen.

Die Abschnitte VII und VIII fallen weg.

2. Die Arzneimittelkommission teilt mit:

Von der Polizeidirektion München ging folgendes Schreiben ein:

Betrifft: Verkehr mit Betäubungsmitteln.

„... In letzter Zeit wurde bei Einvernahme von Personen, welche mit gefälschten Rezepten in verschiedenen Apotheken Münchens und Umgebung Betäubungsmittel zu erlangen versuchten, festgestellt, daß sie teilweise die Rezeptformulare in den Sprechstunden von Aerzten, welche sie zwecks Behandlung aufgesucht hatten, entwendeten.“

In einem Falle wurde von einer Frauensperson, während sie von dem Arzt eine Morphiumeinspritzung erhielt, ein ganzer Block Rezeptformulare gestohlen.

Auch wurde in einzelnen Fällen festgestellt, daß von manchen Aerzten Rezepte auf Betäubungs- oder andere Mittel mit Bleistift geschrieben wurden. In diesen Fällen wurden von den Betäubungsmittelsüchtigen die Bleistiftschrift ausradiert, die Unterschrift des Arztes mit Tinte nachgefahren und die Rezepte gefälscht.

Um einerseits zu vermeiden, daß die Herren Aerzte durch Rückfragen seitens der Apotheker — wie es diesen in Zweifelsfällen vorgeschrieben ist — vorwiegend während der Nachtzeit belästigt werden, andererseits um die Fälschungen überhaupt möglichst einzuschränken, ersuche ich die Mitglieder entsprechend verständigen und sie ersuchen zu wollen, die Rezeptformulare derart zu verwahren, daß Entwendungen von solchen unmöglich gemacht werden, und daß die Rezepte möglichst mit Tinte ausgefüllt werden, um Fälschungen durch Radierungen hintanzuhalten. ...“

Ich verweise auf meine Mitteilungen im „Bayer. Aerztl. Correspondenzblatt“ Nr. 10, 12, 18 u. 20 d. J. und wiederhole die Bitte an die Herren Kollegen, neben genauer Beachtung der obenstehenden Zuschnitt der Polizeidirektion tunlichst bei sämtlichen Opitäten die Wiederholung der Dosen in Zentigrammen und Dezigrammen beizusetzen, um Zahlenfälschungen tunlichst zu vermeiden.

Kustermann.

### Fachnormenausschuß Krankenhaus (Fanok).

Vorsitzender: Professor Dr. Hoffmann, Direktor im Hauptgesundheitsamt der Stadt Berlin.

Der Fachnormenausschuß Krankenhaus veröffentlicht im Fanokteil des Hefes 15 der Zeitschrift für das gesamte Krankenhauswesen (Verlag Julius Springer, Berlin W 9, Linkstraße 23/24) den Entwurf einer Normungsliste für Verbandstoffe, für die eine Normung notwendig ist wegen der zu zahlreichen Qualitäten und der Unmöglichkeit der Qualitätskontrolle für den Verbraucher. Diese Veröffentlichungen werden für alle Verbandstofffabriken, Krankenhäuser, Apotheken und die Aerzteschaft von besonderem Interesse sein. Hervorgehoben zu werden verdient die Einteilung in Verbandwatten: Augenwatte, Wundwatte, Saugwatte; gebleichte und ungebleichte Zellstoffwatte; Verbandmull; Steifgaze; Kambrik. In jedem Einzelfall ist die Normqualität genau vorgeschrieben worden. Die Einspruchsfrist läuft bis 15. September 1928.

Außerdem werden hier mitgeteilt die als erste Ar-

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

DIÄTETISCHE TUBERKULOSE-BEHANDLUNG!

**MINERALOGEN**

LITERATUR-SAUERBRUCH: HERMANNSDORFER, M.M.W. 1928'ek.

beit aus den Arbeitergruppen der Normenstelle der Deutschen Röntgengesellschaft erschienenen Vorschriften für die Errichtung und den Betrieb von medizinischen Röntgenanlagen zur Vermeidung von Schädigungen durch Röntgenstrahlen und chemische Wirkungen, die später als DIN-Röntgen-Normen herausgegeben werden sollen.

Einsprüche gegen diesen Vorschlag werden bis zum 1. September 1928 an den Vorsitzenden der Normenstelle, Herrn v. Buol, Berlin-Siemensstadt, erbeten.

### Bücherschau.

**Das Kind in gesunden und kranken Tagen.** Herausgegeben von Dr. G. Bodek. Verlag Konegen, Leipzig-Zürich-Stuttgart. Geh. RM. 5.—, geb. RM. 8.—.

Das unter Mitarbeit mehrerer Aerzte für Eltern, Erzieher, Aerzte, Pflegerinnen und alle um Kinder Besorgte geschriebene Buch kann bestens empfohlen werden. Alles Wissenswerte wird in klarer, dabei sehr angenehm zu lesender Form besprochen, das Körperliche ebenso wie das Seelische im ganzen Kinderleben einschließlich der Reifezeit. Die Ernährungsregeln, auch bei Magendarmkrankungen, sind von wohlthuend einfacher Art. Die komplizierten und Heilnahrungen werden wohl erwähnt, ihre Anwendungen jedoch mit Recht dem behandelnden Arzte zugewiesen, dessen notwendiger Rat in allen Zweifeln gebührend betont wird. Für den Arzt, welchem das Buch ja mitgelten soll, bringt es wohl etwas zu wenig. 74 gute, zum Teil neuartige Bilder verdeutlichen den Inhalt.  
Doernberger.

**Psychologisches Wörterbuch.** Von Dr. Fritz Giese, Technische Hochschule Stuttgart. 2. Aufl. mit 60 Fig. im Text. Teubners Kleine Fachwörterbücher 7. Verlag von B. G. Teubner in Leipzig und Berlin. Preis geb. RM. 4.80.

Jeder, der den Wunsch oder Veranlassung hatte, sich in die Literatur über Psychologie einzulesen, wird die damit verbundenen Schwierigkeiten kennen. Sie liegen vor allem darin, dass die Autoren mit Begriffen arbeiten, welche dem nicht speziell Vorbildeten mehr weniger fremd sind. Dadurch wird die Lektüre sehr erschwert, wenn sie nicht ganz unfruchtbar bleibt. Hier füllt das vorliegende Buch eine wirkliche Lücke aus. Es gibt in kurzen Sätzen Auskunft über das ganze Gebiet der Psychologie sowie ihre Beziehungen zur Medizin, Pädagogik, Berufswahl usw. Auch über die Völkerpsychologie und die noch in der Entwicklung begriffene Psychologie der Massenseele; die sprachliche Erklärung der Grundbegriffe wird gegeben, klare und einfache Abbildungen bringen die einschlägigen Versuchsapparate und erläutern den Text. Auch ist der hervorragenden Forscher auf diesem Gebiete mit kurzen biographischen Notizen und ihrer Hauptarbeiten gedacht. Auch ausserhalb der Benutzung als Wörterbuch wird man beim Durchblättern des Buches viel lernen können.  
Neger, München.

**Die Erotik in der Ehe.** Ihre ausschlaggebende Bedeutung. Von Dr. Th. H. Van de Velde. Benno Konegen, Medizinischer Verlag, Leipzig und Stuttgart. 94 Seiten, in Ballonleinen gebunden RM 5.—.

Ueber die Gründe der Krisis, die die Ehe heute mehr als je durchzumachen hat, sind die Auffassungen natürlich sehr geteilt, und die Lösung der Frage ist auch dadurch nicht erleichtert worden, dass sich soviel Unberufene in den Meinungsstreit gemischt haben. Hier ist nun das Urteil eines erfahrenen Frauenarztes, der einen tiefen Einblick in viele Ehegemeinschaften und damit auch in das Seelenleben des Menschen verschiedener Nationen gewonnen hat. Er beansprucht nicht ein Allheilmittel gefunden zu haben, aber seine Ratschläge können in sehr vielen Fällen den richtigen Weg weisen, um aus der Ehenot herauszukommen oder von vornherein eine Ehekrisis zu vermeiden. Auch noch in dieser Beschränkung besitzt dieses Werk, das die erweiterte Fassung eines vom Verfasser in verschiedenen grossen Städten gehaltenen Vortrages darstellt, eine hohe Bedeutung.

**Das Wichtigste aus dem Gebiete der Herzkrankheiten und ihre Behandlung.** Von Prof. Dr. Joh. Weicksel, Leipzig. 4. völlig umgearbeitete und erweiterte Auflage. Mit 16 Abbildungen im Text und 15 Röntgenbildern und 1 Abbildung auf Tafeln. Repertorien-Verlag, Leipzig-Planegg b. München 1928. 78 Seiten. Preis brosch. 5 RM.

Das sehr lesenswerte Buch führt in seinem allgemeinen Teil nach anatomischen und physiologischen Vorbemerkungen in kurzer prägnanter Darstellung in den Gang der Untersuchung mit besonderer Berücksichtigung der durch die Röntgenuntersuchung zu gewinnenden Sicherung der Diagnose. In einem zweiten klinischen Teil werden die Krankheitszustände des Herzens, Herzbeutels und der grossen Gefässe behandelt, immer im Zusammenhang mit den pathologisch-anatomischen Verhältnissen; die Behandlung der einzelnen Zustände und der Herzkranken im besonderen besprochen. Als Anhang dazu folgt eine Zusammenstellung der gebräuchlichsten Rezepte. Die jetzt so zahlreich gewordenen Herzmittel werden hinsichtlich ihrer jeweiligen Wirkung bewertet.

Aus dem klinischen Teil soll hier besonders auf die schöne Darstellung der sog. Herzneurose hingewiesen werden, auf die Anweisungen, wie nicht valvuläre Geräusche von den eigentlichen Klappengeräuschen unterschieden werden können, auf die klinische Bewertung und Erkennung der Störung der Herzschlagfolge. Hier ist ebenso wie in den anderen Abschnitten dem, was der praktische Arzt für Diagnose und Behandlung braucht, in recht erfreulichem Masse Rechnung getragen.  
Neger, München.

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

Für die Inserate: Adolf Dohn, München.

### Allgemeines.

**Der Vitamingehalt der Hefe** ist ein sehr beträchtlicher, selbst beim Fehlen jeglicher anderweitiger Vitaminzufuhr können schon ausgebrochene Krankheitserscheinungen mit geringen Mengen zur Heilung gebracht und mit noch geringeren Mengen kann der Ausbruch derselben verhindert werden. Aber es kommt darauf an, wie die Bereitung erfolgt. Es gibt im Handel als »stark vitaminreich« angepriesene Präparate, die bei quantitativer Auswertung nur geringen Vitamingehalt aufweisen. Z. B. geht bei der Extraktionsmethode viel verloren, es muss daher viel Ausgangsmaterial verwendet werden und das Präparat wird dadurch teurer. Es ist deshalb für die Praxis vorteilhafter, gleich das allerdings mit grosser Vorsicht zu trocknende Ausgangsmaterial zu benützen. Mit solchem Material (Levuriose Blaes) haben Weichardt und Unger-Erlangen zahlreiche Parallelversuche angestellt und nachgewiesen, dass Tauben bei Fehlen jeglicher anderweitiger Vitaminzufuhr, d. h. bei Fütterung mit geschältem Reis, die dadurch hervorgerufenen Beriberi-Erscheinungen (Krämpfe usw.) schon durch eine einmalige Dosis von 0,5 des gen. Trockenhefepräparates nach 1—2 Tagen zum Verschwinden gebracht und die Tiere zum Fliegen gebracht werden konnten. Als prophylaktische Dosis genügt schon 0,1 g täglich verabreicht, um bei der genannten Reisfütterung das Auftreten von Krämpfen zu verhüten. Gab man mehr, etwa 0,3—0,5 g, dann wurde nicht nur das Gewicht konstant erhalten, sondern Wachstum und Gewichtszunahme angeregt.  
Pharmaz. Zeitung 1928, Nr. 33.

### Zur gefl. Beachtung!

Der Gesamtauflage unserer heutigen Nummer liegt ein Prospekt der Firma I. G. Farbenindustrie, Aktiengesellschaft, Pharmazeutische Abteilung, Bayer-Meister-Lucius, Leverkusen a. Rh., über Mitigal, bei. Wir empfehlen die Beilage der besonderen Beachtung unserer Leser.

# Dolorsan

Jod organisch an Camphor u. Rosmarinöl sowie an NH<sub>3</sub> 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**

## Bekanntmachung.

Die **Münchener Dozentenvereinigung** hält vom 1. bis 6. Oktober 1928 eine

**Fortbildungswoche für prakt. Aerzte** ab. Der Kursus umfasst das gesamte Gebiet der Medizin. Die Woche wird durchaus aus praktischen Kursen bestehen.

Anmeldungen werden an das Sekretariat der **II. medizinischen Klinik München** erbeten. Von hier aus werden auf Wunsch Programme versendet. — Es wird eine Einschreibgebühr von 10 Mark erhoben.

**Martini.**

## Landpraxis

Fränk. Schweiz

## Vertreter gesucht

1. bis 20. September.

Angeb. unt. N. G. K. 663 an  
Ala Haagenstein & Vogler,  
Nürnberg.



# Bayerisches Aerztliches Correspondenzblatt

## Bayerische Aerztezeitung.

Amtliches Blatt der Bayerischen Landesärztekammer und des Bayerischen Aerzterverbandes (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-Annahme: ALA Anzeigen-Aktiengesellschaft in Interessengemeinschaft mit Haasenstein & Vogler A.-G. Daube & Co., G. m. b. H. München, Berlin und Filialen.

Nr. 33.

München, 18. August 1928.

XXXI. Jahrgang.

**Inhalt:** 10. Bayerischer Aertzetag. — Mitteilung des Bayerischen Aerzterverbandes. — Die Reform der Krankenversicherung. (Schluss.) — Was will und wie funktioniert der Gesundheitsdienst der Lebensversicherung? (Schluss.) — Sozialpolitische Erfahrungen in den Vereinigten Staaten von Amerika. — Sanitätsrat Dr. Wolfgang Pfahler zum Gedächtnis. — Darf ein Arzt seine Praxis verkaufen? — Vereinsnachrichten: Pirmasens; Sterbekasse Oberbayern-Land; Nürnberg; Münchener Aerzterverein für freie Arztwahl. — Deutsche sozialhygienische Gesellschaft. — Fachnormenausschuss Krankenhaus.

### Bayerische Landesärztekammer.

#### 10. Bayerischer Aertzetag

am 22. und 23. September 1928 in Neustadt a. d. H., Saalbau.

#### Vorläufige Mitteilung.

##### Tagesordnung:

Freitag, den 21. September, abends 6 Uhr: Vorbereitende Sitzungen des Vorstandes der Bayerischen Landesärztekammer und des Bayerischen Aerzterverbandes. Der Sitzungsort wird noch bekanntgegeben.

Samstag, den 22. September, vormittags 9 Uhr: Eröffnung des 10. Bayerischen Aertzetages.

#### I. Zweite ordentliche Sitzung der Bayerischen Landesärztekammer.

##### Tagesordnung:

1. Jahresbericht. Berichterstatter: San.-Rat Dr. Steinheimer (Nürnberg).

2. Kassenbericht. Berichterstatter: San.-Rat Dr. Steinheimer (Nürnberg). — Festsetzung des Voranschlags. Entlastung der Kassenführung. Bericht des Vereins zur Unterstützung inyalider, hilfsbedürftiger Aerzte.

3. Wahlen.

a) Einsprüche und Ablehnungen.

b) Wahl von 22 Vorstandsmitgliedern nach § 7 Abs. 5 der Satzung der Bayerischen Landesärztekammer.

c) Wahl je eines Abgeordneten der medizinischen Fakultäten, der Medizinalbeamten und der Assistenzärzte.

d) Wahl des I. Vorsitzenden.

e) Wahl von je vier ärztlichen Mitgliedern der Berufsgerichte durch die der Landesärztekammer angehörenden Abgeordneten der ärztlichen Bezirksvereine des Regierungsbezirks und Wahl von fünf ärztlichen Mitgliedern des Landesberufsgerichts aus den nach Art. 9 des Aerztesgesetzes wahlberechtigten Mitgliedern der ärztlichen Bezirksvereine und Wahl von je zwei Stellvertretern.

I. Die Bekämpfung der Lungentuberkulose auf Grund der jetzigen Anschauung.

I. Wissenschaftliche Grundlagen. Berichterstatter: Geh. Med.-Rat. Prof. Dr. v. Romberg (München).

II. Die Aufgaben der Fürsorgestellten. Berichterstatter: Geh. San.-Rat Dr. Frankenburg (Nürnberg).

III. Auswirkungen für den praktischen Arzt. Berichterstatter: Geh. San.-Rat Dr. Hans Dörfler (Weißenburg i. B.).

Auf § 15 II der Satzung der Bayerischen Landesärztekammer, wonach Anträge der Bezirksvereine zur ordentlichen Sitzung der Landesärztekammer spätestens 6 Wochen vor der Sitzung bei dem Landessekretariat einzureichen sind, und auf III desselben Paragraphen wird verwiesen.

Sonntag, den 23. September, vormittags 9 Uhr:

#### II. Zweite Hauptversammlung des Bayerischen Aerzterverbandes.

1. Jahres- und Kassenbericht. Berichterstatter: San.-Rat Dr. Steinheimer (Nürnberg). — Vertrag mit dem Landesverband bayer. Landkrankenkassen. Berichterstatter: Dr. Schmitz (Aabach). — Wirtschaftliche Verordnungsweise und Landesarzneimittelkommission. Berichterstatter: San.-Rat Dr. Kustermann (München).

2. Wirtschaftliche Fragen des Standes. Berichterstatter: Sanitätsrat Dr. Scholl (München).

#### Gesellige Veranstaltungen.

##### Vorläufige Mitteilung.

Freitag, den 21. September, abends 8 Uhr: Zwanglose Zusammenkunft der bereits in Neustadt a. d. H. anwesenden Teilnehmer im Scheffelsaal des Saalbau-Restaurants.

Samstag, den 22. September, nachmittags 3 Uhr: Damenführung. Nach der offiziellen Sitzung Filmvorführung der Firma Knoll A.-G., Ludwigshafen a. Rh., Chem.-pharm. Fabrik, über „Cardiazol-Knoll“. Abends 8¼ Uhr Begrüßungsabend im großen Saal des Saalbaus mit heimatlichen Darbietungen und Weinprobe, gegeben durch die Stadtverwaltung Neustadt a. d. H.

Sonntag, den 23. September: Im Anschluß an die Sitzung des Bayerischen Aerztesverbandes Festessen mit nachfolgendem Tanz.

Montag, den 24. September, vormittags 9½ Uhr: Fahrt mit Extra-Autobussen nach Deidesheim, Forst und Wachenheim. Dortselbst gruppenweise Besichtigung der Kellereianlagen der größten Weingüter (von Bassermann-Jordan und v. Buhl in Deidesheim, Spindler in Forst, Bürklin-Wolff in Wachenheim); danach Sektführstück in der Sektkellerei Wachenheim (gemeinsam). Weiterfahrt nach Bad Dürkheim. Dortselbst zwangloses Mittagessen in den Hotels, danach Besichtigung der Kuranlagen und der Quellen sowie der Pfälzischen Kinderheilstätte. Gegen 6 Uhr abends Empfang durch die Stadt- und Kurverwaltung Bad Dürkheim mit anschließender Weinprobe, gegeben durch die Kurverwaltung. Ab 8 Uhr Heimfahrt.

Dienstag, den 25. September, nach Schluß des Aertztesages: Bei genügender Beteiligung Besichtigung der Chem.-pharm. Fabrik Knoll A.-G., Ludwigshafen a. Rh. Abfahrt per Bahn 13.25 Uhr ab Hauptbahnhof Neustadt, Rückkunft gegen 19 Uhr. Teilnehmer an dieser Besichtigung wollen diesbezügliche Nachricht geben.

Die endgültige Tagesordnung und das endgültige Programm der geselligen Veranstaltungen mit den Mitteilungen des Ortsausschusses werden am 25. August im Bayer. Aerztl. Correspondenzblatt bekanntgegeben werden. Dr. Stauder.

### Mitteilung des Bayerischen Aerztesverbandes.

In Ergänzung der Veröffentlichung des Herrn Karman in Nr. 32 des „Bayer. Aerztl. Correspondenzblattes“ teilen wir zur Aufklärung den Herren Kollegen folgendes mit:

Beim Zentralwohlfahrtsamt ist ein Arztregister errichtet, in welches diejenigen Herren Kollegen, welche sich um eine Stelle bei der Reichsbahnbetriebskrankenkasse oder bei der Reichspostbetriebskrankenkasse bewerben wollen, sich eintragen lassen müssen. Die Anträge auf Eintragung sollen die Personalien, die Wohnung und die Art (Fach) der beabsichtigten Praxis enthalten.

Die Reichsbahnbetriebskrankenkasse und die Reichspostbetriebskrankenkasse sind vollständig voneinander unabhängig. In dem Gesuch um Eintragung in das Arztregister müssen daher die Herren Kollegen mitteilen, ob sie sich um eine Stelle bei der Bahnbetriebskrankenkasse oder Postbetriebskrankenkasse oder bei beiden bewerben wollen.

Für die Regelung der Zulassung von Aerzten bei den Bahnbetriebskrankenkassen wird ein Zulassungsausschuß bei dem Zentralwohlfahrtsamt in Rosenheim, für die Regelung der Zulassung von Aerzten bei der Postbetriebskrankenkasse ein Zulassungsausschuß bei der Oberpostdirektion in München errichtet.

Berufungen gegen die Nichtzulassung bei der Bahnbetriebskrankenkasse gehen an das Schiedsamt beim besonderen Oberversicherungsamt Rosenheim; Berufungen gegen Nichtzulassung bei der Postbetriebskrankenkasse gehen an das Schiedsamt beim Oberversicherungsamt München.

Bewerbungen um frei werdende Stellen als Bahnarzt, sowohl Vertrauensarzt als auch behandelnder Arzt bei den Beamten des Außendienstes gehen nach wie vor an die betr. Reichsbahndirektion und werden nicht von dem Zulassungsausschuß entschieden.

## Milch!

**Kollegen! Verordnet im Interesse der Volksgesundheit mehr Milch!**

### Mitteilung des Bayerischen Aerztesverbandes.

Die Postbeamtenkrankenkasse München hat uns benachrichtigt, daß die Ausgaben der Kasse für Arzneimittel eine ganz besondere Höhe erreicht haben. Wir bitten die Herren Kassenärzte höflichst, bei Verordnungen so sparsam als irgend möglich zu verfahren und die auch für die reichsgesetzlichen Krankenkassen übliche wirtschaftliche Verordnungsweise vertragsgemäß anzuwenden.

### Die Reform der Krankenversicherung.

Vortrag, gehalten auf dem 5. Badischen Aertztesage in Baden-Baden am 13. Mai 1928 von Dr. rer. pol. J. Hadrich, Geschäftsführer des Verbandes der Aerzte Deutschlands (Hartmannbund).

(Schluß.)

Wir machen uns in Anbetracht dieser Erfahrungen den Vorschlag von Dr. Zahn, dem Präsidenten des Bayer. Statistischen Landesamtes, zu eigen, der alle Kassen, die in der Lage sind, Mehrleistungen an Krankengeld zu gewähren, verpflichtet sehen will, diese Mehrleistungen nach dem Familienstand zu bemessen.

Einen außerordentlichen Anreiz zum Krankfeiern bietet die Bestimmung, daß Angestellte, denen das Gehalt weitergezahlt wird, auch noch ein Krankengeld dazu bekommen in Höhe von 50 Proz. Dieser Anreiz muß beseitigt werden, wobei natürlich aus Gründen der Gerechtigkeit entweder eine Minderung des Beitrages der Angestellten oder aber eine spätere Rückvergütung zuviel bezahlter Beiträge stattzufinden hat.

Zu fordern ist auch eine Anpassung der Krankengeldsätze an die Arbeitslosenunterstützung, die bekanntlich nach einem Einheitsgrundlohn bemessen wird und in den einzelnen Lohnklassen wie folgt abgestuft ist:

Lohnklasse:	Einheitslohn: RM.	Hauptunterstützung in Prozent:
I	8	75
II	12	65
III	16	55
IV	21	47
V	27	40
VI	33	40
VII	39	37,5
VIII	45	35
IX	51	35
X	57	35
XI	63	35

Also schon von der 1. Stufe an bleibt die Hauptunterstützung unter der Regelleistung des Krankengeldes, und wenn auch Zuschläge für die Familienangehörigen erfolgen, so kommt doch diesen, da die Arbeitslosen sich hauptsächlich aus Ledigen zusammensetzen, eine entscheidende Bedeutung nicht zu. Jedenfalls wird angesichts solcher Sätze der Arbeitslose zunächst den Versuch machen, sich das hohe Krankengeld zu verschaffen, und einem solchen Vorgehen kann nur durch eine Ausgleichung der Sätze vorgebeugt werden.

Ebenso wichtig erscheint mir die Beibehaltung der Karenzzeit. Eine Forderung übrigens, der sich Min.-Dir. Grieser bei den kürzlich stattgefundenen Vorträgen der Düsseldorfer Verwaltungsakademie angeschlossen hat. Nicht weniger als 82,3 Proz. aller Kassen hat die Wartezeit für den Empfang des Krankengeldes verkürzt. Dagegen haben nun eine Reihe von Personen Front gemacht. So schreibt der sozialistische Bürgermeister Kleeis:

„Wird das Krankengeld bereits vom ersten Krankheitstage an gewährt, so wird dadurch der Anreiz zur Krankmeldung“

der Versicherten verschärft. Auch bei geringfügigem Unwohlsein würde die Kasse dann durch Krankengeldzahlungen stets in Anspruch genommen. Es kann dies jedoch nicht der Zweck der Krankenversicherung sein. Um zu umgehen, daß bei diesem Verfahren bei den geringsten Krankheitserscheinungen mit kürzester Dauer bereits Krankengeld bezahlt werden muß, leisten verschiedene Kassen nur in den Fällen gemäß § 191 Abs. 2 RVO. das Krankengeld vom ersten Krankheitstage an, wenn die Arbeitsunfähigkeit länger als eine oder zwei Wochen dauert. Auch diese Einrichtung, so zweckentsprechend sie auch auf den ersten Blick sein mag, hat in der Praxis manche unliebsamen Folgen gezeitigt. Gewährt eine Kasse nach einer Arbeitsunfähigkeit von länger als einer Woche das Krankengeld für die Wartetage nach, so wird bei dieser Kasse die Zahl der Mitglieder, die nicht länger als eine Woche krank sind, erschreckend abnehmen. Von Ausnahmefällen abgesehen, wird dann die Mehrzahl der Kranken nicht unter einer Woche arbeitsunfähig sein, um eben in den Genuß des Krankengeldes für die Wartetage zu kommen. Es mögen dies neben anderen die Hauptgründe sein, warum ein großer Teil der Kassen die Gewährung des Krankengeldes vom ersten Krankheitstage an wieder abgeschafft hat. Will und kann eine Kasse ihren erkrankten Mitgliedern durch Einführung von Mehrleistungen entgegenkommen, so gibt es andere Möglichkeiten (Erhöhung des Krankengeldes oder Hausgeldes, Verlängerung der Unterstützungsdauer usw.). Mit der Einführung einer der eben aufgezählten Mehrleistungen ist den kranken Kassenmitgliedern mehr gedient und ihnen im Falle der Krankheit mehr geholfen als durch die Bezahlung der Wartetage.“

In seinem Aufsatz „Die deutsch-österreichische Arbeiterversicherung“ („Soziale Praxis“ 23/1927, S. 581) macht Sektionschef a. D. Dr. Max Lederer (Wien) über die Karenzzeit folgende beachtliche Angaben:

„Eine Einzelfrage, die im Ausschuß lange debattiert wurde, war die dreitägige Karenzfrist in der Krankenversicherung. Die Sozialdemokraten bezeichneten diese als unannehmbar und verlangten deren Beseitigung. Dies wurde wieder von bürgerlicher Seite abgelehnt, weil die Kassen sonst durch Schein- und Leichterkrankte allzu stark belastet worden wären. Ein Vermittlungsantrag, der die Kassen hätte ermächtigen sollen, bei längerer als zehntägiger Erkrankung das Krankengeld gleich vom ersten Krankheitstage an zu leisten, wurde von den Sozialdemokraten mit der Begründung zurückgewiesen, daß diese Bestimmung bei drei Vierteln aller Krankheitsfälle nicht anwendbar wäre.“

Prof. Dr. Moldenhauer, M. d. R., schreibt im „Bochumer Anzeiger“ vom 28. Dezember 1927 in seinem Artikel „Gegenwartsprobleme der Sozialversicherung“:

„Der Hebel muß vielmehr da angesetzt werden, wo nach Ueberzeugung aller Beteiligten der Uebelstand liegt, nämlich in der über das Notwendige hinausgehenden Beanspruchung der Krankenkassen. Es müssen gewisse Sicherheiten eingebaut werden, die die bisherige Ausnutzung eindämmen. Das alte Krankenversicherungsgesetz kannte eine Karenzzeit von drei Tagen, nach deren Ablauf erst das Krankengeld gezahlt wurde. Die Reichsversicherungsordnung hat den Kassen das Recht gegeben, diese Karenzzeit ganz oder teilweise aufzuheben, und davon ist in sehr großem Umfange Gebrauch gemacht worden. Die Folge davon ist, daß die Krankenkassen mit un-

endlich vielen kleinen, schnell vorübergehenden Krankheitsfällen belastet werden, die sowohl ein erhebliches Krankengeld beanspruchen, als auch hohe Verwaltungskosten verursachen. Der Versicherte, der vom ersten Tage ab Krankengeld erhält, wird leicht geneigt sein, auch beim kleinsten Uebelbefinden zu Hause zu bleiben, während er andererseits zur Arbeit gegangen wäre und wahrscheinlich die Arbeit das Unwohlsein schnell vertrieben hätte. Führt man die Karenzzeit wieder ein, so wird man erreichen, daß die Krankenversicherung viel mehr den wirklich Kranken zugute kommt, deren Fürsorge, im besonderen durch Heilbehandlung, gewiß nicht eingeschränkt, sondern eher noch ausgebaut werden muß.“

Das französische Krankenversicherungsgesetz sieht eine Karenzzeit von 5 Tagen vor. Man sieht also, daß sich dieses Land der Bedeutung der Karenzzeit bewußt ist, und das geht sogar so weit, daß sich Frankreich nicht einmal an die Beschlüsse der Internationalen Arbeitskonferenz gekehrt hat.

Bezüglich der Arzneikosten machen wir uns die Vorschläge zu eigen, die ein nicht genannter Kassenvertreter in Heft 1 der „Sozialen Praxis“, Jahrgang 1928, gemacht hat:

„Der § 182 RVO. sieht vor, daß die Versicherten von den Kosten der Arznei-, Heil- und Stärkungsmitteln in allen Fällen 10 Proz. selbst zu tragen haben. Dieser Prozentsatz muß als zu gering bezeichnet werden. Will man wirklich hierdurch Wirkungen erzielen, so sollte man statt dessen 25 Proz. festlegen; dadurch würden für die Kasse nicht nur Ersparnisse eintreten in Höhe dieser 25 Proz., sondern die Aufwendungen für Arznei und kleine Heilmittel würden ganz bedeutend herabgehen; denn daß heute eine Verschwendung mit Arznei-, Heil- und Stärkungsmitteln getrieben wird, wird niemand, der die Verhältnisse eingehend kennt, abstreiten wollen. Eine analoge Regelung müßte auch bei der Gewährung elektrophysikalischer Heilbehandlung wie auch bei dem Zuschuß für kleine und größere Heilmittel und Zahnersatz vorgesehen werden; denn auch hier werden die Kassen in einem Maße in Anspruch genommen, das vielfach weit über das Notwendige hinausgeht. 40 Lichtbäder oder Diathermiebestrahlungen sind bei großen Kassen durchaus keine Seltenheit, wie Dutzende von medizinischen Bädern und Massagen. Man kann die Beobachtung machen, daß von einem Teil der Kassenmitglieder die Leistungen in einem Umfange in Anspruch genommen werden, wie sie sich ein Privatpatient in der besten Vermögenslage kaum jemals leisten wird.“

In der gleichen Weise wird man eine Beteiligung der Familienangehörigen an den Arzneikosten fordern müssen. Im übrigen ist aus volkshygienischen Gründen die Familienkrankenpflege zur Regelleistung zu machen. Der Einwand, den der Reichstagsabgeordnete Becker-Arnst in der Festgabe für Grieser macht, daß der obligatorischen Einführung der Familienkrankenpflege bisher die Schwierigkeiten mit der Ärzteschaft im Wege gestanden hätten, ist nicht stichhaltig, denn trotz der „Schwierigkeiten mit der Ärzteschaft“ haben nach den amtlichen Ausweisen fast sämtliche Krankenkassen die Familienkrankenpflege eingeführt und sie trotz schwieriger wirtschaftlicher Verhältnisse ohne Zusatzbeiträge durchhalten können.

Damit kommen wir zur Arztfrage, deren Lösung der deutschen Krankenversicherung, die im übrigen mit ihren Leistungen einzigartig in der Welt dastehen dürfte, bisher nicht gelungen ist. Man ist sich be-

wußt, daß von Kassenseite offen ausgesprochen wurde, daß ohne Hilfe des Arztes die Träger der Krankenversicherung das wesentliche Ziel der Krankenversicherung nicht zu erreichen vermögen. Die deutsche Aerzteschaft hat von jeher die gesetzliche Festlegung der freien Arztwahl gefördert und wird sie auch noch künftig fordern, allerdings wird diese Festlegung von bestimmten Voraussetzungen abhängig zu machen sein, und diese Voraussetzungen liegen außerhalb des Gebietes der Krankenversicherung.

Die erste Voraussetzung ist die Regelung des Zustroms zum Medizinstudium, denn wenn es wirklich gelänge, die freie Arztwahl gesetzlich festzulegen, ohne gleichzeitig die Möglichkeit zu haben, die Zahl der Medizinstudierenden in angemessenen Grenzen zu halten, dann würden in den nächsten Jahren nicht 9-, sondern 12-, 15-, ja vielleicht 20000 junge Leute Medizin studieren, und wir würden in zehn Jahren Zustände haben, gegen die die heutigen Verhältnisse als rosig bezeichnet werden müßten. Diese Aufgabe der Regelung des Zustroms zum Medizinstudium ist von der Organisation schon seit Jahren erkannt worden, aber alle Bemühungen sind bisher ohne Erfolg geblieben. Die Verteilung von Flug- und Merkblättern hat nur den Unwillen der amtlichen Berufsberatungsstellen erregt und auch Gegenmaßnahmen anderer Akademieorganisationen ins Leben gerufen. Man hat auf die niedrige Zahl der Medizinstudierenden im Vergleich zur Vorkriegszeit hingewiesen und glaubte, daraus auf günstige Aussichten im Arztberuf schließen zu können. Daß wir ganz anderen wirtschaftlichen Verhältnissen gegenüberstehen, die Zahl der Krankenversicherten sehr stark zugenommen hat, der Ausbau der Sozialversicherung überhaupt große Fortschritte gemacht hat, läßt man dabei außer Betracht. Es ist auch zu bedenken, daß die Altersgliederung in der Aerzteschaft selbst eine ganz andere ist als in der Vorkriegszeit, daß vor allen Dingen auch die Vermögensverhältnisse der Aerzte sich in der Nachkriegszeit grundlegend geändert haben und die alten Aerzte zwingen, in den Sielen zu sterben. Das mag man noch so oft schreiben und sagen, es hilft nichts.

Ohne Erfolg war auch ein Insbenchmensetzen mit den anderen Akademieorganisationen, und zwar deshalb, weil hier die Interessen stark auseinandergehen. Das Zusammengehen mit anderen Akademieorganisationen war deshalb von unserer Seite gewünscht worden, weil man sich sagte, daß vor allen Dingen die Zahl der Studierenden überhaupt verringert werden müßte. Wir stießen hier jedoch auf merkwürdige Anschauungen. So wollen die Philologen z. B. zwar nicht gern, daß viele Leute Philologie studieren, sie wünschen aber einen recht starken Besuch der höheren Schulen, damit sie ihre Anwärter unterbringen können. Die Zahnärzte wiederum raten zum Zahnarztstudium, damit sie die nötige Anzahl von Zahnärzten zur Verfügung haben, um den Dentisten Paroli bieten zu können. Es ist also recht schwierig, alle diese Interessen unter einen Hut zu bringen, und deshalb heißt es auch hier: Hilf dir selbst.

Der Arbeitsausschuß zur Regelung der Planwirtschaft hat deshalb beschlossen, sofort nach erfolgter Regierungsbildung im Reichsinnenministerium vorstellig zu werden und eine Stellungnahme der Reichsregierung zu fordern. Gegebenenfalls sind diese Fragen mit den zuständigen Aemtern der einzelnen Länder in einer Konferenz gemeinsam zu bearbeiten, und falls auch diese Beratungen aussichtslos verlaufen, dann bleibt nichts anderes übrig, als von einem bestimmten Jahre an die Zulassung zur Kassenpraxis überhaupt zu sperren. Das wäre eine brutale Maßnahme, aber die einzige Möglichkeit, um den Strom der Medizinstudierenden zu verringern und in angemessenen Grenzen zu halten.

Dabei ist es selbstverständlich — und das ist auch von Kassenseite anerkannt —, daß alle diejenigen, die unter anderen Voraussetzungen ihr Studium begonnen und vollendet haben, in der Kassenpraxis untergebracht werden müssen.

In diesen Zusammenhang gehört auch die Frage des Bedarfs der Krankenanstalten, die bekanntlich mehr als 3000 Chefärzte und fast 7000 Assistenzärzte beschäftigen. Da nun die Assistenzärzte im Durchschnitt 3 Jahre an den Krankenanstalten beschäftigt sind, so dürften in jedem Jahre mehr als 2000 Assistenzärzte in die freie Praxis wollen, wo aber nur für etwa 1000 Platz ist. Wie diese schwierige Frage zu lösen ist, darüber bestehen noch keine einheitlichen Anschauungen. Es sind Vorschläge gemacht worden, die Chefarztstellen zu vermehren, die alte Einteilung, innere und äußere Abteilung, fallen zu lassen und dafür mehr Abteilungen zu bilden, z. B. dermatologische, Kinder-Abteilung usw., Oberarztstellen einzurichten und auch frei praktizierende Aerzte zur Mitarbeit heranzuziehen. Jedenfalls darf aber die augenblicklich erhöhte Nachfrage der Krankenanstalten nach Assistenzärzten nicht dazu führen, zum Medizinstudium anzureizen, da sollen und müssen andere Lösungsmöglichkeiten gefunden werden.

Alle diese Fragen gehören zu den Arbeiten, die der von den Aerzten und Krankenkassen gemeinsam eingesetzte Ausschuß zu leisten hat, und es ist zu wünschen, daß hier die gemeinschaftliche Arbeit, die sich an einem der schwierigsten Probleme versucht, der Auftakt wird zu einer wirklichen und vertrauensvollen Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassen und der Aerzte.

Das sind in etwa die Vorschläge, die wir zu einer Reform der Krankenversicherung zu machen haben, aber man wird den Gedanken nicht los, daß das alles nur ein Herumkurieren an den Symptomen ist. Wir befinden uns in einer Entwicklung, mit der wir letzten Endes dem deutschen Volke nicht nützen, sondern nur schaden. Das liegt daran, daß unsere deutsche Sozialpolitik, wie auch Max Scheler in einem leider vergessenen Aufsatz festgestellt hat, ihre Rechtfertigung findet aus der Idee der Caritas, des Mitleids oder der Liebe, sowie zum Teil aus der Forderung der Gerechtigkeit und zum Teil aus rein ökonomischen Gründen\*). Aus dem letzten Grunde deshalb, weil durch die Sozialversicherung die menschliche Arbeitskraft zunächst geschont wird, um aber dann später besser ausgenützt zu werden, und die Forderung aus der Gerechtigkeit deshalb, weil die ganze Gesellschaft und ihr höchstes Organ, der Staat, die Verpflichtung haben, für alle die Schäden aufzukommen, die aus der kapitalistischen Betriebsform entspringen. Max Scheler vertritt nun die Auffassung, daß die großen Massen der Versicherten die obige Rechtfertigung der sozialen Einrichtungen nicht so auffassen, wie sie gemeint ist, sondern sie als eine zur „Einrichtung“ erstarrte Geste des sozialen Mitleids der herrschenden Klasse empfinden. Scheler fährt dann wörtlich fort: „Soweit dies aber der Fall ist, treten im Werden der Rentenhysterie auch Gesetze in Tätigkeit, die auch für eine große Reihe anderer Zeitprobleme aus der Massenpsychologie von großer Bedeutung sind.“

Max Scheler wählt das Beispiel von dem Kind, das sich gestoßen hat und das um so heftiger weint, je mehr man es bemitleidet. Ist nun an das Vorhandensein des fremden Mitleids noch ein Vorteil gebunden, dann steigert sich das „Leiden“. Dadurch wird nun wieder eine Senkung der Leidenschwelle gefördert und schließlich noch eine Leidenssucht hervorgerufen, in der die Anlässe zum Leiden geradezu aufgesucht

\*) Max Scheler: Vom Umsturz der Werte. II. Bd., S. 193 ff.

werden und auch die Vorsicht vor Gefahren entsprechend rein automatisch verringert wird. „Werden nun die Gesetzgebung und ihre Maßregeln gefühlsmäßig von den durch sie Betroffenen als ein Niederschlag, eine Kondensierung sozialen Mitleids aufgefaßt und erlebt, so tritt gerade darum, weil sich gesetzlich bestimmte und also streng regelmäßige Vorteile damit verknüpfen, auch alle jene seelischen Gesetze massenpsychologisch in Kraft. Das Versicherungsgesetz wirkt dann mit der Fülle seiner Apparate und Beamten sozialpsychologisch einfach als eine Summe von mitleidvollen Beachtungsakten gegenüber den Versicherten und denjenigen Arbeitsprozessen, in denen bestimmte Gefahren für die Gesundheit bzw. Unfallgefahren liegen.“

Als zweites sozialpsychologisches Moment kommt das der gegenseitigen psychischen Leidensansteckung hinzu, ein Prozeß, der von den niedrigen Schichten ausgeht, sich über andere Schichten fortpflanzt und immer gesündere Schichten (siehe die Forderung des Deutschnationalen Handlungsgehilfenverbandes betr. Ausdehnung der Versicherungspflichtgrenze) ergreift.

Scheler sprach von der Fülle der Apparate und der Beamten des Versicherungsgesetzes, die als eine Summe von mitleidvollen Beachtungsakten wirken. Sehen wir uns einmal die Organisation der Sozialversicherung an. Wir haben:

- 7500 Krankenkassen,
- 111 Berufsgenossenschaften mit
- 800 Sektionen,
- 511 Ausführungsbehörden des Reiches, der Länder und Gemeinden,
- 35 Landesversicherungsanstalten,
- je 1 Knappschaftspension für Arbeiter u. Angestellte,
- 1 Reichsversicherung für Angestellte,
- 1 Reichsanstalt für Arbeitsvermittlung,
- 1107 Versicherungsämter,
- 75 Oberversicherungsämter,
- 1 Reichsversicherungsamt,

das am 31. Dezember 1926 folgende Beamte hatte: 1 Präsident, 2 Direktoren, 12 Senatspräsidenten, 30 ständige sonstige Mitglieder, 7 höhere Beamte als Hilfsarbeiter, 22 richterliche Beisitzer, 63 mittlere Beamte, 46 untere Beamte, 13 Beamte und 2 Anwärter als Hilfsarbeiter:

- 13 Landesarbeitsämter,
- 900 Arbeitsämter

und die Abteilungen im Reichsarbeitsministerium und in den entsprechenden Ministerien der einzelnen Länder und Ländchen. Im ganzen wird es sich etwa um 50000—60000 Beamte und Angestellte handeln, die zusammen mit den sächlichen Ausgaben einen Jahresaufwand von mehr als 250 Millionen erfordern. Und was kommt dabei heraus?

In der Unfallversicherung eine Durchschnittsrente bei den

- gewerblichen Berufsgenossenschaften 25 RM.
- landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften 10 RM.

in der Invalidenversicherung:

- Invalidenrenten von 31—33 RM.
- Witwenrenten von 30 RM.
- Waisenrenten von 13 RM.

„Es ist zuzugeben, daß die Invalidenrente nicht genügt, um dem Arbeiter einen ruhigen Lebensabend zu garantieren. Diesen Anspruch hat aber die Invalidenversicherung auch niemals, selbst in der Friedenszeit nicht, erhoben. Sie hat stets damit gerechnet, daß dem Invaliden neben seiner Rente noch die Ersparnisse aus seiner Arbeitszeit zur Verfügung stehen und daß

er den Rest seiner Arbeitskraft auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt verwertet“).

Ich enthalte mich der Kritik und möchte nur noch hinzufügen, daß nach zuverlässiger Berechnung sich bis 1960 der Bestand der Invalidenrenten von 1450000 auf 2650000 erhöht haben dürfte. Der Witwenrentenbestand wird in derselben Zeit eine Verdreifachung erfahren. Ab 1933 rechnet man mit einem Fehlbetrag, und woher das Geld dann kommt, weiß kein Mensch.

Meines Erachtens kommen wir so nicht weiter. Wir sollten dem Volk die Wahrheit sagen und es nicht darauf vertrösten, daß die Renten dereinst höher werden; das kann kein Mensch versprechen. Wir sollten unsere ganze Kraft auf Heilung der Volkskrankheiten konzentrieren, gesunde Wohnungen bauen, eine großzügige Siedlungspolitik treiben, die Großstädte zerschlagen, Sportplätze anlegen, Schrebergärten zur Verfügung stellen und dergleichen mehr.

Jedenfalls sollten wir alles tun, um bei dem deutschen Volke nicht die Leidenssucht zu fördern, sondern die Freude am Leben. Ihm die Freude an der Natur und einer natürlichen Betätigung wiedergeben. Es ist klar, daß dabei die Aerzte, rein finanziell gesehen, schlecht abschneiden; aber das darf kein Hinderungsgrund sein und ist auch nicht entscheidend. Entscheidend ist auch nicht das Wohl irgendeines Versicherungsträgers oder das Schicksal der in ihm beschäftigten Beamten. Entscheidend ist einzig und allein das Wohl des deutschen Volkes.

(Aerztl. Mitteilungen aus und für Baden 1928/11.)

## Was will und wie funktioniert der Gesundheitsdienst der Lebensversicherung?

Von Dr. med. Otto Neustätter,  
Wissenschaftlicher Leiter der Deutschen Zentrale für Gesundheitsdienst der Lebensversicherung, Berlin-Zehlendorf-West.

(Schluß.)

### Die Mitwirkung der Aerzte.

Die Durchführung der gesundheitlichen Beratung ist damit in Deutschland vollkommen auf das Vertrauen zu den praktischen Aerzten und auf die Zuversicht eingestellt, daß sie die Untersuchung und Beratung sinn- und zweckgemäß erledigen werden. In ihrer Hand ruht die Entscheidung darüber, ob sich das neue Unternehmen bewähren wird oder nicht, ob es sich weiterbilden und größere Kreise ziehen wird, indem das hier gegebene Beispiel anderwärts Erfolgshaft erzielen wird.

Der Entschluß, die Wahl des Arztes ganz dem Ermessen des Patienten anheimzustellen und damit die freie Arztwahl prinzipiell als einen wesentlichen Faktor in die Gesundheitsfürsorge einzureihen, ist nicht erfolgt, ohne daß schwerwiegende Bedenken zu überwinden waren. Die Versicherungsgesellschaften haben in ihren Vertrauensärzten einen Kreis von besonders auf die hier zu lösende Aufgabe der Frühdiagnose bei Gesunden eingestellten, bewährten Mitarbeitern, und es lag nahe, diese auch mit der Gesundheitsuntersuchung und -beratung zu betrauen. Auch existieren aus anderen Ländern gute Erfolgsberichte über diese Art der Ausführung. Ausschlaggebend war schließlich die Ueberzeugung, daß das Vertrauen des Untersuchten zu dem von ihm gewählten Arzte und die Vermeidung jedes, auch nur äußerlichen Anscheins, als ob eine Kontrolle ausgeübt werden sollte, das überwiegend Wichtige sei. Obgleich natürlich in dem Augenblicke, wo ein Vertrauensarzt von einem Patienten privat aufgesucht wird, das übliche, selbstverständliche und auch gesetzlich gesicherte Vertrauensverhältnis bestehen würde und es

niemand benommen ist, bei einem als Vertrauensarzt einer Lebensversicherungsgesellschaft fungierenden Arzte die Untersuchung vornehmen zu lassen, würde eine von den Gesellschaften ausgehende Beschränkung auf die Vertrauensärzte den endgültigen Erfolg der freiwilligen Gestellung zur Untersuchung hemmen können. Man legte auch großen Wert darauf, daß die Hausärzte oder sonst mit dem Versicherten genauer bekannte Aerzte die Beratung auszuüben Gelegenheit haben. Wenn erwünscht, sollte der Versicherte zu einem Arzt gehen können, dem er besondere diagnostische Fähigkeiten für seinen Fall und Eignung für die gesundheitliche Beratung zutraut. Kurz, es sollte dem freien Verkehr zwischen Versicherten und Arzt in keiner Weise ein Hemmnis bereitet werden.

Ist dabei auch das Interesse an der Sache das eigentliche Motiv gewesen, so liegt doch in der objektiven Anerkennung der Untrennbarkeit von Vertrauensverhältnis zum Arzte und Erfolg seiner Tätigkeit eine bedeutsame Bestätigung ärztlicher Grundanschauungen, und die Entschließung der Lebensversicherungsgesellschaften steht jedenfalls in vollständiger Harmonie mit den erst wieder gelegentlich der Verhandlung über die Fürsorgeärzte auf dem Aerztetag zum Ausdruck gebrachten Auffassungen und Wünschen der praktischen Aerzte. Sie fußt auch auf der Zuversicht, daß jeder Arzt bei der nötigen Sorgfalt und dem nötigen Interesse in der Lage sein wird, die hier gestellte Aufgabe zu erfüllen.

Es wird allerdings Sache der ärztlichen Fortbildung sein, auch die Aerzte, die sich nicht besonders mit den Voraussetzungen für diesen neuen Dienst befassen können, durch Anregungen, Anleitungen und durch Kurse oder Vorträge über zuständige besondere Fragen (frühdiagnostische Methoden, Anleitung zu zweckmäßiger Lebensweise, Körperübungen usw.) auf dem laufenden zu halten. Die Bereitwilligkeit, von dieser Seite die Bewegung zu fördern, ist erfreulicherweise bereits kundgegeben worden. Auch sonst hat sich reges Interesse an den Bestrebungen in behördlichen, wissenschaftlichen und sozialhygienisch orientierten Kreisen ergeben, und es konnte ein Ehrenbeirat gebildet werden, der aus folgenden Herren besteht:

Prof. Dr. Adam, Reichsausschuß für das ärztliche Fortbildungswesen, Berlin; Geh. Ober-Med.-Rat Prof. Dr. Dietrich, Berlin; Prof. Dr. v. Gonzenbach, Direktor des Hygienisch-bakteriologischen Instituts der Eidgenössischen Technischen Hochschule, Zürich; Dr. Haedenkamp, M. d. R., Verband der Aerzte Deutschlands, Berlin; Geheimrat Prof. Dr. Hahn, Hygienisches Institut, Berlin; Geheimrat Dr. Hamel, Präsident des Reichsgesundheitsamts, Berlin; Geheimrat Prof. Dr. Kraus, Berlin; Ministerpräsident a. D. Hugo Graf von Lerchenfeld, Liga d. freien Wohlfahrtspflege (Wien); Prof. Dr. Manes, Deutscher Verein für Versicherungswissenschaft, Berlin; Prof. Dr. Martineck, Reichsarbeitsministerium, Berlin; Prof. Dr. Roepke, Melsungen-Kassel; Prof. Dr. Rott, Arbeitsgemeinschaft sozialhygienischer Reichsfachverbände, Berlin; Geheimrat Prof. Dr. Rubner, Physiologisches Institut, Berlin; Geheimrat Prof. Dr. Schloßmann, Düsseldorf; Dr. Schneider, Deutscher Aerztevereinsbund, Potsdam.

Das in die Aerzteschaft gesetzte Vertrauen wird gewiß dadurch beantwortet werden, daß diese nun ihrerseits alles daransetzt, die gesundheitliche Beratung zu einem Erfolge zu gestalten. Es bedarf keiner Betonung, daß von der Art der Durchführung das endgültige Ergebnis in weitestem Maße abhängt. Gewisse Bedenken haben sich z. B. erhoben, daß Patienten zum Arzte kommen könnten, nicht um die von ihnen vielleicht als unbequem erachtete oder — es gibt auch ängstliche Menschen, die eine Vogel-Strauß-Politik treiben wollen,

wie dies seinerzeit den Vorschlägen Gilberts und Placzeks entgegengehalten worden ist — gefürchtete Untersuchung vornehmen zu lassen, sondern um den Gutschein für andere Zwecke zu verwerten, d. h. eine Konsultation über eine nicht mit ihrer allgemeinen Gesundheit zusammenhängenden Frage auf Kosten der Gesellschaft zu „schinden“. Der Arzt wird sich dabei von seinem Takt und Pflichtbewußtsein leiten lassen gegenüber seinem indirekten Auftraggeber, der die Kosten begleicht und dem er ja nicht nur bescheinigt, daß er die Untersuchung auf Lungen, Herz (Blutdruck), Reflexe und Urin (Eiweiß und Zucker) vorgenommen hat, sondern auch Entsprechendes und in dessen Sinne Gelegenes leisten will. Unbenommen bleibt ihm, daß er von dem Verlangen des Patienten nach der besonderen Behandlung ausgeht oder auf dieses zurückkommt, solange nur jene Voraussetzung erfüllt wird.

Wenn Versicherte durch das angedeutete Motiv zum Arzt geführt werden, so ist, unter der erörterten Voraussetzung, auch dies recht gut. Alles, was die Versicherten veranlaßt, daß sie ihren Gutschein auch benutzen und nicht verfallen lassen, ist im Sinne der Gesellschaften, da sie es begrüßen, wenn möglichst viele der Versicherten von der Vergünstigung Gebrauch machen. Auch die Aerzte sollten ihren Einfluß dahin geltend machen. Freilich könnte es den Arzt in den Geruch bringen, daß er das Honorar sich zuführen wolle, wenn er selbst dafür Propaganda macht. Wohl aber wäre es denkbar, daß ärztliche Vereinigungen oder Fürsorgestellen, auch Wohlfahrtsorganisationen auf diese bedeutsame Einrichtung hinweisen und so zu einer möglichst vollständigen Auswertung der Gelegenheit beitragen. In dieser Weise hat man in Amerika die Propaganda für die periodische freiwillige ärztliche Gesundheitsberatung aufgenommen, zum allgemeinen Besten und zum Besten der Aerzte, die in zunehmendem Maße auch von Nichtversicherten, auf die das Beispiel anregend gewirkt hat, zwecks Gesundheitsberatung aufgesucht werden.

Feilchenfeld spricht in seinem kürzlich erschienenen „Lehrbuche der praktischen Versicherungsmedizin“ (Berlin, G. Stilke), in dem er nicht versäumt hat, auch diese neue Bestrebung in einem Abschnitt zu erwähnen, von einer Gegnerschaft unter den Aerzten gegen den Gesundheitsdienst, die erst zu überwinden wäre. Nach persönlicher Rücksprache ergab sich, daß Feilchenfeld selbst diese Auffassung als überholt betrachtet. Er hatte angenommen, daß die Verhältnisse in Amerika — wo sich die Aerzte gegen die Konkurrenz des an sich gemeinnützigen, aber doch in gewissem Maße gewerblich aufgebauten und mit festgestellten, vielleicht auch nicht entsprechend am Honorar beteiligten Aerzten arbeitenden „Instituts für Lebensverlängerung“ gewehrt haben, ein Vorgang, der Ähnlichkeit hat mit dem Widerstand gegen die Fürsorgeärzte bei uns — auch auf Deutschland übertragen werden sollten. Die obige Darstellung der tatsächlichen Organisation in Deutschland mit der Einstellung auf vollkommen freie Arzttwahl, die jedem praktischen Arzte zu der Tätigkeit Zutritt läßt, habe aber die Möglichkeit zu einer solchen Gegnerschaft aus dem Wege geräumt.

Es ist auch nicht bekannt geworden, daß irgendwo die praktischen Aerzte sich gegen die Einrichtung gewendet hätten, außer da, wo sie irrtümlicherweise, wie z. B. der Kollege in Nr. 4 des „Nordd. Aerztebl.“ 1928, von der Annahme ausgingen, daß wieder ein wichtiges Arbeitsgebiet den praktischen Aerzten entzogen werden sollte. Im Gegenteil wird die Einrichtung als die Erschließung eines neuen Arbeitsfeldes nur begrüßt. In den Reihen der Bahnärzte waren einmal 1916/17 gegen den Gedanken der periodischen Gesundheitsuntersuchung bei den Bahnbediensteten und -beamten Beden-

ken laut geworden, aber aus praktischen Gründen; vor allem wegen der Neubelastung der Bahnärzte, wegen der Ablehnung seitens der Eisenbahner aus der Befürchtung, daß es sich um eine Kontrollmaßnahme zwecks Abbaues handeln könnte, und auch aus objektiven Befürchtungen, daß die Kosten unerschwinglich sein würden. Der Vortrag aber, den Roepke im vorigen Frühjahr zugunsten der freiwilligen periodischen Untersuchung und Beratung als Gesundheitsmaßnahme aus individuellem Verständnis und Verantwortungsbewußtsein heraus, in Fortsetzung der Anregungen von Placzek und Gilbert, gehalten hat („Zeitschrift für Bahnärzte“, Nr. 9, 1927), hat den Beifall der Aerzte wie auch der österreichischen Bundesbahnverwaltung gefunden. Die ganze Frage lag hier übrigens auf einem anderen Gebiet.

Die amerikanischen Aerzte, die ursprünglich aus den angedeuteten Gründen gegen die Sache waren, haben längst ihren Widerstand aufgegeben. Und da bei uns niemals die Angelegenheit in falsche Bahn, wie dort, gelenkt worden ist, so hat sich auch zwischen den Lebensversicherungsgesellschaften und der Aerztevertretung niemals über dem Gesundheitsdienst eine Kluft aufgetan. Es ist zu Vereinbarungen über die Mitwirkung der Aerzte gekommen, in denen die angegebene Honorarleistung als angemessen anerkannt wurde, und die Durchführung funktioniert bereits zu beiderseitiger Zufriedenheit. Außerdem hat der Geschäftsausschuß des Aerztevereinsbundes auch noch in richtiger Erkenntnis der Bedeutung des Unternehmens offiziell sein Interesse an der Bestrebung und seine Bereitwilligkeit zur Förderung der Ziele der „Deutschen Zentrale für Gesundheitsdienst der Lebensversicherung“ zum Ausdruck gebracht, und, wie aus der obigen Angabe zu ersehen ist, gehören der Generalsekretär des Ae. V. B. wie des Hartmannbundes dem Ehrenbeirat der „Zentrale für Gesundheitsdienst der Lebensversicherung“ an, so daß Gelegenheit zu ständiger Fühlung gegeben ist.

Es wäre auch ganz unverständlich, wenn eine Gegnerschaft der Aerzte gegen eine Einrichtung sich geltend machte, die ihnen ein neues Tätigkeitsgebiet von ungeahnt weiten Perspektiven eröffnet. Die Lebensversicherung hat sich von den fürchterlichen Narkenschlägen der Inflation, die ihre Grundfesten für Jahrzehnte erschütterte zu haben schien, beachtlich wieder gut erholt. Der Versichertenbestand ist in raschem Anwachsen begriffen: während Ende 1924 etwa 900 000 Policen in Kraft waren, betrug ihre Zahl Ende 1925 rund 1,5 Millionen, Ende 1926 schon rund 4 Millionen. Diese Zunahme ist, wenn nicht alle Zeichen trügen, noch außerordentlicher Ausdehnung fähig. Die Lebensversicherung in Amerika ist in einem Maße emporgewachsen, demgegenüber unsere Versicherung, trotz ihrer stattlichen Entwicklung, noch sehr erweiterungsfähig erscheint. In Amerika laufen 110 Millionen Lebensversicherungspolicen, d. h. durchschnittlich hat jeder erwerbsfähige Mensch zwei oder noch mehr Policen genommen. Ohne die grundverschiedenen Verhältnisse dort zu übersehen, so darf doch darauf hingewiesen werden, daß allein eine, allerdings die größte, Versicherungsgesellschaft, die Metropolitan Life Insurance Company, neben 18 Millionen Volksversicherten etwa 6 Millionen reguläre Policen laufen hat. 1922 betragen in den Vereinigten Staaten die Versicherungssummen in der regulären Versicherung 41 Milliarden, in der Volksversicherung 3,65 Milliarden, etwa 2 Milliarden in der Gruppenversicherung. Dazu kamen fast 9 Milliarden bei Bruderschaftsversicherungen und 3 Milliarden staatliche Versicherung. Die Gesamtsumme wuchs 1926 auf 80 Milliarden. Man betrachtet eben in Amerika die Lebensversicherung als die beste Sparkasse, und diese Ueberzeugung wird sich auch bei uns durch-

setzen. Daraus ergeben sich Aussichten auf ein Anwachsen der Zahl der Lebensversicherten, das gewiß unter den gegebenen Voraussetzungen das höchste Interesse der Aerzte verdient.

Zu der zu erwartenden Zunahme der Lebensversicherung kommen aber auch noch Entwicklungstendenzen in ihrer Technik, die noch einen bedeutend ausgedehnteren Spielraum für ärztliche Betätigung auf dem Gebiete der Gesundheitspflege voraussehen lassen: die Vermehrung der „kleinen“ (Volks-) Lebensversicherung, der Sterbekassen und Gruppenversicherung, die steigende Aufnahme minderwertiger Leben und der sich immer mehr durchsetzende Einschluß des Invaliditätsrisikos in die Lebensversicherung, der gerade die Gesundheitsfürsorge ganz besonders notwendig machen wird.

Trügt nicht alles, so darf angenommen werden, daß, wenn auch die Lebensversicherung bei uns vielleicht nicht amerikanische Dimensionen erreichen wird, weil ein Teil der Bevölkerung durch die Sozialversicherung betreut wird, doch der Gedanke der periodischen Gesundheitsuntersuchung und -beratung zwecks individueller Gesundheitspflege, ausgehend von dieser ersten Einführung, sich zu einem Bedürfnisse, zu einer Volkssitte allmählich ausgestalten wird. Das aber sind Aussichten, die die Aerzteschaft, in Erkenntnis der von Drigalski so eindrucksvoll betonten „Tragik ihres Berufsstandes, den seine eigenen Erfolge bedrohen“, mit offenen Augen und verständnisvoller Sympathie verfolgen sollte. Es ist nicht daran zu zweifeln, daß sie dies tun wird, und es wird einmal als ein Verdienst der Lebensversicherung erscheinen, daß sie durch die prinzipielle Neuerung in ihrem Betriebe diesen Weg in ein weites, ausdehnungsfähiges Betätigungsfeld der Privatpraxis erschlossen hat.

Es sind jetzt schon jährlich Hunderttausende von Versicherten, denen der Weg zum Arzt für diese Gesundheitsfürsorge geöffnet ist! Sache jeden Arztes aber, der Gelegenheit zu der Gesundheitsberatung bei einem Versicherten hat, wird es sein, sich daran zu erinnern, daß der Erfolg und damit die Dauer der Einrichtung steht und fällt mit der hingebenden und nachdrücklichen Durchführung der Untersuchung und der geschickten, eindrucksvollen Beratung in jedem einzelnen Falle. Bürgert sie sich aber ein, so darf man sicher sein, wofür auch die Erfahrungen in Amerika sprechen, daß die Gesundheitsberatung allmählich auch von anderen als Versicherten aufgesucht und begehrt werden wird. Denn daß die Lebensversicherungsgesellschaften nicht für eine Sache Opfer bringen dürften und würden, wenn sie ihr keinen realen Wert zusprächen, wird jedem einleuchten, und mit der Wertschätzung, die aus solcher Einsicht erwächst, wird auch das Bedürfnis nach dieser Art der Gesundheitsfürsorge und -vorsorge wachsen. Eine liebevolle Mitarbeit der Aerzteschaft an der Durchführung der Gesundheitsberatung, eine schöpferische Erfassung der Gelegenheiten zu einer neuen Betätigung, ein Eingehen auf die besonderen Voraussetzungen, die sich aus den medizinischen und psychologischen Aufgaben ergeben, darf daher der Beachtung empfohlen werden, in der Hoffnung, daß hiermit ebensowohl für das ärztliche Wirken wie für die Förderung der Leistungsfähigkeit wertvollster Bevölkerungskreise bedeutsame Erfolge zu erzielen sind.

Anmerkung: Soweit Erläuterungen und Auskünfte von der „Deutschen Zentrale für Gesundheitsdienst der Lebensversicherung“ erwünscht sind, steht der Verfasser den Kollegen gern zur Verfügung, wie andererseits Anregungen und Mitteilungen von Erfahrungen aus der Praxis begrüßt werden. (Anschrift: Berlin-Zehlendorf-West, Seestraße 47.)

## Sozialpolitische Erfahrungen in den Vereinigten Staaten von Amerika.

Ein Vortrag von Dr. H. B. Butler,

stellv. Direktor des Internationalen Arbeitsamts Genf, gehalten in der Ortsgruppe München der Gesellschaft für Soziale Reform.

Gegenstand meiner Ausführungen sollen sozialpolitische Erfahrungen in den Vereinigten Staaten sein. Einfacher würde wohl „amerikanische Sozialpolitik“ geklungen haben. Es wäre nur nicht recht zutreffend gewesen, denn genau genommen gibt es so etwas wie eine Sozialpolitik im deutschen Sinne in den Vereinigten Staaten nicht. Der Begriff der Sozialpolitik geht ja von der Möglichkeit aus und schließt mehr oder weniger das Bestreben in sich, die sozialen Fragen einigermaßen einheitlichen nationalen Lösungen zuzuführen. In den Vereinigten Staaten ist das weder möglich, noch wird es angestrebt. Auch setzt der Ausdruck „Sozialpolitik“ nach europäischen Begriffen voraus, daß der Staat die Möglichkeit und den Willen hat, die führende und treibende Kraft einer solchen Politik zu sein. In den Vereinigten Staaten aber ist es dem Staat praktisch so gut wie versagt, diese Rolle zu spielen, und so ist es zu verstehen, wenn drüben nur verhältnismäßig unbedeutende Bestrebungen zur Lösung der sozialen Fragen im Wege der Bundesgesetzgebung zu verzeichnen sind.

Um diesen grundlegenden Unterschied zwischen der in Europa überwiegenden und der amerikanischen Art der Inangriffnahme sozialer Probleme zu verstehen, genügt ein Hinweis auf die amerikanische Bundesverfassung und auf den herkömmlichen amerikanischen Individualismus, der in dieser Verfassung seinen Ausdruck gefunden hat. Sie behält nämlich die Sozialgesetzgebung den 48 Bundesstaaten vor. Der Bundeskongreß ist für Fragen der Arbeit nur zuständig, soweit es sich um den Bereich der Eisenbahnen und der Handelsmarine handelt. Um sicherzustellen, daß die Bundesregierung auf diesem Gebiete nicht in die Zuständigkeit der Einzelstaaten übergreift, die sie eifersüchtig wahren, ist der Oberste Bundesgerichtshof verpflichtet, Bundesgesetze, die den verfassungsmäßig dem Bund gezogenen Zuständigkeitsrahmen überschreiten, für nichtig zu erklären. Er macht davon oft Gebrauch. Das neueste und schlagendste Beispiel ist die Ungültigerklärung zweier vom Kongreß angenommener Gesetze, welche die gewerbliche Arbeit von Jugendlichen unter 18 Jahren untersagen wollten. Infolge dieser Entscheidung hat jetzt das Bestreben eingesetzt, die Verfassung dahin abzuändern, daß die Bundesversammlung für die Gesetzgebung im Bereiche der Kinderarbeit zuständig wird. Eine solche Verfassungsänderung würde aber, um wirksam werden zu können, die Annahme in den Staatsparlamenten von 36 der 48 Einzelstaaten erfordern. Die meisten der bis jetzt befragten Parlamente haben die Verfassungsänderung verworfen. Sie sehen darin einen Versuch, ihre eigenen Rechte einzuschränken und die Bestrebungen zu einer Zentralisierung zu fördern, der gegenüber der durchschnittliche Amerikaner ein instinktives Mißtrauen empfindet.

Ein weiteres Beispiel für dieses Hindernis auf dem Wege zu einer einheitlichen sozialpolitischen Gesetzgebung darf in den Beratungen des Amerikanischen Gewerkschaftsbundes, der American Federation of Labor, über die Alterspensionen erblickt werden. Ein Ausschuß, der zur Prüfung dieser Frage eingesetzt war, kam in einem Bericht vom Jahre 1922 zu dem Ergebnis, daß ein etwaiges Bundesgesetz auf diesem Gebiete von den Gerichten fast mit Sicherheit als verfassungswidrig erklärt werden würde. Aber, führt der Ausschuß weiter aus, die Bundesversammlung sei nach dem Wortlaut der Verfassung zuständig „to raise and support armies“, also Armeen aufzustellen und zu unterhalten, und er

kam demgemäß zu dem Vorschlag, man solle eine „old age home guard“, eine Art Heimatwehr der alten Leute, aufstellen, der Personen beider Geschlechter von über 65 Jahren ohne weiteres angehören würden. Auf Grund dieser Mitgliedschaft sollten sie dann vom Kriegsministerium eine Jahresrente beziehen. Ein Gesetz in diesem Sinne war tatsächlich im Jahre 1909 in der Bundesversammlung beantragt worden, und noch 13 Jahre später gelangte der Amerikanische Gewerkschaftsbund zu dem Ergebnis, daß dieser sonderbare Umweg auch jetzt noch der gangbarste war, um über die aus der Bundesverfassung sich ergebenden Hemmungen hinwegzukommen. Man kann nach dem allem feststellen, daß es in den Vereinigten Staaten kein Arbeitsgesetzbuch des Bundes, wohl aber 48 Arbeitsgesetzbücher der Gliedstaaten gibt, deren Bestimmungen und deren Auffassung der sozialen Probleme überhaupt weitgehende Abweichungen zeigen. Allerdings ist die Amerikanische Gesellschaft für gesetzlichen Arbeiterschutz bemüht, eine einheitliche Arbeitsgesetzgebung für das Gesamtgebiet der Staaten herbeizuführen, und für Einzelfragen, z. B. im Bereiche der Unfallentschädigung, hat sie achtbare Erfolge aufzuweisen. Im allgemeinen aber zeigt sich eine weitgehende Verschiedenheit zwischen den Gesetzen der einzelnen Gliedstaaten, wie dies ja auch den beträchtlichen Unterschieden im Wesen ihrer Bevölkerung und ihrer Ueberlieferungen entspricht. So hat z. B. Wisconsin, wo in der Bevölkerung die Deutschstämmigen vorwiegen, eine vorgeschrittene und umfassende Arbeitsgesetzgebung. Dasselbe gilt mehr oder weniger für Kalifornien, Neuyork und Massachusetts, während im Süden mit seiner rückständigen Bevölkerung und seinem weniger entwickelten sozialen Empfinden nur verhältnismäßig wenige Arbeiterschutzgesetze vorhanden sind und diese wenigen sehr ungleichmäßig angewendet werden.

Nach dem allem kann man also nicht von einer Sozialpolitik der Vereinigten Staaten sprechen. Sie stellen sozusagen ein riesiges Laboratorium der Sozialpolitik dar, in dem man Versuche jeder Art vorfindet. In manchen Fällen ist das staatliche Eingreifen weiter getrieben worden, als dies in den meisten europäischen Gemeinwesen der Fall ist. In anderen Staaten wieder ist das staatliche Eingreifen so geringfügig und so wirkungslos wie in Europa zu der Zeit, als das Manchesterium reinsten Wassers herrschte und die Beschäftigung von Männern, Frauen und Kindern vollständig der Willkür wirtschaftlicher Uebermacht gegenüber wirtschaftlicher Ohnmacht überlassen war. Selbst im Rahmen der einzelnen Staaten aber sind der Gesetzgebung in Fragen der Arbeit in zweifacher Hinsicht bedeutsame Grenzen gezogen, die eine durch Gesetz, die andere durch die geltenden Gepflogenheiten. Der Oberste Gerichtshof kann nämlich nicht nur jedes Bundesgesetz für kraftlos erklären, das in die verfassungsmäßigen Rechte der Gliedstaaten eingreift, er kann auch jedem einzelstaatlichen Gesetz die Wirksamkeit absprechen, das den Persönlichkeitsrechten der Verfassung widerspricht. In dieser Beziehung geht die amerikanische Verfassung, die ja vom Geiste der individualistischen Auffassungen des 18. Jahrhunderts erfüllt ist, reichlich weit. Ihr Grundgedanke ist die uneingeschränkte Freiheit des einzelnen Bürgers, und ein Gutteil der amerikanischen Verfassungsrechtsprechung ist damit befaßt, ihn vor der Einmischung der öffentlichen Gewalt zu bewahren. Die Antitrustgesetzgebung des vorigen Jahrhunderts, die in einem weitverbreiteten öffentlichen Mißtrauen gegenüber der Macht großer wirtschaftlicher Zusammenschlüsse wurzelle, ist aus der gleichen Quelle hervorgegangen. Im ganzen aber hat der Individualismus sich mehr dahin betätigt, die Gesetzgebung zum Schutze der Arbeitnehmer zu hemmen, als eine Gesetzgebung gegen die Unternehmerinteressen voranzubringen. Das schla-



gendste Beispiel in dieser Beziehung ist eine Entscheidung des Obersten Bundesgerichtes vom Jahre 1923<sup>\*)</sup>, welche das Gesetz über Mindestlöhne für Frauen und Kinder im Distrikt Columbia für verfassungswidrig erklärt. M. R. Justice Sutherland hat die Anschauung der Mehrheit des Gerichtshofes eindeutig in folgenden Sätzen zum Ausdruck gebracht:

„Eine Person, die ihre Arbeitsleistung verkauft, muß die Freiheit haben, dabei die Bedingungen zu stellen, die ihr erwünscht erscheinen, wie umgekehrt derjenige, der die Arbeitsleistung kauft, das Recht haben muß, seinerseits die Bedingungen zu stellen, unter denen er die Arbeitsleistung brauchen kann. So wird Rechtsgleichheit für beide Teile des Arbeitsvertrages hergestellt. Jede Gesetzgebung aber, die diese Selbstbestimmung einschränken wollte, wäre eine Vergewaltigung der persönlichen Freiheit, wie sie keine Regierung zulassen könnte.“

Nach dieser Entscheidung sind auch die Mindestlohngesetze der verschiedenen Staaten für kraftlos erklärt worden. Demselben Schicksal verfiel das obligatorische Schlichtungsgesetz des Staates Kansas, durch das ein Gewerbeschiedsgericht mit Ermächtigung zur Festsetzung von Löhnen eingerichtet werden sollte. Der Oberste Gerichtshof war einstimmig der Auffassung, daß eine so weitgehende Entscheidungsmacht der verfassungsmäßigen Vertragsfreiheit im Wege stehe. Da nun jeder gesetzliche Fortschritt auf sozialem Gebiete dem Spießbrutenlauf dieser Gerichtsbarkeit unterworfen ist, so ergibt sich unabweislich, daß der Fortschritt dieser Art Gesetzgebung stockend und unsicher sein mußte.

Die andere Hemmung der sozialen Gesetzgebung ergibt sich aus dem Widerwillen der öffentlichen Meinung gegen das Eingreifen des Staates in gewerbliche Angelegenheiten. Es mag ja sein, daß die Arbeitgeber überhaupt nicht für gesetzliche Einschränkungen ihrer Handlungsfreiheit sind, aber ihre ablehnende Haltung findet in der öffentlichen Meinung der Vereinigten Staaten ungleich mehr Zustimmung als in Europa. Das hat seinen Grund darin, daß sie sich mit viel Erfolg auf die individualistischen Ueberlieferungen berufen kann, die sich wie ein roter Faden durch das ganze Leben des Amerikaners ziehen. Als überzeugender Beweis für die Stärke und umfassende Verbreitung dieser Ueberlieferung sei die Ablehnung der meisten Formen der Sozialversicherung seitens der American Federation of Labor genannt. Gompers, deren erster Präsident, der ihre Schicksale 40 Jahre lang lenkte, hat sich immer gegen eine Gesetzgebung dieser Art gewandt, und zwar mit der Begründung, die Arbeiterschaft würde bei Einführung entsprechender Gesetze nicht mehr im bisherigen Maße auf die gewerkschaftlichen Verbände angewiesen sein. Allerdings wird neuerlich die Forderung nach Altersrenten und Unfallentschädigung von der Föderation unterstützt. Dagegen tritt die Arbeiterschaft noch jetzt keineswegs dringlich für öffentlichen Schutz im Falle von Krankheit, Invalidität und Arbeitslosigkeit ein. Soll diese Haltung richtig gewürdigt werden, so muß man sich der Entwicklungsgeschichte der amerikanischen Industrie erinnern. In einem jungen Lande, wo die Grenzen zwischen den verschiedenen Bevölkerungsklassen äußerst beweglich und die Aufstiegsmöglichkeiten in einer Zeit raschster Ausdehnung der Industrie sehr bedeutend sind, eröffnen sich für den einzelnen Arbeiter naturgemäß ungleich größere Aussichten als für seinen Kollegen in den europäischen Ländern, in denen die soziale Stufenleiter starrer festgelegt ist und der Rahmen des gewerblichen Lebens sich nur schrittweise erweitern läßt. Auch war der amerikanische Arbeiter von jeher in höherem Maße gewöhnt, sich auf seine eigene

Kraft zu verlassen, wenn es sich darum handelte, seinen materiellen und sozialen Aufstieg sicherzustellen. Er kennt unzählige Fälle, in denen es seinen Kollegen gelungen ist, den Aufstieg vom tiefsten Grunde bis zum Gipfel zu bewältigen, und es wird ihm immer wieder gelehrt, daß er oder seine Kinder es erreichen würden, die gleiche Bahn zu durchlaufen. So sieht er auch keineswegs die Bestimmung seines Lebens darin, für immer in der Stellung eines Lohnempfängers zu verbleiben. Er ist daher im allgemeinen nicht mit „Klassenbewußtsein“ erfüllt und hat demgemäß auch nicht soviel Gemeinschaftsgefühl gegenüber seinen Kollegen wie der europäische Arbeiter. Aus dieser inneren Einstellung folgt ein Doppeltes: Der amerikanische Arbeiter neigt weniger dazu, vom Staate Abhilfe für seine Schmerzen zu erwarten, und er hat auch niemals getrachtet, auf dem Wege der Bildung einer Arbeiterpartei politischen Einfluß zu gewinnen, um so den Staatsapparat beherrschen und mit dessen Hilfe seine materielle Lage verbessern zu können.

Nach diesen beiden grundlegenden Feststellungen, die bisher die soziale Entwicklung der Vereinigten Staaten beherrscht haben, mag es interessieren, zwei Fragen zu stellen. Einmal, welche Vorkehrungen vorhanden sind, um dem Arbeiter Schutz zu bieten, und zweitens, inwieweit diese Einrichtungen als hinreichend angesehen werden dürfen. Wollte man diese tiefgreifenden Fragen restlos beantworten, so würde es einer Ueberprüfung des gesamten Bereiches bedürfen, den die Sozialgesetzgebung üblicherweise erfaßt. Diese Aufgabe würde ungleich mehr Zeit in Anspruch nehmen, als mir heute abend zur Verfügung steht. Aber schon die Prüfung eines der wichtigsten Teilabschnitte, nämlich desjenigen der Sozialversicherung, erlaubt vielleicht einen allgemeinen Eindruck von den Fragen, vor die sich zurzeit Arbeitgeber, Arbeitnehmer und Sozialpolitiker gestellt sehen. Es wird sich also empfehlen, daß wir hier einen gedrängten Ueberblick über die verschiedenen Zweige der Sozialversicherung vornehmen und sie daraufhin betrachten, wieweit sie in den Staaten bereits vorhanden sind und in welchem Ausmaß sich etwa in Zukunft ein Bedürfnis nach ihrer Einführung oder Erweiterung ergeben mag.

In den meisten Ländern bildete den ältesten Zweig der Sozialversicherung die Entschädigung von gewerblichen Unfällen, weil sie anerkanntermaßen, sowohl unter Gesichtspunkten des Bedürfnisses wie unter solchen einfachster sozialer Gerechtigkeit, die dringlichste war. Von dieser Regel bilden auch die Vereinigten Staaten keine Ausnahme. Das erste Gesetz über Unfallentschädigung wurde im Staate Maryland im Jahre 1902 erlassen. Seither sind einschlägige Gesetze in nicht weniger als 43 anderen Staaten ergangen, so daß zurzeit nur noch 4 von den 48 Staaten der Union ohne derartige Gesetzgebung geblieben sind. Diese Gesetzgebung hat auch die Verwerfung seitens der Gerichte überlebt; denn der Oberste Gerichtshof hat, obgleich er die Unfallversicherungspflicht als Beschränkung der Freiheit des Unternehmers ansah<sup>\*)</sup>, doch erklärt, daß den wichtigsten Punkt, in welchem die Vertragsfreiheit beschränkt wird, die Entschädigung für Beeinträchtigung an Leib und Leben oder für Erwerbsbeschränkung infolge der Berufsfahren bildet, und daß die Öffentlichkeit ein unmittelbares Interesse an diesem, das Gemeinwohl betreffenden Gegenstande hat.“ Allerdings ist man in den Vereinigten Staaten weit davon entfernt, etwa ein umfassendes und einheitliches System der Unfallversicherung zu besitzen. Die Gesetze der verschiedenen Gliedstaaten zeigen in bezug auf Anwendungsbereich, Verfahren und Unterstützungssätze

<sup>\*)</sup> Adkins v. Children Hospital 43, SCP. 396.

<sup>\*)</sup> Holden v. Hardy 169 U. S. 366, 397. 18, Sup. Ct. 383.

weitgehende Abweichungen. Meist nicht erfaßt sind große Gruppen von Arbeitnehmern, so die landwirtschaftlichen Arbeiter, die Hausangestellten, die Angestellten in Kleinbetrieben, diejenigen des öffentlichen Dienstes und endlich die Arbeitnehmer bei „nicht gefährlichen Beschäftigungen“, was ein ziemlich weiter und unbestimmter Begriff ist. Im Jahre 1917 fielen nach amtlicher Schätzung 8,5 Millionen Personen oder rund 40 Proz. der Lohnempfänger in den 40 Staaten, die damals eine entsprechende Gesetzgebung besaßen, unter keines der bestehenden Entschädigungsgesetze. Soweit die Unfallversicherung besteht, erfolgt sie teils im Rahmen von Staatsfonds, teils bei privaten Versicherungsgesellschaften, teils im Wege gegenseitiger oder Selbstversicherung. Die staatlichen Fonds, wie sie in vielen Staaten, z. B. in Neuyork, Kalifornien und Ohio bestehen, haben im ganzen bemerkenswerte Wirksamkeit und Erfolge aufzuweisen; aber bezeichnenderweise hat selbst da, wo es Staatsfonds gibt, der Unternehmer noch oft genug die Freiheit der Wahl zwischen diesen Fonds und den privaten Versicherungsgesellschaften. Die Mannigfaltigkeit der Lösungen findet ihren Ausdruck auch in der Art der Entschädigung bei völliger Erwerbsunfähigkeit. In manchen Staaten, so in Norddakota, werden die Renten in Höhe von 66 Proz. des früheren Wochenlohns für die gesamte Dauer der Erwerbsunfähigkeit gewährt. In anderen Staaten ist der Prozentsatz niedriger. In dritten Staaten wiederum ist die höchste zahlbare Summe auf Beträge beschränkt, die zwischen 3000 und 6000 Dollar liegen, oder es wird eine Bezugshöchstdauer von 1000 oder gar nur 260 Wochen bestimmt. Es zeigt sich also, daß das Schicksal des Arbeitnehmers im Falle eines Unfalles weitgehend von dem Ort abhängt, an dem er im Zeitpunkt seiner Verletzung gerade gearbeitet hat. Es muß einfach als Glückssache gelten, ob er eine reichliche Rente auf Lebenszeit oder eine knauserige Unterstützung auf fünf Jahre erhält, und es ist um so mehr Glückssache, weil bekanntlich der amerikanische Arbeitnehmer den Arbeitsort ungleich öfter wechselt als der europäische. Freilich ist es natürlich und unvermeidlich, daß in einem so weiten Lande und im Kreise von Staaten, in denen die Entwicklungsstufe des sozialen Fortschritts so sehr verschieden ist, Entschädigungseinrichtungen von ungleicher Wirksamkeit und Vollständigkeit bestehen. Manche sind ebenso gut, wenn nicht besser, als irgendein europäisches System. Andere sind von diesem Höchststande noch weit entfernt. Aber mag auch der Verschiedenheit und Unzulänglichkeit der jetzt geltenden Gesetze noch soviel Raum belassen worden sein, so ist es eine beachtliche Tatsache, daß allenthalben in den Vereinigten Staaten die öffentliche Meinung ihre feindselige Haltung gegenüber dem Eingreifen des Staates auf sozialpolitischem Gebiet insoweit aufgegeben hat, und daß sie die Entschädigung für Arbeitsunfälle innerhalb 25 Jahren fast zum Gemeingut werden ließ. Diese Entwicklung ist von den Gewerkschaften nachdrücklich unterstützt worden, und auch die Arbeitgeber sind jetzt damit im ganzen einverstanden. Darf diese Entwicklung als ein Anzeichen dafür angesehen werden, daß Amerika das Bedürfnis nach staatlichem Schutz für die Arbeiter

jetzt zu empfinden beginnt, und stellt sie den ersten Schritt auf dem Wege zu solchem Schutze dar? Oder bildet die Entschädigung für Arbeitsunfälle einen Sonderfall, ein Gebilde sui generis, einen Vorgang, dem keine Nachfolge beschieden ist? (Schluß folgt.)

### Sanitätsrat Dr. Wolfgang Pfahler zum Gedächtnis.

Am 14. April verschied durch einen Schlaganfall Herr Sanitätsrat Dr. W. Pfahler in Adelsdorf. Im Jahre 1873 in Dachsbach geboren, verbrachte er seine Jugend- und Studienzeit in Erlangen und ließ sich danach in Adelsdorf bei Höchstadt a. d. A. nieder, wo er über ein Vierteljahrhundert wirkte und eine außerordentlich segensreiche Tätigkeit entfaltete. Er hat hierbei in rastloser, unermüddlicher Arbeit Hunderten das Leben gerettet und Tausenden ihre Gesundheit und Arbeitsfähigkeit wieder verschafft, gewiß aber auch den Keim zu seinem frühen Ende gelegt. Er hat sich auch stets freudig und bereitwillig in den Dienst aller gemeinnützigen und caritativen Bestrebungen gestellt. Kein Wunder, daß die Nachricht von seinem plötzlichen Tode in seinem Wohnort und seinem ganzen Praxisbereich Bestürzung und tiefe Trauer in allen Häusern und Herzen hervorrief; die außerordentlich starke Beteiligung bei seiner Beisetzung auf dem Altstädter Friedhof in Erlangen war hierfür ein entsprechender Beweis.

Für seine Kollegen bedeutete der Tod Pfahlers einen unersetzlichen Verlust; nahm er doch an allen Angelegenheiten unseres Standes regen Anteil und wirkte fast in allen Ausschüssen tatkräftig mit. Wegen der Lauterkeit und Unbestechlichkeit seiner Gesinnung und seiner geradezu vorbildlichen Kollegialität hochgeachtet, war er auch im ärztlichen Vereinsleben der gegebene Führer und wurde bereits im Jahre 1913 zum stellvertretenden Vorsitzenden der Kassenärztlichen Vereinigung, im Jahre 1919 auch zum stellvertretenden Vorsitzenden des Aerztlichen Bezirksvereins Forchheim-Ebermannstadt-Höchstadt a. d. A. gewählt.

Einer der Besten unseres Standes, ein Mann von echtem Schrot und Korn, ein Ehrenmann vom Scheitel bis zur Sohle ist mit Pfahler dahingegangen. Sein Andenken wird fortleben als das eines hervorragenden Arztes, eines hochgeschätzten, unvergeßlichen Kollegen und vor allem eines prächtigen Menschen mit einem goldenen, treuen Herzen, und uns stets ein leuchtendes Vorbild sein. Dr. Winkler von Mohrenfels.

### Darf ein Arzt seine Praxis verkaufen?

Das Reichsgericht hat in einer Entscheidung erneut zum Ausdruck gebracht, daß der Verkauf einer ärztlichen Praxis an sich nicht gegen die guten Sitten verstoße. Damit ist die neuere Auffassung anerkannt worden, daß eine Sittenwidrigkeit des Verkaufs einer ärztlichen Praxis nur dann angenommen werden kann, wenn der Vertrag den Käufer unverhältnismäßig hoch belastet, so daß er ihn zu besonders hohen Forderungen zwingt. Denn damit wäre das Interesse der Patienten nicht gewahrt.

Andererseits wird in der neuen Reichsgerichts-

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

entscheidung ausgesprochen, daß die ärztliche Praxis mit zu den Erwerbsgeschäften gehört, deren Verkauf der Genehmigung des Vormundschaftsgerichts unterliegt. Das Wesentliche beim Verkauf einer ärztlichen Praxis bildet das Maß der Beziehungen und die günstigen Möglichkeiten daraus zu erzielender Einnahmen. Man kann also nicht sagen, daß nach dem Tode eines Arztes nichts vorhanden sei, was unter der verkehrsüblichen Bezeichnung „Praxis“ verkauft werden könnte. Was der Nachfolger unter dem Titel der „Praxis“ seines Vorgängers erworben hat, sind bestimmte Grundlagen und Verbindungen, deren erfolgreiche Ausnutzung allerdings seine eigene Sache ist. Das Reichsgericht hebt noch hervor, daß dieselben Gesichtspunkte auch dann gelten müssen, wenn der Verkauf zu Lebzeiten des Arztes oder Zahnarztes durch diese erfolgt.

### Vereinsnachrichten.

(Originalbericht des Bayer. Aerztl. Correspondenzblattes.)

#### Aerztlicher Bezirksverein Pirmasens (Pfalz).

(Aus der Sitzung vom 6. Juli 1928 in Pirmasens.)

Herr Oberregierungsrat Hilger spricht über: „Die staatliche Aerzteversorgung“. Außer den zahlreich anwesenden Aerzten nehmen an der Sitzung Zahnärzte und Tierärzte teil. Den ausführlichen Erläuterungen Hilgers, die wichtige Punkte der Aerzteversorgung treffend hervorheben, folgt die Versammlung mit gespannter Aufmerksamkeit. Formell und inhaltlich zeigt seine Rede das Bestreben, die spröde Materie zu meistern.

Im Anschluß daran entwickelt sich eine lebhaft Aussprache, in der zahlreiche Bedenken gegen die Aerzteversorgung und einzelne Punkte derselben geäußert werden. Vor allem setzt die Kritik ein gegen die Tendenz zur Kapitalisierung in großem Ausmaß aus den Beiträgen der gegenwärtigen Aerzlegeneration, gegen die nach Ansicht der Sprecher zu geringen Leistungen, gegen eine angebliche Mehrbelastung der jüngeren Aerzte, gegen eine Aenderung in der Frage der Verwaltungsspesen und gegen die Nichtanerkennung nachgewiesener Unkosten bei der Berechnung des Reineinkommens.

Auch von zahnärztlicher Seite werden Beschwerden vorgebracht.

Trotzdem der Referent in liebenswürdiger Weise Aenderungen verspricht, ergibt der Gesamteindruck, daß in Aerztekreisen die staatliche Versorgung in der gegenwärtigen Form anscheinend mit sehr geteilten Gefühlen aufgenommen wird. Jedenfalls scheinen schwere Bedenken angebracht.

Michel, Schriftführer.

### Deutsche sozialhygienische Gesellschaft.

Die Deutsche sozialhygienische Gesellschaft tagt im Rahmen der diesjährigen Naturforscher- und Aerzteversammlung als Unterabteilung 33a „Sozialhygiene“ am Dienstag, den 18. September, nachmittags 3 Uhr, im großen Saal des Studentenheims, Hamburg 36.

Neue Rabenstraße 13. Folgende Referate sind angemeldet:

Gottstein (Berlin): „Die Zukunftsaufgaben der Sozialhygiene.“ — Kaup (München): „Abgrenzung der Sozialhygiene von der übrigen Medizin.“ — Rott (Charlottenburg): „Die Sozialhygiene im Universitätsunterricht.“ — Jadassohn (Breslau): Thema vorbehalten. — Ickert (Gumbinnen): „Die Notwendigkeit eines Reichstuberkulosegesetzes.“ — Gerbis (Berlin): „Frauenarbeit in der Industrie.“ — Wolff (Charlottenburg): „Hat die Sterblichkeit an Krebs und Diabetes zugenommen?“ — Weißbach (Dresden): „Aufgaben und Ziele der Hygieneakademie Dresden.“

Auskunft erteilt der Einführende der Unterabteilung 33a „Sozialhygiene“, Professor Dr. Sieveking, Hamburg 1, Besenbinderhof 41.

### Amtliche Nachrichten.

#### Dienstesnachrichten.

Vom 1. September 1928 an wird der Bezirksarzt Dr. Karl Heldmann in Wertingen auf Ansuchen in gleicher Diensteseigenschaft in etatmäßiger Weise nach Füssen versetzt.

### Vereinsmitteilungen.

#### Sterbekasse des Aerztl. Kreisverbandes Oberbayern-Land.

(38. Sterbefall.)

Dr. Fritz Graf de la Rosée in Garmisch ist gestorben. Das Sterbegeld wurde umgehend angewiesen.

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 38. Sterbefall.

Dr. Graf, Gauting.

#### Mitteilungen des Aerztlichen Bezirksvereins Nürnberg und des Kassenärztlichen Vereins Nürnberg e. V.

1. Die deutsche „Dunlop“-A.-G. sucht für Lebensversicherungsgutachten für ihre Angestellten einen Vertrauensarzt, der die englische Sprache in Wort und Schrift beherrscht. Meldungen bitten wir bis spätestens 27. August an unsere Geschäftsstelle richten zu wollen.

2. In den neuen Limitierungsbestimmungen wurde die Nr. 123 f vergessen; dieselbe wird höchstens sechsmal bezahlt.

#### Mitteilungen des Münchener Aerztevereins für freie Arztwahl.

1. Wie mitgeteilt wird, versucht in letzter Zeit ein Patient Quinz Engelbert, Kokainrezepte zu erhalten, um die Katheterisierung wegen angeblicher Schußverletzung in der Blasengegend vornehmen zu können. Der Patient ist nicht, wie er anzugeben pflegt, Mitglied der Ortskrankenkasse München-Stadt und bringt auch trotz Zusage einen Reichsbehandlungsschein nicht bei.

2. Zur Aufnahme in den Verein als außerordentliches Mitglied hat sich gemeldet Herr Dr. Immo Wymmer, Facharzt für Chirurgie, Bavariaring 17/0.

BRÜCKNER-LAMPE & CO.-A.G.

BERLIN-SCHÖNEBERG KOLONNENSTR. 29.

DIÄTETISCHE  
TUBERKULOSE-  
BEHANDLUNG!

MINERALOGEN

LITERATUR: SAUERBRUCH:  
HERMANNSDORFER, M.M.W. 1928<sup>er</sup>ft.

### Fachnormenausschuß Krankenhaus (Fanok).

Vorsitzender: Professor Dr. Hoffmann, Direktor im Hauptgesundheitsamt der Stadt Berlin.

Die Normenstelle der Deutschen Röntgengesellschaft, die mit dem Verband Deutscher Elektrotechniker und dem Fachnormenausschuß Krankenhaus eng zusammenarbeitet, veröffentlicht im Fanokteil des Heftes 16 der Zeitschrift für das gesamte Krankenhauswesen (Verlag J. Springer, Berlin W 9, Linkstraße 23) Berichte über die ersten Sitzungen ihrer Arbeitsgruppe VI „Röntgenröhren“ und III „Hochspannungsschutz“. Die Arbeitsgruppe VI hat zunächst ein ausführliches Arbeitsprogramm aufgestellt. Ihre Normungsarbeit wird sich erstrecken auf Therapieröhren (Elektr. Daten, Kühlung, Abmessungen und Ausstattung); Diagnostikröhren (Elektr. Daten, Kühlung, Zeichenschärfe, Abmessungen und Ausstattung); Ventile (Elektr. Daten, Abmessungen und Ausstattung) und Ionenröntgenröhren.

Die Arbeitsgruppe III hat die Aufgabe, Vorschriften aufzustellen für die Errichtung und den Betrieb medizinischer und industrieller Röntgenanlagen zur Herabsetzung der Hochspannungsgefahr. In der ersten und zweiten Sitzung wurden Vorschriften für die Errichtung und den Betrieb zur Herabsetzung der Hochspannungsgefahr bei ärztlichen Röntgenanlagen aufgestellt. Einsprüche gegen den Entwurf werden bis 1. September 1928 an den Vorsitzenden der Normenstelle, Herrn von Buol, Berlin-Siemensstadt, erbeten. Die sehr eingehenden und wichtigen Vorschriften sind beachtlich für Hersteller, Aerzte und Techniker, die sich mit dem Röntgenwesen befassen.

Die Gruppe ärztlicher Instrumente des Fanoks ver-

öffentlicht in diesem Heft Normblattentwürfe für Gissäge, Knochen-Schere, Rippen-Schere.

Einsprüche gegen diese Normblattentwürfe werden bis 30. September 1928 an die Geschäftsstelle des „Fanoks“ erbeten.

Für die Redaktion verantwortlich: Dr. H. Scholl, München.  
Für die Inserate: Adolf Dohn, München.

### Arzneimittelreferate.

**Erfahrungen mit dem Schlafmittel „Sandoptal“.** Von Dr. Bamberger, II. inn. Abt. d. Städt. Krankenhauses in Friedrichshain. (D. M. W. 1928, Nr. 3.) Auf Grund eingehender Beobachtungen bei 200 Patienten kommt Verf. zu dem Ergebnis, daß Sandoptal (Isobutylallylbarbitursäure) zwar nur einen leichten sedativen Effekt aufweist, aber als Hypnotikum vorzügliches leistet. Es ist indiziert bei allen mit Schlafstörung einhergehenden Krankheitszuständen, bei denen Schmerzattacken fehlen, vor allem bei nervöser Schlaflosigkeit infolge Ueberarbeitung usw. Als ein besonderer Vorzug des Präparates muß das Ausbleiben jeglicher posthypnotischer Nachwirkung betrachtet werden, auch ließ sich weder Kumulation noch Gewöhnung feststellen. Sandoptal wurde eine halbe Stunde vor dem Einschlafen in der Dosierung von 0,2 g = 1 Dragée verabreicht und gerne genommen. Die Patienten schliefen prompt ein, der Schlaf war ruhig und anhaltend, das Erwachen leicht und ohne jede Nachwirkung.  
Dr. F.

### Aus Bädern.

**Bad Tölz.** Kunstaussstellung Tölzer Maler. Im grossen Oberlichtsaal der Galerie Thannhauser in München, Theatinerstr. 7, veranstaltet der Maler Albert Spethmann in Bad Tölz eine Kollektivsammlung seiner hervorragenden Gemälde, die bis zum 31. August dort ausgestellt sind. — Der bekannte Künstler Prof. Richard Pietzsch (Bad Tölz) hat in Bad Tölz in den zehn Fenstern des Steigenberger-Hauses, rechts der Isar an der Brücke, eine zweite Sammlung von 10 Oelgemälden ausgestellt. Bei der Gelegenheit wird auf die Sammlung der Tölzermotive dieses Künstlers hingewiesen, welche sonst nur in der Münchener Sezession zu sehen sind.

### Zur gefl. Beachtung!

Der Gesamtauflage unserer heutigen Nummer liegt ein Prospekt der Firma Gödecke & Co., Chemische Fabrik A.-G., Berlin-Charlottenburg, über »Gelonida stomachica« und »Gelonida Aluminii subacetici Nr. 1«, bei.

Wir empfehlen die Beilage der besonderen Beachtung unserer Leser.

### Kassenpraxis-Tausch

Land- und Kassenarzt mittleren Alters in Nordbayern, Stadtnähe, mit ausgedehnter Praxis in katholischer, schöner, reicher Gegend, tauscht mit **Kassenarzt** in München oder Vorort. Tausch auch mit jüngerem Kollegen, evtl. Anfänger. Mietwohnung vorhanden u. Bedingung. Offerten unter N.G.B. 698 an Ala Haasenstein & Vogler, Nürnberg.

Dr. med. (1914 approb.), der ab Oktober 28 bis März 29 in München vorm. in Klinik beschäftigt ist, sucht für nachmittags — auch tageweise bei Kollegen — für diese Zeit

### Dauervertretung

(Sprechstunde und Besuche usw.). Angebote unter N. 3723 an ALA Haasenstein & Vogler, München.

## Dolorsan

Jod organisch an Camphor u. Rosmarinöl sowie an NH<sub>3</sub> 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**

## 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.

# 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-Aufnahme: ALA Anzeigen-Aktiengesellschaft in Interessengemeinschaft mit Haasenstein & Vogler A.-G. Daube & Co., G. m. b. H. München, Berlin und Filialen.

**№ 34.**

**München, 25. August 1928.**

**XXXI. Jahrgang.**

**Inhalt:** Mitteilung der Bayerischen Landesärztekammer. — 10. Bayerischer Aerztetag. — Richtlinien des Landesausschusses für Aerzte und Krankenkassen. — Erhöhung der Krankenversicherungsgrenze? — Rationalisierung der Krankenversicherung. — Sozialpolitische Erfahrungen in den Vereinigten Staaten von Amerika. (Schluss.) — Rationalisierung der Krankenüberwachung durch Krankenbesucher. — Die Krankheitsarten des Strassenbahnpersonals. — Wiener Aerztestreik. — Aerzte als Zeugen und Sachverständige vor Gericht. — Vereinsnachrichten: Kreisverband der Aerzte der Oberpfalz; Münchener Aerzteverein für freie Arztwahl; Kassenärztlicher Verein Nürnberg E. V. — Ueber Fortbildungskurse für Amtsärzte. — Bücherschau.

*Diese Nummer enthält eine Anmeldekarte, adressiert an den Aerztlichen Bezirksverein Neustadt a. d. Haardt, für die Anmeldungen zum Bayerischen Aerztetag.*

### Mitteilung der Bayerischen Landesärztekammer.

Nach § 7 der Satzung für die Bayerische Landesärztekammer „schlagen die Abgeordneten der ärztlichen Bezirksvereine jeden Regierungsbezirks auf Grund einer Vorbesprechung je 2 Vorstandsmitglieder vor, wobei nach Möglichkeit je ein Stadt- und ein Landarzt gewählt werden soll“.

Wir bitten die Abgeordneten der Bezirksvereine der einzelnen Regierungsbezirke, baldmöglichst die zwei Kollegen auswählen zu wollen, welche für die Vorstandschaft der Landesärztekammer vorgeschlagen werden sollen.

### Bayerische Landesärztekammer.

#### 10. Bayerischer Aerztetag

am 22. und 23. September 1928 in Neustadt a. d. H., Saalbau.

#### Tagesordnung:

Freitag, den 21. September, abends 6 Uhr: Vorbereitende Sitzungen des Vorstandes der Bayerischen Landesärztekammer und des Bayerischen Aerzteverbandes. Der Sitzungsort wird noch bekanntgegeben.

Samstag, den 22. September, vormittags 9 Uhr: Eröffnung des 10. Bayerischen Aerztetages.

#### I. Zweite ordentliche Sitzung der Bayerischen Landesärztekammer.

#### Tagesordnung:

1. Jahresbericht. Berichterstatter: San.-Rat Dr. Steinheimer (Nürnberg).

2. Kassenbericht. Berichterstatter: San.-Rat Dr. Steinheimer (Nürnberg). — Festsetzung des Voranschlags. Entlastung der Kassenführung. Bericht des Vereins zur Unterstützung invalider, hilfsbedürftiger Aerzte.

#### 3. Wahlen.

a) Einsprüche und Ablehnungen.

b) Wahl von 22 Vorstandsmitgliedern nach § 7 Abs. 5 der Satzung der Bayerischen Landesärztekammer.

c) Wahl je eines Abgeordneten der medizinischen Fakultäten, der Medizinalbeamten und der Assistenzärzte.

d) Wahl des I. Vorsitzenden.

e) Wahl von je vier ärztlichen Mitgliedern der Berufsgerichte durch die der Landesärztekammer angehörenden Abgeordneten der ärztlichen Bezirksvereine des Regierungsbezirks und Wahl von fünf ärztlichen Mitgliedern des Landesberufsgerichts aus den nach Art. 9 des Aerztegesetzes wahlberechtigten Mitgliedern der ärztlichen Bezirksvereine und Wahl von je zwei Stellvertretern.

#### 4. Die Bekämpfung der Lungentuberkulose auf Grund der jetzigen Anschauung.

I. Wissenschaftliche Grundlagen. Berichterstatter: Geh. Med.-Rat. Prof. Dr. v. Romberg (München).

II. Die Aufgaben der Fürsorgestellen. Berichterstatter: Geh. San.-Rat Dr. Frankenburger (Nürnberg).

III. Auswirkungen für den praktischen Arzt. Berichterstatter: Geh. San.-Rat Dr. Hans Dörfner (Weißenburg i. B.).

#### 5. Anträge.

Sonntag, den 23. September, vormittags 9 Uhr:

#### II. Zweite Hauptversammlung des Bayerischen Aerzteverbandes.

1. Jahres- und Kassenbericht. Berichterstatter: San.-Rat Dr. Steinheimer (Nürnberg). — Vertrag mit dem Landesverband bayer. Landkrankenkassen. Berichterstatter: Dr. Schmitz (Abbach). — Wirtschaftliche Verordnungsweise und Landesarzneimittelkommission. Berichterstatter: San.-Rat Dr. Kustermann (München).

2. Wahl der Vorstandschaft und Wahl von Kassenprüfern.

3. Wirtschaftliche Fragen des Standes. Berichterstatter: Sanitätsrat Dr. Scholl (München).

Anmerkungen. Die Vollmachtskarten, welche als Ausweis für die Entgegennahme der Stimmzettel dienen, werden den Delegierten der ärztlichen Bezirksvereine rechtzeitig durch die Bayerische Landesärztekammer zugestellt.

Zur Entgegennahme der Stimmzettel ist die Geschäftsstelle in Neustadt a. d. H., Saalbau, geöffnet am Freitag, dem 21. September, ab 5 Uhr nachmittags und am Samstag, dem 22. September, von 8 bis 1/2 10 Uhr vormittags.

Zur Bestellung der Wohnung und zur Anmeldung der Teilnahme an den verschiedenen Veranstaltungen wird den Delegierten zur Landesärztekammer eine Karte vom Landessekretariat zugeschickt werden, um deren baldgefällige Ausfüllung und Rücksendung gebeten wird.

Die Delegierten zum Bayerischen Aerzteverband, welche nicht Delegierte zur Landesärztekammer sind, und die Kollegen, welche an der Tagung teilnehmen, ohne Delegierte zu sein, werden gebeten, ihre Bestellung direkt beim Aerztlichen Bezirksverein Neustadt a. d. H. bekanntzugeben auf der dem Bayer. Aerztl. Correspondenzblatt beiliegenden Postkarte. Den Herren Kollegen wird von Neustadt aus durch vorgedruckte Karte mitgeteilt, wo sie wohnen.

Die Herren Kollegen werden heute schon daran erinnert, daß sie einen deutschen Reisepaß mit Lichtbild zur Tagung mitbringen müssen.

#### Gesellige Veranstaltungen.

Freitag, den 21. September, abends 8 Uhr: Zwanglose Zusammenkunft der bereits in Neustadt a. d. H. anwesenden Teilnehmer im Scheffelsaal des Saalbau-Restaurants.

Samstag, den 22. September, nachmittags 3 Uhr: Damenführung; abends 8 1/4 Uhr Begrüßungsabend im großen Saal des Saalbaus mit heimatlichen Darbietungen und Weinprobe, gegeben durch die Stadtverwaltung Neustadt a. d. H.

Sonntag, den 23. September, nachmittags 5 Uhr c. m. l.: Festessen mit Damen.

Montag, den 24. September, vormittags 9 1/2 Uhr: Fahrt mit Extra-Autobussen nach Deidesheim, Forst und Wachenheim. Dortselbst gruppenweise Besichtigung der Kellereianlagen der größten Weingüter (von Bassermann-Jordan und v. Buhl in Deidesheim, Spindler in Forst, Bürklin-Wolff in Wachenheim); danach Sektführstück in der Sektkellerei Wachenheim (gemeinsam), Weiterfahrt nach Bad Dürkheim. Dortselbst zwangloses Mittagessen in den Hotels, danach Besichtigung der Kuranlagen und der Quellen sowie der Pfälzischen Kinderheilstätte. Gegen 6 Uhr abends Empfang durch die Stadt- und Kurverwaltung Bad Dürkheim mit anschließender Weinprobe, gegeben durch die Kurverwaltung. Ab 8 Uhr Heimfahrt.

Dienstag, den 25. September, nach Schluß des Aerztetages: Bei genügender Beteiligung Besichtigung der Chem.-pharm. Fabrik Knoll A.-G., Ludwigshafen a. Rh. Abfahrt per Bahn 13.25 Uhr ab Hauptbahnhof Neustadt, Rückkunft gegen 19 Uhr. Teilnehmer an dieser Besichtigung wollen diesbezügliche Nachricht geben.  
Dr. Stauder.

#### Warnt vor dem Medizinstudium!

Flugblätter erhält jeder Arzt in beliebiger Anzahl auf Anfordern kostenlos von der Statistischen Abteilung des Verbandes der Aerzte Deutschlands (Hartmannbund), Leipzig, Plagwitzer Straße 15.

### E. d. Staatsmin. f. Soz. Fürs. v. 9. Juli 1928 Nr. 1076 h 136 über Richtlinien des Landesausschusses für Aerzte und Krankenkassen.

An die mit dem Vollzug des K.L.B. betrauten Stellen und an die Betriebskrankenkassen der Reichsbahn- und Reichspostverwaltung in Bayern.

Nachstehend werden die vom Landesausschuß für Aerzte und Krankenkassen beschlossenen Vertragsausschuß- und Zulassungsbestimmungen für die Betriebskrankenkassen der Reichsbahn- und Reichspostverwaltung in Bayern bekanntgegeben:

I. Vertragsausschußbestimmungen für die Betriebskrankenkassen der Reichsbahn- und Reichspostverwaltung in Bayern.

#### § 1.

Für die Regelung des Vertragsverhältnisses zwischen den Reichsbahn- und Reichspostkassenärzten und den Betriebskrankenkassen der Reichsbahn- und Reichspostverwaltung wird ein Vertragsausschuß beim Zentralwohlfahrtsamt in Rosenheim errichtet.

#### § 2.

Der Vertragsausschuß besteht aus je drei Vertretern der Kassen und der Aerzte. Unter den Vertretern der Kassen sollen sich Arbeitgeber und Arbeitnehmer befinden.

Vertreter der Kassen können nur Vorstandmitglieder der beteiligten Kassen sein. Bei Verhandlungen über Arztverträge der Reichsbahnbetriebskrankenkassen muß sich unter den Kassenvertretern mindestens ein Vertreter der Reichsbahn-, bei Verhandlungen über Verträge der Reichspostbetriebskrankenkasse mindestens ein Vertreter der Reichspostverwaltung befinden. Die Vertreter der Aerzte müssen Reichsbahn- und Reichspostkassenärzte sein.

Die Vertreter der Reichsbahn- und Reichspostbetriebskrankenkasse werden von den Vorständen dieser Kassen bestimmt.

Zwei Aerztevertreter bestimmen die Ständesvertretungen der bayerischen Reichsbahn- und Reichspostärzte, den dritten bestellt der Bayerische Aerzteverband.

#### § 3.

Im übrigen finden die Vertragsausschußbestimmungen vom 30. Juni 1925 mit der Maßgabe entsprechend Anwendung, daß an die Stelle des Versicherungsamts das Zentralwohlfahrtsamt und an die Stelle des Vorsitzenden des Versicherungsamts der Vorstand des Zentralwohlfahrtsamts tritt.

II. Zulassungsbestimmungen für die Betriebskrankenkassen der Reichsbahn- und Reichspostverwaltung in Bayern.

#### § 1.

Beim Zentralwohlfahrtsamt Rosenheim ist ein Arztregister für die Betriebskrankenkassen der Reichsbahn- und Reichspostverwaltung getrennt nach Kassenarztbezirken zu führen.

Befinden sich an einem Orte mehrere Kassenarztbezirke, so gelten diese für die Eintragung als ein Bezirk, die eingetragenen Aerzte als Bewerber für sämtliche Bezirke.

#### § 2.

Wer zugelassen werden will, muß sich unter Angabe der Kassenarztbezirke in das Arztregister eintragen lassen. Die Eintragung ist davon abhängig, daß der Arzt in Deutschland approbiert ist, sich im Besitze der bürgerlichen Ehrenrechte befindet und geschäftsfähig oder in der Geschäftsfähigkeit nicht beschränkt ist. Solange ein Arzt als Volontär- oder Assistenzarzt tätig ist, kann er

für einen Kassenarztbezirk an diesem Orte nicht ins Arztregister eingetragen werden. Die Eintragung für einen anderen Kassenarztbezirk ist zulässig.

Die Anträge auf Eintragung sollen die Personalien, die Wohnung und die Art (Fach) der beabsichtigten Praxis enthalten. Die Eintragung für ein bestimmtes Fach ist nur unter der Voraussetzung des § 1 Ziff. 9 KLB. möglich. Spätere Änderungen sind schriftlich beim Zentralwohlfahrtsamt zum Arztregister anzumelden.

Das Zentralwohlfahrtsamt ist verpflichtet, auf Antrag eines Arztes oder einer der Krankenkassen Tatsachen, die für die Frage der Zulassung eines Arztes von Bedeutung sind, zu den Akten des Arztregisters zu vermerken. Dem betreffenden Arzt ist von dem Vermerk Kenntnis zu geben.

Nur die für den Kassenarztbezirk eingetragenen Aerzte dürfen zur Kassenpraxis zugelassen werden.

Diejenigen Aerzte, welche bereits Kassenpraxis betreiben, werden von Amts wegen eingetragen. Die Aerzte, die neu zur Kassenpraxis zugelassen werden wollen, sind auf Antrag einzutragen.

### § 3.

Für die Regelung der Zulassung von Aerzten bei den Reichsbahnbetriebskrankenkassen in Bayern wird ein Zulassungsausschuß bei dem Zentralwohlfahrtsamt in Rosenheim, für die Regelung der Zulassung von Aerzten bei der Reichspostbetriebskrankenkasse in Bayern ein Zulassungsausschuß bei der Oberpostdirektion in München errichtet. Jeder Zulassungsausschuß besteht aus je drei Vertretern der beteiligten Kassen und der Aerzte.

Die Vertreter der Kassen werden von den beteiligten Krankenkassen bestimmt.

Von den Vertretern der Aerzte müssen zwei zugelassene Reichsbahn- bzw. Postkassenärzte sein. Sie werden von den Landesvertretungen der Bayer. Reichsbahn- und Reichspostärzte bestellt. Der dritte Arztvertreter wird vom Bayer. Aerzterverband bestimmt.

Stellvertreter sind in erforderlicher Zahl zu bestimmen.

### § 4.

Die Zulassungsausschüsse haben vor Eintritt in die Zulassungsverhandlungen die notwendigen Erhebungen bei den beiden örtlich zuständigen Aerzteorganisationen zu pflegen.

Ist für eine freie Arztstelle nur ein Bewerber vorhanden, so kann schriftlich abgestimmt werden; jedoch erfordert die Zulassung Stimmenmehrheit bei jeder Gruppe.

### § 5.

Im übrigen finden die vom Landesausschuß für Aerzte und Krankenkassen erlassenen Zulassungsbestimmungen und -grundsätze entsprechend Anwendung mit der Maßgabe, daß in Angelegenheiten des Arztregisters an die Stelle des Vorsitzenden des Versicherungsamts der Vorstand des Zentralwohlfahrtsamts, in Zulassungsangelegenheiten der Reichsbahnbetriebskrankenkassen der Vorstand des Zentralwohlfahrtsamts, in denen der Reichspostbetriebskrankenkasse der Vorsitzende des Versicherungsamts bei der Oberpostdirektion München tritt.

### § 6.

Die Zulassungsbestimmungen treten am 1. Juli 1928 in Kraft.

## Erhöhung der Krankenkassengrenze?

Die Voss. Zeitung vom 15. August 1928 schreibt: Nachdem soeben durch Kabinettsbeschluß die Pflichtgrenze der Angestelltenversicherung von 6000 auf 8400 Mark Jahreseinkommen erhöht worden ist — die Verordnung soll bereits im September in Kraft treten —

schweben im Reichsarbeitsministerium Erwägungen, ob auch in der Krankenkassenversicherung eine Erhöhung der Einkommensgrenze sich durchführen läßt.

Durch Gesetz vom 15. Juli 1927 ist die Versicherungspflicht für die Krankenkassen ab 1. Oktober v. J. auf 3600 Mark heraufgesetzt worden. Die Linksparteien hatten sich damals vergeblich für eine Angleichung der Einkommensgrenze der Kranken- an die Angestelltenversicherung eingesetzt. Auch der Breslauer Krankenkassentag hat sich vor kurzem für eine erhebliche Heraufsetzung der Einkommensstufen ausgesprochen.

Meldungen, wonach das Reichsarbeitsministerium bereits mit der Ausarbeitung einer entsprechenden Verordnung für die Krankenversicherung beschäftigt sei, treffen, wie wir hören, nicht zu. Nachdem der § 165a der Reichsversicherungsordnung, der früher den Reichsarbeitsminister zu derartigen Erhöhungen ermächtigte, gestrichen wurde, bedarf es zu einer Veränderung der Pflichtgrenze in der Krankenversicherung eines Reichsgesetzes. Die Erwägungen gelten auch der Frage, ob eine Ausdehnung auf Angehörige des Mittelstandes möglich wäre.

Anmerkung der Schriftleitung: Die deutsche Aerzteschaft kann und muß verlangen, daß vor der Vornahme so einschneidender und für sie so sehr bedeutungsvoller Veränderungen der Reichsversicherung die Spitzenverbände der deutschen Aerzteschaft gehört werden.

## Rationalisierung der Krankenversicherung.

Das „Aerzteblatt der Prov. Brandenburg, Grenzmark und Pommern“ bringt folgende Notiz, zu der wir noch Stellung nehmen werden:

Auf dem Krankenkassentage zu Breslau hielt der geschäftsführende Vorsitzende Lehmann einen Vortrag über „Reform der Reichsversicherungsordnung“. Eine ausführliche Wiedergabe seiner Ausführungen haben wir leider noch nirgends gefunden und sind deshalb auf die in der Kassenpresse veröffentlichten kurzen Auszüge angewiesen; aber auch diese lassen schon — wie von diesem hervorragenden Kenner der RVO. zu erwarten war — eine Fülle neuer Gedanken und Anregungen erkennen, die durchaus unsere Aufmerksamkeit verdienen. Hat sich doch Lehmann schon des öfteren nicht nur als ein Kenner dessen erwiesen, was war und ist, sondern auch ein auffallend treffsicheres Ahnungsvermögen gezeigt.

Den von ihm vorgelegten Leitsätzen zur Rationalisierung der Organisation der Krankenversicherung und ihrer Leistungen folgte eine lange Aussprache, die nicht mit der Annahme seiner Vorschläge endete, wohl auch nicht so entscheidend hatte enden sollen; immerhin ist es für uns Aerzte-lehrreich, einiges über die ihm und wahrscheinlich einem großen Teil der Krankenkassenvertreter vorschwebenden Wege dieser Rationalisierung zu erfassen.

Unter „Rationalisierung der Organisation“ will Lehmann die Zusammenfassung der finanziellen Kräfte, Lastenausgleich und Vereinfachung der Verwaltung verstanden wissen. Diesen Zwecken soll u. a. die Zusammenfassung der Kassen im Bezirke eines Versicherungsamtes dienen, und zwar sollen Kassen der gleichen Art in jedem Bezirke einen Kassenverband bilden, der die allgemeinen Aufgaben der Krankenhilfe zu übernehmen hätte; mehrere derartige Kassenverbände können sich vereinigen zu einem gemeinsamen Kassenverbande. Sind aber im Bezirke nur eine Orts- und eine Landkrankenkasse vorhanden, so bilden diese den Kassenverband. Mehrere Kassenverbände im Bezirke eines Oberversicherungsamtes können sich zu

einem Bezirkskassenverbände zusammenschließen. Für die Krankenkassen oder deren Verbände ist der Beitritt zu einem der für das Reichsgebiet errichteten, mit Rechtsfähigkeit ausgestatteten Hauptkassenverbände vorgeschrieben. Der Hauptkassenverband hat die Satzung der Kassen und ihrer Verbände zu genehmigen und ihre Beachtung zu beaufsichtigen.

Die Vorstände der Hauptkassenverbände wählen 15 Mitglieder in einen Zentralausschuß, dem die Aufstellung von Richtlinien für die Tätigkeit der Hauptkassenverbände obliegt; er ist berechtigt, dem Reichsarbeitsminister Anträge und Gutachten in allen die Krankenversicherung betreffenden Angelegenheiten zu unterbreiten und bei der Vorbereitung von Gesetzentwürfen und Verordnungen des Reiches mitzuwirken, die das Aufgabengebiet der Krankenversicherung betreffen.

Auf anderem Gebiete als dem des Lastenausgleichs und der Vereinfachung der Verwaltung liegen folgende Vorschläge: Aufhebung aller Befreiungen von der Pflichtversicherung und der Pflichtkassenzugehörigkeit, Erhöhung der Versicherungspflichtgrenze auf 6000 Mk. Jahresarbeitsverdienst, Einbeziehung der Sozial- und Kleinrentner, der versicherungsfreien Hinterbliebenen Versicherter und der Selbständigen bis zu dieser Verdienstgrenze in die Pflichtversicherung.

Als Rationalisierung der Leistungen bezeichnet Lehmann die „Gestaltung der Leistungen nach den sozialen Bedürfnissen der Versicherten und der Leistungsfähigkeit der Versicherungsträger, wobei die Ergebnisse der sozialen Medizin zu berücksichtigen sind“. Dieses Programm ist für den, der den Vortrag nicht gehört hat, nicht ohne weiteres verständlich und wird es auch nicht durch Kenntnis der Forderungen, die seiner Erfüllung dienen sollen. Sie lauten:

„1. Krankengeldgewährung nur an solche Kranke, deren Arbeitsunfähigkeit objektiv nachweisbar ist. Drei Wartetage für Krankengeld. Abstufung des Krankengeldes nach dem Familienstande.

2. Zulässigkeit von Satzungs Vorschriften, wonach arbeitsfähige Kranke an den Arzt-, Arznei- und Heilmittelkosten bis zu einem Viertel (durch Erhebung von Gebühren für Entnahme von Krankenscheinen) beteiligt werden.

3. ....

4. Gewährung von Hauspflege, Krankenkost und großen Heilmitteln als Regelleistung.

5. ....

6. Gewährung von Krankenpflege an Versicherte auf die Dauer von 52 Wochen.

7. Gewährung ärztlicher und zahnärztlicher Behandlung für versicherungsfreie Familienangehörige auf die Dauer von 13 Wochen als Regelleistung. Zulässigkeit von Satzungs Vorschriften wie unter Ziff. 2.

8. Erhöhung des Wochengeldes Pflichtversicherter auf 85 Prozent des Grundlohnes für 6 Wochen vor der Entbindung, solange die Erwerbstätigkeit eingestellt ist.

9. Gesundheitsfürsorge und hygienische Volksbelehrung ist Pflichtaufgabe der Krankenversicherung.“

Und schließlich der besonderen Beachtung unserer Leser empfohlen:

„10. Obligatorische Mitwirkung von Vertrauensärzten bei Feststellung der Arbeitsunfähigkeit.

Schadenersatzpflicht der Kassenärzte bei fahrlässiger Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit oder vorsätzlicher Schädigung der Versicherung durch unwirtschaftliche Verordnungen.

Beschränkung der Praxis des Kassenarztes auf eine angemessene Höchstzahl von Krankheitsfällen und Leistungen.

Beschränkungen des kassenärztlichen Gesamteinkommens auf einen angemessenen Hundertsatz der durchschnittlichen Grundlohnsumme der Kasse oder des Kassenverbandes.“

## Sozialpolitische Erfahrungen in den Vereinigten Staaten von Amerika.

Ein Vortrag von Dr. H. B. Butler, stellv. Direktor des Internationalen Arbeitsamts Genf, gehalten in der Ortsgruppe München der Gesellschaft für Soziale Reform.

(Schluß.)

Wenden wir uns jetzt der Krankenversicherung zu! Sie besteht in den Vereinigten Staaten überhaupt nicht. Ist daraus zu folgern, daß der Gesundheitszustand in Amerika derart ist, daß kein Bedürfnis nach solcher Versicherung besteht? Ganz und gar nicht! Amtliche Untersuchungen haben ergeben, daß im Laufe des Jahres etwa 20 Proz. der Arbeiter krank werden, und zwar für durchschnittlich 35 Tage. Und es ist ferner berechnet worden, daß jeweils im Durchschnitt 2,3 Proz. infolge von Krankheit arbeitsunfähig sind\*). In verschiedenen Staaten ist es zu einschlägigen Untersuchungen gekommen, und ein Gesetz über Versicherung für den Krankheitsfall hat tatsächlich den Senat des Staates Neuyork im Jahre 1919 durchlaufen. Aber der Widerstand von Interessentenseite hat bisher alle Vorschläge einer Gesetzgebung der bezeichneten Art wirksam zu vereiteln gewußt. Selbst im Falle der Annahme eines entsprechenden Gesetzes bleibt es ungewiß, ob nicht die Gerichtshöfe es für verfassungswidrig erklären würden. Abgesehen von geringfügigen Leistungen, die einige Gewerkschaften bei Krankheit bieten, waren die amerikanischen Arbeiter bis in die jüngste Zeit hinein im Krankheitsfalle auf ihre eigenen Hilfsmittel angewiesen. Etwa ein Drittel von ihnen hatte sich durch Selbstversicherung gedeckt; aber die Annahme dürfte begründet sein, daß die große Masse der ungelerten und geringer bezahlten Arbeitnehmer praktisch in Erkränkungsfällen ziemlich unversorgt dastand.

Für den Fall der Arbeitslosigkeit fehlen Schutzbestimmungen ebenfalls. Zwar sind entsprechende Gesetzentwürfe im Laufe der Zeit in sechs der industriell wichtigsten Staaten aufgestellt worden, besonders in Zeiten, in denen, wie gegenwärtig, das Vorhandensein einer beträchtlichen Zahl Arbeitsloser sich der öffentlichen Aufmerksamkeit aufdrängte; aber bis jetzt hat keiner dieser Entwürfe zum Gesetz ausreifen können. Es mag ja zutreffen, daß Arbeitslosigkeit in den Vereinigten Staaten weniger hart empfunden wird als in europäischen Ländern. Bei uns würde ein Maurer, wenn er in seinem gewohnten Berufe keine Stellung finden kann; nicht im Traum daran denken, Seemann werden zu wollen, oder etwa ein Mechaniker Landarbeiter, und selbst wenn jemand einen derart jähen Berufswechsel versuchen wollte, würde es ihm außerordentlich schwer fallen, ihn durchzuführen. Bei uns ist die Arbeit in hohem Grade spezialisiert, und die beruflichen Grenzen sind fest gezogen, während in Amerika der Arbeiter nicht nur einen Wechsel in der Beschäftigung ungleich vorurteilsloser gegenübersteht, sondern ihn sogar des öfteren anstrebt, um neue Erfahrungen sammeln zu können. Auch legen die Unternehmer nicht so entscheidenden Wert darauf, daß die einzustellenden Arbeiter ihre Befähigung nachweisen. Aus all dem folgt, daß der Arbeitsmarkt ungleich flüssiger ist und daß die Arbeitslosen viel leichter wieder Arbeit finden, insbesondere in einem Lande,

\*) Commons v. Andrews: Principles of Labor Legislation, Seite 465.



in dem der wirtschaftliche Entwicklungsprozeß noch in vollem Gange ist. Aber trotz dieser Tatsachen läßt sich nicht leugnen, daß Arbeitslosigkeit in Zeiten der Depression auch in Amerika zur Quelle großer Härten und Not wird, für die keine anderen Linderungsmittel bestehen, als das nicht sehr planmäßige Wirken der privaten Wohltätigkeit.

Wenn wir uns schließlich der Alters- und Invalidenversicherung zuwenden, so hat es den Anschein, daß nach dieser in den Vereinigten Staaten mehr Verlangen besteht als nach den meisten anderen Zweigen der Versicherung. Diese Tatsache steht wohl im Zusammenhang mit dem vorherrschenden Bestreben, den alternden Arbeiter von der Arbeit in einem früheren Zeitpunkt fernzuhalten. Die Versuche der American Federation of Labor, ein Gesetz des Bundes über Altersversicherung herbeizuführen, wurden schon erwähnt. In zehn Staaten ist seit 1915 beitragslose Pensionsversicherung eingeführt worden. Gegenüber zweien dieser Gesetze haben die Gouverneure der betreffenden Staaten ihr Veto eingelegt, zwei sind von den Gerichten für unwirksam erklärt worden, und in einem fünften Staat ist der Pensionsfonds praktisch zahlungsunfähig, so daß nur fünf derartige Versicherungssysteme gegenwärtig in Wirksamkeit sind. Außerdem sind etwa 300 000 Bundesangestellte durch Pensionsansprüche gesichert; aber die Gesamtzahl der alternden Arbeitnehmer, die Anspruch auf irgendeine Art von Unterstützung haben, ist doch recht gering.

Die bisherige Uebersicht dürfte hinreichend klargemacht haben, daß die Sozialversicherung bisher in den Vereinigten Staaten nur geringe Fortschritte aufzuweisen hat.

Im Lichte dieser Tatsache erscheinen gewisse soziale Bestrebungen amerikanischer Unternehmer in der Neuzeit besondere Bedeutung zu gewinnen. Es würde mich hier zu weit führen, wollte ich im einzelnen die Gründe auseinandersetzen, die weitschauende und kluge Arbeitgeber dazu geführt haben, eine Besserung der Beziehungen zu ihren Belegschaften herbeizuführen. Ich muß mich also mit der bloßen Feststellung begnügen, daß eine beträchtliche und wachsende Zahl von Unternehmern, darunter einige der großen Trusts, die eine so schwerwiegende Rolle im amerikanischen Wirtschaftsleben spielen, jetzt auf dem Standpunkt stehen, gute Beziehungen zu den Arbeitnehmern seien wesentlich für das Produktionsergebnis und zuweilen auch das beste Mittel, um den von den meisten amerikanischen Unternehmern gefürchteten und abgelehnten Gewerkschaften das Wasser abzugraben. Aus dem Bestreben, bessere Beziehungen zur Belegschaft anzubahnen, ist eine ganz neue Wissenschaft erwachsen, die sich „personnel management“ nennt. Man mag darunter in kurzen Worten die wissenschaftliche Pflege der Arbeitskraft im Betriebe in jeder Hinsicht verstehen. Ihr einziges Ziel ist die Steigerung und Sicherung der Produktion im Wege sorgfältigen Studiums des Faktors Arbeit. Sie geht aus von der Voraussetzung, daß ein häufiger Wechsel der Belegschaft infolge von Unfällen, Krankheit oder aus freiem Entschluß für den Geschäftsbetrieb nachteilig ist. Sie erkennt an, daß Beunruhigung aus dem Gefühl wirtschaftlicher Unsicherheit und Unzufriedenheit infolge nicht beachteter Beschwerden nachteiligen Einfluß auf den Ertrag ausübt. Sie erwartet dagegen günstige Wirkungen von dem Gefühle beiderseitigen Vertrauens und dem Bewußtsein der Zusammengehörigkeit. Aus solchen Gedankengängen ergab sich bald genug auch die Erkenntnis, daß das Fehlen einer Versicherung für die Fälle von Sonderbedarf letzten Endes eine Quelle minderer Arbeitsleistung bildet. Aus diesem Grunde haben amerikanische Unternehmer bereitwillig sehr beträcht-

liche soziale Lasten auf sich genommen. Dabei denken sie gar nicht daran, etwa philanthropische Beweggründe geltend zu machen. Aber wie immer auch ihr Ziel sein mag, das Ergebnis hat zweifellos die wirtschaftliche Lage der Arbeitnehmer in den Betrieben, wo diese neuen Wege beschritten worden sind, fühlbar gebessert. Es mag also immerhin die Mühe lohnen, einmal zu prüfen, wieweit dieser bemerkenswerte Versuch einen vollwertigen Ersatz für staatliche Sozialversicherung zu bieten vermocht hat.

Die am meisten verbreitete und volkstümlichste Form der Versicherung im Rahmen des Betriebes ist die für den Todesfall. Sie wird entweder unmittelbar vom Arbeitgeber durchgeführt oder — und das ist der häufigere Fall — im Wege einer Gruppenversicherung von einer ordentlichen Versicherungsgesellschaft. Zuweilen trägt der Arbeitgeber die Kosten der Police allein, aber häufiger ist der Fall gemeinsamer Beiträge des Arbeitgebers und des Arbeitnehmers. Völlige Arbeitsunfähigkeit wird regelmäßig dem Todesfalle gleichgestellt. Beachtlich ist, daß häufig die Police nicht übertragbar ist und daß die Ansprüche daraus für den Arbeitnehmer, der aus dem Dienste der betreffenden Unternehmung ausscheidet, erlöschen. Schätzungsweise waren im Jahre 1927 rund 3 Millionen Arbeitnehmer dieser Art der Versicherung teilhaftig, und die von den Versicherungsgesellschaften eingegangenen Policen, d. h. also ohne die Fälle eigener Versicherung durch den Unternehmer, erreichten den Betrag von 5,6 Millionen Dollar. Es ist bezeichnend, daß auch die Gewerkschaften ihrerseits sich im Bereiche der Versicherung betätigt haben, teilweise offenbar mit der Absicht, den Rückwirkungen der sozialen Betätigung der Arbeitgeber auf ihre Mitgliederbewegungen entgegenzuwirken. Im vorigen Jahre wurde die Union Labor Life Insurance Company, eine Lebensversicherungsgesellschaft unter dem Schutze des Amerikanischen Gewerkschaftsbundes, ins Leben gerufen. Während der ersten neun Monate ihres Bestehens hat sie Policen für den Fall des Todes oder völliger Erwerbsunfähigkeit im Betrage von 31 Millionen Dollar mit 50 000 Gewerkschaftmitgliedern abgeschlossen. Aber es kann wohl kein Zweifel darüber bestehen, daß bei einem Wettlauf im Bereiche sozialer Fürsorgemaßnahmen zwischen der organisierten Arbeit und dem organisierten Kapital die erstere nur geringe Erfolgsaussichten hat.

Auch im Bereiche der Krankenversicherung haben zahlreiche Arbeitgeber Einrichtungen zu wechselseitiger Unterstützung für ihre Betriebe geschaffen. Sie tragen meistens selber mehr oder weniger zu den Lasten bei und scheuen oft auch beträchtliche Geldopfer nicht. Wie groß das Ausmaß dieser Einrichtungen ist, läßt sich allerdings nicht sagen; aber man geht mit der Annahme nicht fehl, daß ihre Zahl, wie auch die aus ihnen für die Arbeitgeber erwachsenden Kosten beträchtlich sind.

Gleiches gilt im Bereiche der Altersversicherung. Eine zweifellos erhebliche Zahl von Firmen hat schon früher überalternden Arbeitnehmern Zuschüsse gewährt oder überhaupt ihren Unterhalt getragen. Neuerdings aber breitet sich in den Vereinigten Staaten der Brauch aus, ein förmliches Versicherungssystem aufzustellen, das die Zahlung bestimmter Rentenbeträge unter näherbezeichneten Bedingungen festlegt. Nach Feststellungen des bekannten Forschungsinstituts der Arbeitgeber, des National Industrial Conference Board, waren im Jahre 1925 268 derartige Versicherungseinrichtungen geschaffen worden, die annähernd 3 Millionen Arbeitnehmer erfaßten. Man geht wohl mit der Annahme nicht fehl, daß die Zahl seither noch zugenommen hat. Auch hier war der Hauptzweck wiederum, gute und gleichmäßige Arbeitsleistung sicherzustellen. Einer der Hauptein-

wände, die gegen manche dieser Versicherungsabkommen erhoben worden sind, geht gerade dahin, daß sie ihre Leistungen von dem Wohlverhalten des Empfängers abhängig machen, worin unter Umständen der Ausschluß der Beteiligung an den Gewerkschaften erblickt werden kann. Um diesem Einwand zu begegnen, sind manche Unternehmer jetzt dazu übergegangen, Jahresrenten sicherzustellen, auf die der Arbeitnehmer einen unverlierbaren Anspruch hat, so daß eine Ausnutzung der Versicherung für disziplinäre Maßnahmen ausgeschlossen wird.

Wie zu erwarten stand, haben die Arbeitgeber verhältnismäßig am wenigsten im Bereiche der Arbeitslosenversicherung getan. Ein neuerer Bericht nannte nur zwölf amerikanische Firmen, die Vorkehrungen für die Zahlung von Arbeitslosenunterstützung eingeführt hatten. Keine dieser Firmen beschäftigt mehr als 5000 Arbeiter und die meisten nur ein paar hundert. Einige dieser Einrichtungen stellen recht beachtenswerte Versuche dar; aber sie alle leiden unter der Schwierigkeit, daß ihre Grundlage nicht breit genug ist, als daß sich darauf eine wirksame Arbeitslosenversicherung aufbauen ließe. Versuche anderer Art bilden die Bestrebungen im Bereich verschiedener Gewerbe Arbeitslosenunterstützung durch ein Zusammenwirken zwischen Arbeitgebern und Gewerkschaften zu schaffen. Bestrebungen dieser Art sind insbesondere im Bekleidungs-gewerbe zu verzeichnen, dessen Arbeitsmarkt in besonders hohem Maße von der Jahreszeit beeinflußt wird. Derartige Versuche lassen sich in der Herrenkonfektion in Chicago, in der Damenkonfektion in Cleveland und in der Tuchhut- und -mützenindustrie in St. Paul und Neuyork feststellen. Zweifellos haben die entsprechenden Einrichtungen in Chicago und Cleveland im Bereiche der Erwerbslosenunterstützung einiges geleistet, aber doch nicht eben viel, weil die zur Verfügung stehenden Rücklagen nicht ausreichen, um angemessene Unterstützungen daraus zu gewähren. In dem Chicagoer Falle betragen diese 40 Proz. des Wochenlohns für 2½ Wochen. Da aber 10 Wochen Arbeitslosigkeit in dem betreffenden Gewerbe eine Regellerscheinung bilden, reichen diese Zahlungen nicht weit. Die Einrichtung in Cleveland ist so gestaltet, daß jeder Arbeitgeber jährlich 41 Wochen Beschäftigung gewährleistet und daß jeder Arbeitnehmer, der länger als 11 Wochen arbeitslos wird, für die Mehrzeit die Hälfte seines wöchentlichen Verdienstes aus der gemeinsamen Kasse erhält. Dieses Verfahren scheint die Wirkung gehabt zu haben, daß die Arbeitgeber bestrebt sind, die Arbeit gleichmäßiger zu verteilen, weil sie zu Beiträgen zur gemeinsamen Kasse nur verpflichtet sind, sofern sie 41 Wochen Beschäftigung nicht zu gewähren vermögen. Aber der gegenwärtige Unterstützungsbetrag stellt auch nur ein Linderungsmittel dar. Eine weitere Einrichtung ähnlicher Art, die in der Damenkonfektion in Neuyork geschaffen worden war, brach bald zusammen und wurde aufgegeben, insbesondere im Hinblick auf die Schwierigkeit, auch von den kleineren Unternehmern Beiträge zu erlangen. Mögen nun diese Versuche, im Rahmen der einzelnen Gewerbe- und Industriezweige zu einer Arbeitslosenversicherung zu gelangen, auch beachtenswert sein, so kann man wohl nicht mit Unrecht behaupten, daß sie eigentlich mehr die Schwierigkeiten dargetan, als Erfolg in der Linderung der Arbeitslosigkeit gezeitigt haben. Ihre Grundlage ist eben zu eng geblieben, als daß sie das Versicherungswagnis wirklich zu decken vermöchten, und auch die Aufbringung und Verwaltung der Mittel bereitet Schwierigkeiten.

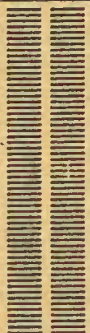
Welche Schlußfolgerungen ergeben sich aus dieser flüchtigen Ueberprüfung der Sozialversicherung in den Vereinigten Staaten? Was zuerst und am meisten in die

Augen fällt, das ist, wie ungeheuer schwer es naturgemäß sein muß, in einem so weiten, so verschiedenartige Verhältnisse aufweisenden Lande die sozialen Bedarfsfälle im Versicherungswege zu decken. Selbst wenn der Bundesgesetzgebung die Zuständigkeit zukäme, die jetzt tatsächlich die einzelnen Bundesstaaten haben, so würde die Aufgabe, in einem Lande von der Größe eines Erdteiles, mit so mannigfaltigen Lebensbedingungen und so ungleichen Löhnen eine einheitliche Gesetzgebung aufzustellen und durchzuführen, fast übermenschlich groß bleiben. Zweitens tritt zu dieser grundlegenden Schwierigkeit die Abneigung des Amerikaners gegen die Einmischung des Staates in gewerbliche Fragen und die gesetzlichen Vorkehrungen, die diesem Eingreifen demgemäß den Weg verlegen. Würde aber die öffentliche Meinung tatsächlich eine Ausdehnung der staatlichen Sozialversicherung fordern, so stünde wohl zu erwarten, daß diese Hindernisse durch eine entgegenkommende Auslegung der Verfassung seitens der Gerichte einigermaßen beseitigt werden könnten, wie dies im Bereiche der Unfallversicherung ja geschehen ist. In bezug auf andere Zweige der Sozialversicherung ist aber ein dringliches Verlangen der Öffentlichkeit nicht feststellbar, obgleich die Bestrebungen nach Einführung von Altersrenten an Kraft gewinnen. Immerhin — und das verdient besondere Beachtung — scheint trotz der geographischen, gesetzlichen und psychologischen Hemmungen das Bedürfnis nach Sozialversicherung in wachsendem Maße empfunden zu werden. Die Tatsache, daß die Großunternehmer aus eigenem Entschluß erhebliche soziale Lasten, die eine jährliche Ausgabe von vielen Millionen in sich schließen, auf sich genommen haben, zeigt noch deutlicher, als dies früher irgend hat beobachtet werden können, wie eng die Versicherung des Arbeitnehmers für den Fall von Krankheit, Invalidität und Alter, mit seiner Leistungsfähigkeit als Glied der Produktion, verbunden ist. Es bleibt abzuwarten, ob diese Einrichtungen freiwilliger Versicherung auch in schlechten Zeiten standzuhalten vermögen. Tatsächlich sind sie beinahe alle in einer Zeit ausgesprochenen unerhörten Höchststandes der Konjunktur eingerichtet worden. Werden aber die Arbeitgeber in der Lage und gewillt sein, die daraus entstehenden Lasten auch dann zu tragen, wenn die Gewinne auf ein Mindestmaß zusammenschrumpfen und wenn der Arbeiter bereit ist, um jeden Preis in seiner Stelle zu bleiben, statt fortwährend nach einer besseren Ausschau zu halten? Aber selbst wenn die jetzt von den Arbeitgebern geschaffenen Versicherungseinrichtungen sich aufrecht erhalten lassen, so können sie niemals wirklich umfassend wirken, weil die Kleinbetriebe, deren es in den Vereinigten Staaten Tausende gibt, die entsprechenden Lasten nicht auf sich zu nehmen gewillt sind. Die Arbeitnehmer der Großbetriebe würden also vergleichsweise günstiger gestellt sein als diejenigen in den kleineren. Zweifellos ist ja auch einer der Vorteile, welche die Großunternehmer aus ihren sozialen Bestrebungen zu ernten hoffen, gerade der, daß die besten Arbeitskräfte nach ihren Betrieben hingelenkt werden sollen. Aber werden nicht diejenigen, die ungünstiger gestellt bleiben, die Ausdehnung des Arbeiterschutzes auf alle Arbeitnehmer verlangen? Werden nicht diejenigen, für die keine Vorkehrungen für den Fall von Krankheit, Alter oder Arbeitslosigkeit bestehen, durch die günstigere Lage der anderen dazu aufgestachelt werden, die gleichen Leistungen auch für sich zu fordern und dafür die umfassendere Grundlage zu verlangen, die der Staat zu bieten vermag? Viel wird dabei von der Haltung der Gewerkschaften abhängen, und diese haben sich bisher im allgemeinen gegen eine staatliche Versicherung gewandt, die ihrer Mei-

# Tricalcol

Kolloides Kalk-Eiweiss-  
Phosphat D.R.P.

das moderne Kalk-Präparat



## Zur Anreicherung mit Kalk und Phosphorsäure

gegenüber Kalksalzen fast restlos resorbiert, gut bekömmlich, ohne Beeinträchtigung des Appetits

Bewährt ante et post partum, bei Unterernährung, Rachitis (mit Lebertran), katarrhalischen Erkrankungen, konstitut. Ekzemen

Bei Tuberkulose abwechselnd mit Silicol, bei mangelnder Kalkaposition: Stronticol

100 Tabletten bezw. 50 g Pulver M. 1.50

**LECINWERK DR. ERNST LAVES, HANNOVER**



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

Arztjournal wird jederzeit auf Wunsch zugesandt.

## Preisliste für ärztliche Formulare.

**Rezepte:** Je ein Blatt, einseitig bedruckt, etwa 7×19 cm.

1. In losen Blättern:

	Auflage:	500	1000	3000	5000
Schreibpapier . . .	Reichsmark:	3.50	5.—	12.—	18.—

2. Perforiert und geblockt zu je 100 Blatt:

	Auflage:	500	1000	3000	5000
Schreibpapier . . .	Reichsmark:	6.—	7.50	20.—	30.—

**Liquidationen:** Je ein Blatt, einseitig bedruckt, etwa 14,5×22,5 cm unter Verwendung von gutem Schreibpapier

	Auflage:	500	1000	3000
	Reichsmark:	6.—	10.—	24.—

do. in Kleinformat 14×11 cm

	Auflage:	500	1000
	Reichsmark:	4.50	6.50

**Mitteilungen:** Je ein Blatt, einseitig bedruckt, etwa 22,5×14,5 cm

	Auflage:	500	1000	3000
	Reichsmark:	6.—	10.—	24.—

**Briefbogen:** Vier Seiten, Seite 1 bedruckt, etwa 14,5×22,5 cm, je nach Papier

	Auflage:	500	1000
	Reichsmark:	7.— bis 10.—	10.50 bis 17.—

**Briefumschläge:** Je 1000 Stück mit Aufdruck auf der Vorderseite

Reichsmark: 6.50 bis 15.—

**Quart-Briefblätter:** Je ein Blatt, einseitig bedruckt, etwa 22,5×29 cm je nach Papier

	Auflage:	500	1000
	Reichsmark:	9.— bis 14.—	14.— bis 25.—

**Liquidations-Kartenbriefe:**

	Auflage:	500	1000	3000
	Reichsmark:	12.—	18.—	34.—

**Postkarten:** Je nach Karton 1000 Stück Reichsmark: 9.— bis 12.—  
Alles bei guter Ausführung und 2 bis 3 Wochen Lieferfrist.

Die Preise sind „Höchstpreise“ in dem Sinne, dass bei Sammelbestellungen noch wesentliche Ermässigung erfolgen kann.

Verlag der Ärztlichen Rundschau Otto Gmelin  
MÜNCHEN, Wurzerstrasse 1b / Telephon 20 443.

## 10 Jahre Pantosept

nach Prof. Dr. Claasz. D. R. P.

Es gibt nur **ein Pantosept**,

**p. Sulfobenzoesäurechloramidnatrium**

## Souveränes Mittel für die Gynaekologie

Die Wirkung beruht auf Abspaltung von unterchloriger Säure und naszentem Chlor.

Stärkster antiseptischer Effekt verbunden mit **restloser Desodoration**.

Anzuwenden in Lösungen von 1 : 500 bis 1 : 1000. Bei allen Erkrankungen des weiblichen Genitalapparates — Fluor albus, Vulvitis, Erosionen, Ulcerationen, Cervicalkatarrh, Pruritus vulvae et vaginae etc.

Vollständig ungiftig, neutral, nicht ätzend und geruchlos.

Prof. Dr. Polano (Gynaekologische Universitäts-Klinik, München) schreibt: Man kann Pantosept sehr gut als chemisches Universaldesinfiziens für den gynaekologischen Betrieb verwenden.

Zur Verordnung für Krankenkassen zugelassen.

Packungen: 10, 25, 50, 100 g.

Klinikpackungen: 250, 500, 1000 g

in Pulverform und in Pastillen zu 1 g.

Literatur und 100 klinische Beiträge zur Therapie mit Pantosept durch

Pantosept G. m. b. H., Chemische Fabrik, Ehrenstein b. Ulm.

nung nach das Verlangen nach gewerkschaftlicher Hilfe abschwächen und ihre Mitgliederzahl verringern würde. Aber jetzt steht in diesem Bereiche den Gewerkschaften ein sehr gefährlicherer Rivale gegenüber, als es der Staat war. Die Unternehmer selber bieten jetzt Versicherungsleistungen, mit denen diejenigen der Gewerkschaften den Vergleich nicht auszuhalten vermögen. Und da sie es grobenteils zu dem Zwecke tun, die Gewerkschaften in aller Freundlichkeit umzubringen, üben sie gegen diese unmittelbar oder mittelbar einen Druck aus, wie es der Staat nie vermöchte. Unzweifelhaft ist der augenblickliche Stillstand der amerikanischen gewerkschaftlichen Entwicklung zu einem wesentlichen Teile auf das neue Verfahren der Arbeitgeber zurückzuführen, das darin besteht, daß sie freiwillig mehr geben als die Gewerkschaften jemals geben oder im Wege der Gesamtarbeitsverträge zu erringen hoffen können. Wird diese Sachlage die Haltung der amerikanischen Gewerkschaften gegenüber der staatlichen Versicherung ändern? Wird der amerikanische Arbeiter, wie der europäische, künftig von der staatlichen Gemeinschaft jenes Mindestmaß von Schutz erwarten, dessen er bei den Wechselfällen des Lebens benötigt?

Auf alle diese Fragen, in denen meine Ausführungen gipfeln, läßt sich zur Zeit eine zuverlässige Antwort nicht geben. Zahlreiche Amerikaner würden einfach mit Nein antworten. Sie sind tief überzeugt, daß sie die mit der Entwicklung des gewerblichen Lebens zusammenhängenden Fragen in einer Weise lösen werden, die sich von allem, was in dieser Beziehung in Europa geschehen ist, unterscheidet und es überreffen soll. Bis jetzt hat die amerikanische Wirtschaftsentwicklung noch nicht so feste Formen angenommen, als daß man Behauptungen dieser Art beweisen oder widerlegen könnte. Es ist alles noch sehr im Fluß, wenn es auch nicht an Anzeichen dafür fehlt, daß der Prozeß der Abkühlung und der Ausbildung fester Formen begonnen hat. Wie aber die endgültige Form aussehen wird, ist auch jetzt noch ein Rätsel. Immerhin mögen die sozialpolitischen Erfahrungen, die man jetzt in den Vereinigten Staaten macht, eine Art Leitfaden werden. Deshalb und weil sie unter geographischen psychologischen, juristischen und ideologischen Voraussetzungen gemacht werden, die von den Entwicklungsbedingungen der europäischen Industrie grundverschieden sind, wohnt ihnen eine so besondere Anziehungskraft und Bedeutung inne für die ganze übrige Welt.

(Soziale Praxis 1928/19.)

### Rationalisierung der Krankenüberwachung durch Krankenbesucher.

Eine Aufgabe von Vertrauensarzt und Kassenverwaltung.

Von Chefarzt Dr. Sassen, Mainz.

Die Kontrolle der arbeitsunfähig geschriebenen Kranken wird bei manchen Krankenkassen heute noch ähnlich wie vor dem Kriege gehandhabt und das Hauptaugenmerk darauf gerichtet, daß der Krankenbesucher die Kranken vor allem daraufhin kontrolliert, ob sie die ärztlichen und satzungsgemäßen Vorschriften innehalten, die Krankenordnung beachten, den erforderlichen Willen zur Gesundheit aufbringen, Schwarzarbeit unterlassen und dergleichen mehr.

Einen Kranken überhaupt zu kontrollieren, noch dazu nach diesen Grundsätzen, mag sonderbar erscheinen, ist aber nötig, denn unter denen, welche die Kassenmittel in Anspruch nehmen, gibt es immer einige, die alles andere als krank sind. Von ihnen mag der Krankenbesucher, weil er medizinischer Laie

ist, getäuscht und dadurch die Kontrolle in dem einen oder andern Einzelfall nutzlos werden; die Notwendigkeit der Krankenkontrolle an sich wird aber durch diesen Einwand noch nicht erschüttert, erliegen doch selbst erfahrene Aerzte gar nicht selten den Täuschungen gewiegter Simulanten. Auch kann es sich ereignen, daß bei nicht ganz sorgfältiger Kontrolle ein Kranker unnötig zur vertrauensärztlichen Nachuntersuchung vorgeladen und dadurch weder dem Kranken noch der Kasse gedient ist. Ferner ist es möglich, daß ein Krankenkontrolleur, besonders wenn er häufiger Simulanten zum Opfer gefallen ist, sich mehr als Kontrolleur denn als kranke Versicherte besuchender Kassenangestellter vorkommt und dadurch dazu beiträgt, daß die Krankenkontrolle als solche von den Versicherten mißverstanden und lediglich als Schikane aufgefaßt wird. Aus solchen und ähnlichen Erfahrungen haben sich die Krankenkassen, welche in den Nachkriegsjahren die Forderungen der neuen Zeit erkannten, bemüht, in gemeinsamer Arbeit mit ihren Vertrauensärzten der Krankenkontrolle einen anderen Charakter zu verleihen.

Jede Kontrolle — ob von Laien oder Aerzten durchgeführt — soll letzten Endes dazu beitragen, den kranken Versicherten auf dem schnellsten Wege mit den besten, wohlfeilsten Mitteln zur anhaltenden Wiederherstellung der Gesundheit zu bringen. Dabei soll sie natürlich unlautere Elemente zu erfassen suchen. Es dürfte feststehen, daß der weitaus größte Teil unserer krankfeiernden Kassenmitglieder sich krank fühlt oder sich doch in der Rekonvaleszenz befindet, wo wir nicht ohne weiteres mit dem Begriff Simulation oder auch Aggravation operieren können. Soll die Arbeit der Krankenbesucher wirklich rationell und zeitgemäß sein, dann ist der Hauptwert auf die Durchführung einer rationellen Behandlung zu legen, ohne daß deshalb auf die Nachprüfung des Verhaltens der Kranken in punkto Krankenordnung Verzicht zu leisten wäre. Im Zeitalter einer erhöhten Fürsorge und nach der Umstellung der Reichsversicherungsordnung in der Nachkriegszeit ist es ein dringendes Gebot, daß die Krankenkassen eine gesunde Rationalisierung der gesundheitsfördernden Maßnahmen durchführen.

Wir wissen, daß es eine ganze Anzahl von Krankheiten gibt, die ihre letzte Ursache in der sozialen Lage des Kranken — Anlage, Entwicklung, Familienstand und Familienleben, Umgebung, Schicksal, Arbeitsverhältnisse — haben. Wir kennen die Armutskrankheiten als Folge von Licht-, Luft- und Vitaminmangel, die gesundheitlichen Einflüsse des Milieus, also der gleichmäßigen Einwirkungen von Klima, Wohnung, Beruf u. a. Wir wissen, daß die Ursache mancher Rezidivs in der Nichtbehebung schädlicher sozialer und hygienischer Bedingungen bei den Rekonvaleszenten oder auch Wiederhergestellten zu suchen ist.

Es ist keine Unterschätzung der Tätigkeit, des Interesses und des Könnens des Kassenarztes, wenn wir sagen, daß er diese letzten Ursachen mancher Krankheit nicht erfaßt und nicht erfassen kann. Die Gründe dafür sind naheliegend. Sozialpathologische und sozialhygienische Gedankengänge, Kenntnisse der Berufs- und Arbeitskunde hat die Universität ihm kaum vermittelt. Nur die individualmedizinische Diagnose und Therapie war das Arbeitsfeld der Klinik.

Aber selbst, wenn der Praktiker genug Interesse und Zeit für das Studium dieser Dinge aufbrachte, so ist ihm doch in vielen Fällen nicht die Möglichkeit gegeben, erworbene Kenntnisse nutzbringend anzuwenden. Er kommt vielfach gar nicht oder nur ein paar mal in die Wohnung des Kranken. Die Zeiten, zu denen er kommt, sind in den meisten Fällen bekannt. Patient und Umgebung stellen sich auf den Besuch ein, und bald schon kommt der Arzt nicht mehr zum Pa-

lienten, sondern dieser geht in die ärztliche Sprechstunde. Es wird dem Kassenarzt daher schwer, von den tatsächlichen sozialen oder hygienischen Lebensbedingungen ein ungeschminktes Bild zu erhalten.

Dazu kommt, daß dem Kassenarzt Zeit und Möglichkeit fehlen, die Betriebsverhältnisse und den Beruf des Kranken kennen zu lernen. Die Beziehung von Arbeit und Krankheit kann er deshalb höchstens oberflächlich auswerten.

Eine Krankenschwester, die vielleicht die Ermittlungen nach dieser Seite hin anstellen kann, steht nur wenigen Kassen zur Verfügung. Die Ausbildung unserer Pflegeschwestern geht zudem in eine ganz andere Richtung. Diese Schwester käme auch nur für einzelne bettlägerige Fälle in Frage. Es fehlt also an einem Organ, das die Tätigkeit des Kassenarztes nach der gezeichneten Seite hin ergänzt.

Der Krankenbesucher kann und muß dieses Bindeglied werden. Er kommt zu jeder Tageszeit in die Wohnung. Vor seinem Besuch wird nicht aufgeräumt und gelüftet oder ein sonst größerer Aufwand gemacht. Er kann die Dinge sehen, wie sie tatsächlich liegen. Vor ihm verbirgt man nicht ängstlich die wirtschaftlichen Nöte und die häuslichen und familiären Verhältnisse. Die unhygienischen Mißstände entgehen keinem gut vorgebildeten Krankenbesucher, der in demselben Haus nicht nur eine Familie, wie vielfach der Arzt besucht. Er steigt von der Kellerwohnung bis ins Dachgeschoß oder kennt von früher her die interessierenden Zustände auch bei den anderen-Wohnungs- und Hausinsassen. Betriebs- und Arbeitskunde beherrscht er praktisch nicht selten genau so gut, wenn nicht besser als der Durchschnittsarzt, wenigstens der städtische Arzt.

Wird der Krankenbesucher, wie wir es in Mainz haben, nach dieser Seite hin dem interessierten Vertrauensarzt unterstellt, dann erst ist eine rationelle Heilmethode sichergestellt. Der Krankenbesucher kommt mit der sozialhygienischen Diagnose zum Vertrauensarzt. Diesem ist erst an Hand des eingehenden Berichtes des Besuchers die Stellung der sozialpathologischen Diagnose möglich. In enger Zusammenarbeit mit Kassenärzten und Fürsorgeorganisationen kann alsdann eine soziale und sozialmedizinische Therapie einsetzen, wobei Wohnungsamt, Berufsamt, öffentliche und freie Wohlfahrt mit ihren Spezialfürsorgestellen in Anspruch genommen werden müssen.

Die Stellung der sozialhygienischen Diagnose ist also eine Hauptaufgabe der Kontrollorgane. Sie haben also den Einfluß der wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Lebensbedingungen auf den Gesundheitszustand des Erkrankten und seiner Umgebung festzustellen.

Es ist bekannt, wie sehr allgemein, besonders auch in Versichertenkreisen, trotz aller Arbeit seitens der Fürsorgeverbände, trotz Reichsgesundheitswochen und Aufklärungen in Gewerkschaften und Vereinen gegen die einfachsten Gesetze der Gesundheitslehre verstoßen wird. Der Krankenbesucher hat wie nur wenige Gelegenheit, auf diesem Gebiet unendlich viel Anregung zu geben. Ein Organ, dem die gleiche Möglichkeit gegeben ist, steht den wenigsten Kassen zur Zeit zur Verfügung. Deshalb fällt dem Krankenbesucher als zweite Aufgabe der Auftrag einer vernünftigen gesundheitlichen Aufklärung der Versicherten und ihrer Familie zu.

Ob man ihn weiterhin, wie es von einzelnen Kassen in vorbildlicher Weise geschieht, mit der Erhebung regelmäßiger Enqueten (Wohnung, Einkommensverhältnisse usw.) betraut, wird lokal zu entscheiden sein.

Zur Durchführung dieser Aufgaben sind die Krankenbesucher von entsprechend vor-

gebildeten Vertrauensärzten zu schulen. Mit den Grundzügen der modernen Hygiene und der Ermittlungstätigkeit muß der Krankenbesucher aufs beste vertraut sein. Das ist nicht von heute auf morgen zu erreichen. Auch Vorträge und Uebungen genügen allein nicht, dem zum Teil recht dünnen Holz, aus dem die zur Verfügung stehenden Kräfte geschnitzt sind, grüne Edelzweige aufzupropfen. In einem dreitägigen Kurs gaben wir unseren Besuchern in Mainz die Grundlagen.

Der Krankenbesucher muß aber das Rüstzeug von Haus aus mitbringen. Vor seiner Beschäftigung muß seine persönliche und sachliche Eignung sorgfältig geprüft werden. Eine entsprechend vorgebildete Fürsorgerin wird in manchen Fällen mehr leisten als der männliche Kollege. Wir haben in Mainz, soweit die Kürze der Zeit ein Urteil erlaubt, keine schlechten Erfahrungen mit einer weiblichen Ermittlerin gemacht. Oertlich wird man die Frage, ob Fürsorger oder Fürsorgerin, schon mit Rücksicht auf physische Anforderungen verschieden zu entscheiden haben. Vor allem ist hier wie überall die Persönlichkeit maßgebend.

Jede Kontrolle stößt bei den Versicherten auf ein großes Mißtrauen. Nur eine geeignete Persönlichkeit kann mit viel Takt und angeborenem Einfühlungsvermögen diesen Widerstand auf die Dauer überwinden.

Manche Kassenverwaltung befürchtet von der Umstellung eine weitere finanzielle Belastung. Gewiß wird der Krankenbesucher nicht mehr achtzig, hundert und noch mehr Fälle am Tage „erledigen“ können. Das ist bei der Neuordnung auch nicht notwendig. Nicht die Quantität, die Qualität ist ausschlaggebend. Wenn ein Fürsorger einen tiefen Einblick in die Verhältnisse getan hat, wird mancher bisher für nötig gehaltene Besuch in Zukunft überflüssig und rationelleres Handeln gesichert sein.

Wenn wir von Rationalisierung der Krankenkontrolle sprechen, dann dürfen wir nicht nur den Weg von der „Krankenkontrolle zur Krankenfürsorge“ zeigen. Wir müssen auch auf einen Uebelstand aufmerksam machen, der jedem wirtschaftlichen Denken und Handeln geradezu Hohn spricht. Fast jede Kasse hat ihre haupt- oder nebenamtlichen Krankenbesucher. Wer Vertrauensarzt eines Kassenverbandes oder einer Vereinigung von Kassen ist, weiß, daß auch diese Organisationen in dem Krankenkontrollrecht unökonomisch arbeiten, weil sie eine wirtschaftliche Verteilung oder Zuteilung der Krankenbesucher in den seltensten Fällen durchführen. In Epidemiezeiten vor allem in Industriezentren kann es vorkommen, daß in derselben Familie, wo Mitglieder verschiedener Kassen arbeitsunfähig krank sind, der Krankenbesucher der einen Kasse seinem Kollegen von der anderen die Türklinke in die Hand gibt. Heute kann man die Erfahrung machen, daß zwei bis drei Krankenbesucher in einzelnen kleinen Vororten an demselben Tage zusammen noch nicht ein Dutzend Besuche zu machen haben, daß also, infolge der Zersplitterung des Krankenkassenwesens, von diesen eine Arbeit geleistet wird, wozu ein einziger Besucher völlig ausreicht.

Das Ansehen der Krankenkassen und die Wertschätzung der Kontrolleinrichtungen wird durch solche Uebung wirklich nicht gehoben, abgesehen davon, daß sie eine unnötige Belastung mit Personalausgaben verursacht. Hier sollten die Krankenkassen, die mit anderen Kassen einen größeren Versorgungsbezirk gemeinsam haben, nach dem Rechten sehen. Guter Wille müßte gemeinsames Vorgehen trotz Eifersüchteleien und persönlichen Gegensätzen im Interesse des Ganzen ermöglichen.

Bei lokaler Zusammenarbeit läßt sich die Frage leicht lösen. Alle Krankmeldungen gehen an eine Zentralstelle, etwa an den gemeinsamen Vertrauensarzt. Dem Vertrauensarzt sind die Besucher, soweit die ärztliche Seite in Frage kommt, zuzuteilen. In regelmäßigen Besprechungen mit den Besuchern wird die sozialhygienische

Diagnose in jedem Einzelfall gestellt, und werden die Vorladungen zur Nachuntersuchung veranlaßt. Diese Besprechungen dienen gleichzeitig zur Weiterbildung und Vertiefung der Kenntnisse unserer Krankenbesucher. Auf solche Weise ist dann auch die sozialpathologische Diagnose zu stellen, und sind die sozialen und sozialmedizinisch-therapeutischen und prophylaktischen Maßnahmen am besten zur Durchführung zu bringen.

Damit erreichen wir in enger Zusammenarbeit des Vertrauensarztes mit dem Kassenarzt und den Organen der öffentlichen und freien Wohlfahrtspflege eine wirkliche Rationalisierung der Krankenüberwachung, d. h. einen planmäßig durchdachten Ausbau der individual- und sozialmedizinischen, hygienischen und sozialhygienischen Prophylaxe und Therapie, der bei Anwendung möglichst geringer Mittel an Kapital und Arbeitskraft einen möglichst großen anhaltenden Erfolg verspricht. (Soziale Medizin, Nr. 5, 1928.)

### Bkk. Die Krankheitsarten des Strassenbahnpersonals.

Die Krankheitsarten des Straßenbahnpersonals waren in München Gegenstand einer statistischen Zusammenstellung durch die Werksdirektion. Danach waren im Jahre 1927 die Zahl der längeren Krankheitsfälle 1743, die Zahl der ein- bis dreitägigen 859, die Zahl der Krankheitsarten 60 und die des Durchschnittspersonalstandes 2415. Die Höchstzahl der Krankheitsfälle umfassen: Bronchitis 177 Fälle (10,15 Proz.), Grippe und Influenza 368 (21,11 Proz.), Darmerkrankungen 151 (8,66 Proz.), Rheumatismus, Ischias usw. 141 (8,09 Proz.) und Magen-erkrankungen 159 (9,12 Proz.).

### Wiener Aerzte-Streik.

Der Wiener Aerzte-Streik ist nach zweiwöchentlichem Besähen beendet worden. Die Aerzte stimmten der Errichtung eines Physikalisch-therapeutischen Institutes zu, in dem nur ein Arzt und höchstens drei Schwestern beschäftigt werden dürfen. Bei Uebertretung dieser Bestimmung ist eine Strafe zugunsten des Altersfonds der ärztlichen Wirtschaftsorganisation verfallen. Ein Röntgeninstitut darf nicht eingerichtet, wohl ein Röntgenologe als Gutachter angestellt werden. Bei nicht unbedingt notwendigen Heilverfahren kann der Kassenarzt oder das Institut in Anspruch genommen werden, sonst nur der Kassenarzt.

### Aerzte als Zeugen und Sachverständige vor Gericht.

Die Wiener Gerichte sind angewiesen, Verhandlungen, bei denen Aerzte zu vernehmen sind, möglichst an den Anfang zu verlegen, damit keine übermäßigen Wartezeiten herauskommen. Auch soll in den Vorladungen der Gegenstand der Vernehmung kenntlich gemacht werden. Die Wiener Ärztekammer ist zu diesem Erfolge ihrer Bemühungen zu beglückwünschen. Zur Nachahmung empfohlen!

### Vereinsnachrichten.

(Originalbericht des Bayer. Aeztl. Correspondenzblattes.)

#### Kreisverband der Aerzte der Oberpfalz.

(Auszug aus dem Sitzungsbericht vom 15. August 1928.)

Der Gauleiter des Leipziger Verbandes für die Oberpfalz, Geh. San.-Rat Dr. Kohler, berief die Delegierten der ärztlichen Bezirksvereine der Oberpfalz zur Landesärztekammer zu einer Sitzung 1. zwecks Gründung eines Kreisverbandes der Aerzte der Oberpfalz. Die Gründung wurde einstimmig beschlossen. Der Zweck des Vereins besteht darin, die wirtschaftlichen, wissenschaftlichen und gesellschaftlichen Belange der Aerzte des Kreises zu pflegen, die Sterbekasse zu verwalten und die Wahlen zum Schiedsamt vorzunehmen, solange diese Wahl nicht durch besonderen Erlaß oder Gesetz geregelt wird. Sodann wurden die Statuten beschlossen, die den einzelnen Bezirksvereinen zur Stellungnahme zugehen. Als erster Vorsitzender des Kreis Ausschusses wird gewählt Geh. San.-Rat Dr. Kohler; als dessen Stellvertreter San.-Rat Dr. Preuß; als Schriftführer und Kassier San.-Rat Dr. Weidner; als Verwalter der Sterbekasse San.-Rat Dr. Desing.

2. Die Statuten der Sterbekasse wurden nochmals durchberaten und gehen den Bezirksvereinen zur endgültigen Annahme nochmals zu. Einspruchsfrist: 15. September. Drei Vereine haben ihre Zustimmung bereits gegeben.

3. Bezüglich der Gutachtengebühren der Oberpfälzischen Landesversicherungsanstalt erhält der Bezirksverein Regensburg das Mandat und den Auftrag der übrigen Vereine, mit dem Vorstand der Anstalt neuerdings zu verhandeln und die Belange der Ärzteschaft energisch zu vertreten.

4. Zum Punkt: Stellungnahme zu einem Schreiben der Regierung der Oberpfalz betr. Bestellung eines Facharztes für Lungenkrankheiten zur Abhaltung von Sprechstunden in einzelnen Orten des Kreises, wird beschlossen, die Angelegenheit bis nach dem Aeztetag zurückzustellen.

5. Das Berufsgericht wird in der gleichen Zusammensetzung wie bisher gewählt. Dr. Weidner.

### Bekanntmachung d. Staatmin. d. Inn. vom 9. August 1928 Nr. 5025 e 22 über Fortbildungskurse für Amtsärzte.

I.

In der Zeit vom 8. bis 12. Oktober 1928 findet in München ein Fortbildungskurs für Bezirksärzte statt. Zu dem Kurs können bis zu 40 Bezirksärzte abgeordnet werden, aus jedem Kreise 5. Zunächst kommen solche Bezirksärzte in Betracht, die bisher noch keinen Fortbildungskurs mitgemacht haben. Die Bezirksärzte erhalten Ersatz der Reisekosten und Aufwandsentschädigung nach Maßgabe der Bestimmungen über die Entschädigung der Beamten bei auswärtigen Dienstgeschäften. Die Gesuche um Zulassung sind bei den Regierungen, Kammern des Innern, bis 22. September 1928 einzureichen. Diese entscheiden über die Zulassung und zeigen die Namen der Teilnehmer dem Staatsministerium des Innern bis 1. Oktober 1928 an. Die Kostenaufrechnungen der Bezirksärzte sind den Regierungen, Kammern des Innern, vorzulegen; diese weisen die Aufwands- und Reisekostenentschädigungen nach Prüfung und Festsetzung zur Zahlung und Verrechnung auf Haushalt 14 Ziff. III Kap. 1 E § 7

**PLANTA-FLUID**  
KASSENPACKUNG, 100gr FL.  
BRUCKNER-LAMPE & CO. A.G.  
BERLIN - SCHÖNEBERG  
HOLOWENSTR. 29.

**DIE BIOLOGISCHE FLUOR-THERAPIE!**

ein und erwirken den notwendigen Kredit. Wegen der Gewährung von Vorschüssen wird auf Ziff. 50 der Fin.Min.Bek. vom 20. Mai 1922 Nr. 32702 — GVBl. S. 304 — hingewiesen.

An dem Kurse können auch Aerzte, welche die Prüfung für den ärztlichen Staatsdienst abgelegt haben, teilnehmen. Auf Antrag können kleinere Zuschüsse in beschränkter Zahl gewährt werden. Gesuche um Zulassung sind beim Staatsministerium des Innern bis 22. September 1928 einzureichen.

Der Lehrgang beginnt am Montag, dem 8. Oktober 1928, um 9 Uhr, im Hörsaal des Sozialen Landesmuseums, Pfarrstr. 3.

**Lehrplan.**

**A. Vorträge:**

Geh. Rat Prof. Dr. Dieudonné: Neuere Erfahrungen auf dem Gebiete der Seuchenbekämpfung.

Ministerialrat Dr. Wirschinger: Die Stellung des beamteten Arztes nach dem Aerztesetz.

Prof. Dr. Rimpau: Hygienische Wasseruntersuchungen mit Vorweisungen.

Ministerialrat Prof. Dr. Koelsch: Neue Erfahrungen auf dem Gebiete der Gewerbemedizin.

Obermedizinalrat Dr. Viernstein: Amtsärztliche Mitarbeit bei erbbiologischen und rassehygienischen Untersuchungen.

Obermedizinalrat Prof. Dr. Groth: Impfung und Impfstoffgewinnung.

Oberregierungsrat Dr. Frickhinger: Die neuen Vorschriften über das Hebammenwesen.

Prof. Dr. Bostroem: Anstaltseinweisung unter besonderer Berücksichtigung der sogenannten Gemeingefährlichkeit.

Oberregierungsrat Dr. Gebhardt: Sozialversicherung.

Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Lange und Oberarzt Dr. Aubry: Orthopädie (mit Demonstrationen).

Geh. Medizinalrat Prof. Dr. v. Romberg und Privatdozent Dr. Lydtin: Ueber Lungentuberkulose (mit Demonstrationen).

Sanitätsrat Dr. Baer: Die Pneumothoraxbehandlung und ihre Indikationen.

**B. Besichtigungen und Vorführungen:**

Bakteriologische Untersuchungsanstalt, Schillerstr. 25 (Prof. Dr. Rimpau).

Landesimpfanstalt, Am Neudeck 1 (Obermedizinalrat Prof. Dr. Groth).

Vorführung von hygienischen Filmen (Medizinalrat Dr. Seiffert).

Orthopädische Klinik, Kurzstraße 2 (Geh. Medizinalrat Prof. Dr. Lange).

**Zeiteinteilung:**

Tag	9—10	10—11	11—12	Nachmittag
Montag 8. Oktober	Dieudonné	Wirschinger	Aussprache	3—5½ Rimpau, Bakteriologische Untersuchungsanstalt
Dienstag 9. Oktober	Koelsch	Koelsch	Viernstein	3—5½ Landesimpfanstalt
Mittwoch 10. Oktober	Frickhinger	Frickhinger ab 10½ Uhr Bostroem	Bostroem	5—6 Filme
Donnerstag 11. Oktober	Gebhardt	Gebhardt	Aussprache	3—5 Orthopädische Klinik Lange und Aubry
Freitag 12. Oktober	v. Romberg und Lydtin			4—6 Baer I. Medizinische Klinik

**II.**

**Fortbildungskurs für Landgerichtsärzte.**

In der Zeit vom 15. bis 19. Oktober 1928 findet in München ein Fortbildungskurs für Landgerichtsärzte statt, zu dem die Landgerichtsärzte, soweit abkömmlich, zugelassen werden. Die Landgerichtsärzte erhalten Ersatz der Reisekosten und Aufwandsentschädigung nach Maßgabe der Bestimmungen über die Entschädigung der Beamten bei auswärtigen Dienstgeschäften. Die Gesuche um Zulassung sind bei den Regierungen, Kammern des Innern, bis 22. September 1928 einzureichen. Diese entscheiden über die Zulassung und zeigen die Namen der Teilnehmer dem Staatsministerium des Innern bis 1. Oktober an. Die Kostenaufrechnungen der Landgerichtsärzte sind den Regierungen, Kam-

mern des Innern, vorzulegen; diese weisen die Aufwands- und Reisekostenentschädigungen nach Prüfung und Festsetzung zur Zahlung und Verrechnung auf Haushalt 14 Ziff. III Kap. 1 E § 7 ein und erwirken den notwendigen Kredit. Wegen der Gewährung von Vorschüssen wird auf Ziff. 50 der Fin.Min.Bek. vom 20. Mai 1922 Nr. 32702 — GVBl. S. 304 — hingewiesen.

An dem Kurse können auch Bezirksärzte und Aerzte, die die Prüfung für den ärztlichen Staatsdienst abgelegt haben, teilnehmen. Auf Antrag können kleinere Zuschüsse in beschränkter Zahl gewährt werden. Gesuche um Zulassung sind beim Staatsministerium des Innern bis 22. September 1928 einzureichen.

Der Lehrgang beginnt am Montag, dem 15. Oktober, um 9 Uhr im Hörsaal des Gerichtlich-medizinischen Instituts, Schilstraße 25/0.

**Gerichtliche Medizin:**

im Gerichtlich-medizinischen Institut.

Prof. Dr. Molitoris (Erlangen) u. a.: Fragliche Schwangerschaft. — Erstickung, mit kasuistischen Mitteilungen.

Prof. Dr. Merkel (München): Ueber Hirnabszeß und Trauma. — Die spontane und die traumatische Pachymeningitis haemorrhagica interna. — Bemerkungen über Bedeutung und Abfassung des vorläufigen Gutachtens nach gerichtlichen Sektionen. — Unsere bisherigen praktischen Ergebnisse über die Blutgruppenbestimmungen im Vaterschaftsverfahren. — Bemerkungen über die verschiedenen Todesarten bei Eisenbahnunglücken.

Privatdozent Dr. Walcher (München): Ueber die praktische Bedeutung makroskopischer und mikroskopischer Untersuchungen fauler Leichen.

**Gerichtliche Psychiatrie:**

im großen Hörsaal der Klinik für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, Nußbaumsstraße 7.

Prof. Dr. Bostroem: Forensische Bedeutung des manisch-depressiven Irreseins, mit besonderer Berücksichtigung der Grenzzustände (hypomanische Psychopathien, reaktive Depressive usw.). — Pathologische Triebhandlungen und Drangzustände. — Klinisches über traumatische Hirnabszesse und Pachymeningitis haemorrhagica. — Besprechung komplizierter Gutachtensfälle, soweit wie möglich mit klinischen Demonstrationen.

**Gerichtliche Chemie:**

Konservator Dr. Sedlmeyer, im großen Hörsaal des Pharmazeutisch-chemischen Institutes, Karlstraße 29.

**Zeiteinteilung:**

Tag	9—10½	11—12½	3—4¼
Montag, 15. Oktober	Merkel	Bostroem	—
Dienstag, 16. Oktober	Molitoris	wissenschaftliche Aussprache	Sedlmeyer
Mittwoch, 17. Oktober	Molitoris	Bostroem	—
Donnerstag, 18. Oktober	Merkel	Bostroem	* Sedlmeyer
Freitag, 19. Oktober	Walcher	—	—

**Tuberkulosefortbildungskurs in Scheidegg.**

In der Prinzregent-Luitpold-Kinderheilstätte bei Scheidegg (Algäu) findet unter Leitung von Direktor Dr. Klare in der Zeit vom 27. August bis 1. September d. J. ein Fortbildungskurs über die Diagnose und Therapie der Tuberkulose (unter besonderer Berücksichtigung der kindlichen Tuberkulose) statt. — Einschreibgebühr 10 RM., Unterkunft und Verpflegung im Ort Scheidegg 5 RM.

Die Landesversicherungsanstalt Oberbayern, München, Holbeinstraße 11, ist bereit, auf Ansuchen den im öffentlichen Fürsorgedienst (Kinder- und Lungenfürsorge) stehenden Aerzten in Oberbayern einen Zuschuß bis zu 80 RM. für die Teilnahme an diesem Fortbildungskurs zu gewähren.

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

DIÄTETISCHE TUBERKULOSE-BEHANDLUNG!

**MINERALOGEN**

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

**Amtliche Nachrichten.**

**Dienstesnachrichten.**

Die Bezirksarztstellen in Vilshofen und Sonnhofen sind erledigt. Bewerbungen sind bei der für den Wohnort des Bewerbers zuständigen Regierung, Kammer des Innern, bis längstens 10. September 1928 einzureichen.

**Vereinsmitteilungen.**

**Mitteilungen des Münchener Aerztevereins für freie Arztwahl.**

1. Bezüglich ihres Krankenstandes teilt uns die Allgemeine Ortskrankenkasse München (Stadt) mit, daß das seinerzeitige Rundschreiben an die Münchener Kassenärzte wohl in den ersten Wochen eine gewisse Wirkung erzielt habe, daß aber in den darauffolgenden Wochen der Zugang an arbeitsunfähigen Kranken wieder höher war als der Abgang. Dadurch sei die Finanzlage der Ortskrankenkasse eine außerordentlich kritische geworden.

Die Herren Kollegen werden dringend ersucht, was an ihnen liegt, zu tun, um den hohen Krankenstand bei der Ortskrankenkasse auf ein erträgliches Maß herabzudrücken. Die Vorstandschaft steht mit der Ortskrankenkasse in Verhandlungen über zweckdienliche Maßnahmen, die von Seite der Kasse und der Aerzteschaft ergriffen werden können.

2. Es wird wiederholt auf die Bestimmung des KLB. „Anweisung für die kassenärztliche Tätigkeit“, § 6, Ziff. 6, aufmerksam gemacht, welche lautet: „Von dem Fortbestehen der Arbeitsunfähigkeit bzw. dem Eintritt der Arbeitsfähigkeit hat sich der Arzt persönlich zu überzeugen, bevor er eine diesbezügliche Bescheinigung ausstellt. Auf den Bericht eines Dritten dies zu tun, ist unzulässig.“

3. Die Monatskarten für August sind am Samstag, dem 1. September 1928, bis spätestens nachmittags 5 Uhr auf der Geschäftsstelle einzureichen. Die Auszahlung des Honorars erfolgt ab Dienstag, den 11. September 1928 auf der Bayer. Hypotheken- und Wechselbank.

**Mitteilungen des Kassenärztlichen Vereins Nürnberg E. V.**

1. Nach uns gewordener Mitteilung werden die Herren Kollegen von einem Beauftragten des Einwohnerbuches Nürnberg aufgesucht und gefragt, ob sie nicht zu ihrem Namen und zur Fachbezeichnung noch einen besonderen Eintrag bestellen wollen, für welchen pro Zeile 3.— M. zu bezahlen ist. Wir bitten dringend, auf diesen Vorschlag nicht einzugehen, umsoweniger, als soweit als möglich eine Gleichmäßigkeit der Einträge in das Einwohnerbuch erzielt werden soll.

2. Ein Maschinenschlosser Karl Barz aus Frankfurt am Main versucht, sich bei Aerzten in Nürnberg Rauschgifte (Eukodal) zu verschaffen. Wir warnen davor, ihm solche zu verordnen.

3. Der Sanitätsverein hat uns ersucht, neuerdings darauf hinzuweisen, daß während eines Vierteljahres der Wechsel von einem prakt. Arzt zum andern prakt. Arzt ohne Ueberweisung durch den erstbehandelnden Arzt nicht zulässig ist, und daß er künftig die Bezahlung an den zweiten behandelnden Arzt verweigern wird.

Steinheimer.

**Bücherschau.**

Ein ärztlicher Streifzug durch die Welt. Von Prof. Dr. H. F. O. Haberland, Köln. Mit 33 Abbildungen. Georg Thieme Verlag, Leipzig. 134 S. Preis RM. 5.70.

Es sind nur wenig Glückliche, welchen es bei den heutigen wirtschaftlichen Verhältnissen vergönnt ist, durch die Weltteile

zu wandern ganz nach Gutdünken und ganz nach der Richtung ihres wissenschaftlichen oder fachlichen Interesses. Solch ein Glücklicher spricht in dem vorliegenden Buche zu uns. Als Beobachter des Ganzen und als Arzt hat er sich in den Ländern des fernen Ostens, in Süd- und Nordamerika umgesehen, wie sich allenthalben die Behandlung des kranken Menschen gestaltet, wie in der Lebensweise den hygienischen Forderungen genügt wird; wie die Krankenhäuser eingerichtet sind und von wem und wie in ihnen der Pflegedienst geleistet wird. Auch der Studiengang der Medizinbeflissenen wird für die einzelnen Länder beschrieben und die wirtschaftliche und soziale Stellung des Arztes jeweils eingehend erörtert. Den Abschluss des Buches machen eingehende — aber leider nicht viel Hoffnung gebende — Ausführungen über die Aussichten für auswandernde Aerzte.

Neben den, einen Höhepunkt in der Organisation klinischer Arbeit darstellenden Majokliniken in Rochester macht uns der Verf. auch mit den Stätten bekannt, wo eine uralte Kultur den Erregenschaften moderner Medizin fremd bleiben will. Wir lernen die namhaften Vertreter deutscher Schulen im Ausland kennen und ihre Wirkungsstätten; zahlreiche Bilder führen den Leser in die Situation.

Von allen denjenigen, welche in früheren glücklicheren Zeiten diese damals oft recht primitiven Verhältnisse mit eigenen Augen sehen durften, wird das ausserordentlich flott und lebendig und anschaulich geschriebene Buch einen hohen Genuss bereiten. Aber auch für andere weitet es den Blick. Neger, München.

Für die Redaktion verantwortlich: Dr. H. Scholl, München.  
Für die Inserate: Adolf Dohn, München.

**Allgemeines.**

**Osram-Lampen mit Ultraviolettstrahlung.** Während es bisher nur möglich war, Lampen herzustellen, welche entweder hauptsächlich Wärmestrahlen (Sollux usw.) oder fast nur ultraviolettes Licht (Quarz Lampe) abgeben, ist es jetzt, wie wir hören, der Osram-Gesellschaft nach längeren Versuchen gelungen, eine gasgefüllte Glühlampe herzustellen, die infolge Verwendung eines besonderen Glases sowohl Wärmestrahlen als auch ultraviolettes Licht von 320 bis 280  $\mu$  aussendet. Die neuen Lampen geben ungefähr die gleiche prozentuale Menge therapeutisch wichtiger Ultraviolettstrahlen, wie sie die Sonne in unseren Breitengraden aussendet. Sie sind daher für alle die Zwecke hervorragend geeignet, wo gemischte Bestrahlungen mit Ultraviolett- und Wärmestrahlen erforderlich, die starke Dosierung sowie die anders geartete Zusammenstellung des Ultravioletts der Quarz Lampe dagegen nicht erwünscht sind. — Die neuen Lampen werden für 300 und 500 Watt zum unmittelbaren Anschluss an jede Lichtleitung geliefert und sind in Kürze mit geeigneten Reflektoren aus Zink oder Aluminium durch fast alle massgebenden medizinischen Apparatefabriken zu beziehen.

## Aegrosan

Ferro-calciumsaccharat 12:1000

enthält das Eisen in der wirksamen Ferro-Form!

Entspricht weitgehendst den Forderungen der modernen Eisentherapie.

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

Alle den Inseratenteil betreffenden Sendungen erbeten an

**ALA Anzeigen-Aktiengesellschaft**  
München, Karlsplatz 8  
Fernsprecher 92201

Fräulein

als Sprechstundenhilfe tätig, sucht für Abendstunden Beschäftigung. Angebote unter N. 16295 an Ala Haasenstein & Vogler, München.

Arzt gesucht

In Marktflecken — 10 km von Regensburg - Bahnstation ist Gelegenheit zur Niederlassung eines 2. prakt. Arztes gegeben. Wohnung mit Obst- und Gemüsegarten u. Garage sofort beziehbar. — Angebote unter E. 16272 an Ala Haasenstein & Vogler, München.