

Bayerische Ärztezeitung

BAYERISCHES ÄRZTLICHES CORRESPONDENZBLATT

Herausgegeben von Geh. Medizinalrat Prof. Dr. H. Kerschensteiner, München, Geh. Sanitätsrat Dr. A. Stauder, Nürnberg, und Sanitätsrat Dr. H. Scholl, München.

Amtliches Blatt der Bayerischen Landesärztekammer und des Bayerischen Aerzterverbandes (Geschäftsstelle Nürnberg, Luitpoldhaus, Gewerbemuseumsplatz 4, Telefon 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 Gmollin München 2 NO3, Wurzerstr. 1 b, Tel. 20443, Postscheckkonto 1161 München.

Die »Bayerische Aerztezeitung« erscheint jeden Samstag. Bezugspreis vierteljährlich 4 Mark. — Anzeigen kosten für die 6 gespaltene Millimeterzeile 15 Goldpfennige. — Alleinige Anzeigen- und Beilagen-Annahme: ALA Anzeigen-Aktiengesellschaft in Interessengemeinschaft mit Haasenstein & Vogler A.-G. Daube & Co. G. m. b. H. München, Berlin und Filialen.

Nr. 27.

München, 6. Juli 1929.

XXXII. Jahrgang.

Inhalt: Der 48. Deutsche Aerztetag in Essen. — 26. Hauptversammlung des Hartmannbundes in Essen. — Sozialisierung des Heilwesens. — Tätigkeits- und Rechenschaftsbericht für das Jahr 1928/29 zur ordentlichen Mitgliederversammlung der Aerztlichen Verrechnungsstelle e. V., Gauting. — Der Reichsbund der Kinderreichen Deutschlands. — Vereinsnachrichten: Kreisverband der ärztlichen Bezirksvereine von Niederbayern; Neustadt a. d. H. — Beitritt in die Paracelsus-Gesellschaft. — Lehrgang über Wohlfahrtspflege in Kolberg. — Vereinsnachrichten: Oberbayern-Land; Münchener Aerzterverein für freie Arztwahl; Nürnberg. — Deutscher Aerztbund zur Förderung der Leibesübungen. — Programm des 34. Fortbildungskurses der Wiener medizinischen Fakultät. — Tuberkulosefortbildungskurses in Scheidegg. — Bücherschau.

Einladungen zu Versammlungen.

Aerztlicher Bezirksverein Gemünden-Lohr.

Samstag, den 13. Juli, 4 Uhr nachmittags, auf Einladung des Herrn San.-R. Dr. Hönlein Zusammenkunft mit Damen im Sanatorium Maria-Theresia-Heim, Sackenbach bei Lohr. Besichtigung der Anstalt mit Vortrag. Kollegen Hönlein wäre vorherige Anmeldung, ob allein oder mit Dame, erwünscht. Zahlreiche Beteiligung wird erwartet. Dr. Vorndran.

Der 48. Deutsche Aerztetag in Essen.

Am 27. Juni 1929 wurde im großen Saale des Städt. Saalbaues unter Beteiligung von vielen Hunderten deutscher Aerzte und von zahlreichen Vertretern der Reichs-, Staats- und Kommunalbehörden, der Krankenkassen, der Zahn- und Tierärzte und der Universitäten der 48. Deutsche Aerztetag mit einer Begrüßungsansprache des Vorsitzenden des Deutschen Aerztervereinsbundes, Geh. San.-R. Dr. h. c. Stauder, eröffnet.

Eröffnungsrede

von Geh. San.-R. Dr. h. c. Stauder, I. Vorsitzender des Deutschen Aerztervereinsbundes.

Nachdem der Vortragende des verstorbenen Ehrenvorsitzenden des Bundes, Geheimrat Dippe, und anderer Toter des Aerztestandes ehrend gedacht hatte, führte er zur Frage der Gesundheitsfürsorge etwa folgendes aus:

„Noch einmal, wie bereits an früheren Aerztetagen, möchte ich namens der deutschen Aerzteschaft die Bereitwilligkeit bekunden, an den zur Hebung der Volksgesundheit notwendigen Aufgaben der öffentlichen Fürsorge zur Verhütung der Volkskrankheiten und zur Bekämpfung von Gruppenschäden der werktätigen Bevölkerung mitzuarbeiten. Die deutsche Aerzteschaft glaubt, sich dieser Aufgabe um so weniger entziehen zu dürfen, als sie weiß, daß ohne die freudige und sachverständige Arbeit

der gesamten und einheitlich für diese Zwecke eingesetzten Aerzteschaft alle organisatorisch noch so gut aufgebaute und durchdachte Fürsorgearbeit letzten Endes Stückwerk bleiben wird und muß. Die deutsche Aerzteschaft glaubt das Recht auf maßgebende Mitarbeit für sich in Anspruch nehmen zu können und ist dazu bereit, nachdem auf Seite der maßgebenden Stellen der Grundsatz der Trennung von fürsorgeärztlicher Tätigkeit und Heilbehandlung oder Heilfürsorge anerkannt und dem praktischen Arzt das zugebilligt ist, was er im Interesse der erkrankten Bevölkerung bedarf, die Ausübung der freien ärztlichen Heilbetätigung an den einzelnen Kranken und ihren Familien.

Die große Umstellung, die auf dem Boden der örtlichen Gesundheitsfürsorge für die ärztliche Betätigung des Einzelpraktikers sich angebahnt hat, darf und kann nicht an der Tatsache vorbeigehen, daß die individuelle Fürsorge an Kranken- und Sterbebetten des Volkes und in den Sprechstunden des Arztes nach wie vor unentbehrlich ist und daß auch die beste hygienische Betreuung und der bestorganisierte Schutz der Bevölkerung gegen Seuchen und Massenschäden auf dem Wege der öffentlichen Fürsorge es niemals erreichen wird, die stille, selbstlose und hingebende Tätigkeit des einzelnen praktischen Arztes überflüssig zu machen oder zu ersetzen. Nach wie vor bedarf der einzelne Erkrankte des Arztes seines Vertrauens. Ich begrüße die Zusammenarbeit zwischen Fürsorgeärzten und den ärztlichen Spitzenorganisationen auf das freudigste.“

Ueber die jetzige und zukünftige Organisationsform des deutschen Aerztestandes äußerte sich der Vortragende folgendermaßen:

„Die deutsche Aerzteschaft ist im Deutschen Aerztervereinsbund geschlossen. Dieser stellt nicht mehr lediglich die große Mehrheit oder Gesamtheit der örtlichen ärztlichen Standesvereine dar. Er besitzt im Hartmannbund seine nach eigener Satzung ausgebaute, nach eigenem Rechte tätige Wirtschaftsabteilung. In seinem Geschäftsausschuß sitzen die Vertrauensmänner aller, bedeutenden Aerztgruppen, der medizinischen Hochschul-

lehrer, der Medizinalbeamten, die Vorsitzenden der großen Aerztekammern, der Vorsitzende des preußischen Aerztekammerausschusses, je ein Vertreter der Fürsorgeärzte, des Reichsverbandes angestellter Aerzte, Interessenvertreter der Krankenhausärzte, der praktischen Aerzte und der Fachärzte.

Der Deutsche Aertzetag ist das Sprachrohr des geeinigten Aerztestandes für die Öffentlichkeit. Seine Gremien stellen das sachverständige Organ der gesamten Aerzteschaft und aller wichtigen Sondergruppen dar, das bereit ist, für unser Volk und seine gesundheitliche Betreuung nach besten Kräften gemeinsam mit den gesetzgebenden Körperschaften des Reiches und der Länder und allen maßgebenden öffentlich-rechtlichen Faktoren, wie insbesondere den Versicherungsträgern, tätig zu sein.

Der so geformte, aus freiem Entschlusse organisierte Aerztevereinsbund stellt an seinem 48. Aertzetag erneut an Reichstag und Reichsregierung das dringende Ersuchen, die zur Mitarbeit an den Gesamtaufgaben der Volksgesundheit bereiten Aerzte zu dieser Mitarbeit zu berufen, die in ihm liegenden Kräfte zum Besten des Volkswohls zur Arbeit an der Gesunderhaltung des Volkes heranzuziehen und die von ihm schon an den vergangenen Deutschen Aertzetagen geforderte Reichsärztekammer mit dem Recht der Selbstverwaltung des freien Aerztestandes zu schaffen.“

Nachdem der Vortragende vor dem Ergreifen des medizinischen Studiums wegen der Ueberfüllung des Aerzteberufes gewarnt und die Gewerbesteuer als wessensfremd für die Aerzteschaft abgelehnt hatte, äußerte er sich weiter zur Frage der Sozialversicherung:

„Man wird den Arzt zu diesen Fragen hören müssen, weil er mit seiner ganzen Tätigkeit in der Sozialgesetzgebung als wichtiges, unentbehrliches Glied, ohne das sie nicht leben und wirken kann, eingegliedert ist, weil die Sozialgesetzgebung in den letzten fünf Jahrzehnten sich den ärztlichen Stand, so wie er heute ist, nach Zahl und Wert erst geformt und geschaffen hat, und weil der deutsche Arzt diese zwangsweise Umwandlung seiner Art und seines beruflichen Schaffens täglich und stündlich empfindet und daher auch wertet.

Wir dürfen meines Erachtens auf deutschen Aertzetagen nicht von dem Gesichtspunkte ausgehen, den ich häufig in Kritik und Literatur vertreten finde, daß die Sozialversicherung so viele Fehler hat, daß sie für die Versicherten und den Arzt in so vieler Hinsicht falsch und schädlich ist, daß ihre restlose Beseitigung gefordert werden muß. Ich meine, die soziale Gesetzgebung besteht, sie ist mit tausend Kanälen und Blutgefäßen in die weitaus größte Mehrheit aller Deutschen hereingewachsen und lebt in ihnen und mit ihnen. Man kann und darf als Arzt nicht zu viele dieser Blutgefäße unterbinden, wenn man nicht Leben zerstören oder gefährden will.

Gerade für den Arzt gilt dieser Grundsatz ganz besonders. Das deutsche Volk hat seine Sozialversicherung nötig. Die Gesamtpolitik des Staates, die seiner Vertretung, der politischen Parteien, der Gesamtkreis der Versicherten und die in diese Versicherung eingebauten Organe, auch die durch sie gestaltete, vermehrte und beschäftigte Aerzteschaft werden sie ohne weiteres nicht entbehren können. Dazu ist sie trotz mancher Fehler im Aufbau doch zu bewährt.

Darum gilt unsere Aussprache nichts, wenn sie nicht mit einem Bekenntnis zum Wert und zur Bedeutung des Gedankens der deutschen Sozialversicherung beginnt. Wer ihr zu dienen hat, hat meines Erachtens das Recht zur Kritik, wenn er ihr nach bestem Wissen und Gewissen dienen will.

Ich fürchte, daß der Staat und die Versicherungsträger sich zu sehr eine Verbesserung versprechen

durch Eingriffe in das persönliche Verhältnis zwischen Arzt und Kranken. Hier liegt eine Verkennung biologischer Gesetze vor, bei der nichts Gutes herauskommen kann. Das Verhältnis zwischen dem Kranken, Hilfe- und Ratsuchenden und dem Arzt seines Vertrauens verträgt gerade noch eine schematische Kontrolle seiner Verordnungen nach Preis und Zahl und seiner Leistungen bei der Gesamtheit seiner Behandlungsfälle, nie und nimmer aber das Kontrollrecht des Vertrauensarztes bei der Gestaltung des Heilplanes und der Feststellung der Diagnose. Mit der Einführung solcher Maßregeln fällt der Arzt auf die Stufe des Subalternbeamten herab, ein für die Versicherung und den Versicherten durchaus verfehltes Experiment.

Die deutsche Aerzteschaft lehnt den von der Kasse aufgestellten Kontrollarzt als Vormund des behandelnden Arztes mit aller Entschiedenheit ab, da diesem auf dem Gebiete der Diagnose und Behandlungsart die Fähigkeit zu solcher Spitzenleistung fehlt und ständig fehlen wird.“

Nachdem der Vortragende noch über die große Bedeutung des Krankenhauswesens gesprochen hatte, wies er zum Schluß die Behauptung eines englischen Arztes mit Entschiedenheit zurück, nach welchen von deutscher Seite im Weltkriege Pestbazillen durch Fliegerbomben zu verbreiten versucht worden seien.

Mit einer Erinnerung an die Not der besetzten Gebiete und einem Dank an die reiche Gastfreundschaft der Stadt Essen und seiner Bevölkerung schloß Geheimrat Dr. Stauder seine bedeutsamen und mit großem Beifall aufgenommenen Ausführungen.

Im Rahmen seiner Rede erhob Geh. San.-R. Stauder im Namen der deutschen Aerzteschaft

einen Protest gegen die Pestbazillenlüge.

„In aller Kürze sei noch zu einem Punkte Stellung genommen, der meines Erachtens im Interesse der Ehre und des öffentlichen Ansehens der deutschen Aerzteschaft nicht unerörtert bleiben darf. Ich halte es für nötig, Behauptungen des Vorsitzenden der englischen Chirurgischen Gesellschaft, **Lord Moynihan**, daß im Februar 1918 in deutschen Bomben **Pestbazillen** auf die englischen Linien abgeworfen worden seien, als unwahr zurückzuweisen. Zwar ist bereits seitens des deutschen Botschafters in London erklärt worden, daß **zu keiner Zeit in deutschen Fliegerbomben Pest- oder andere Bazillen eingeführt wurden**, noch jemals der Versuch dazu gemacht wurde. Auch in englischen Aerztekreisen, in der englischen Presse und durch die Stellungnahme des früheren Direktors der Giftabteilung beim französischen Großen Hauptquartier, Dr. Paul, ist auf die **Unrichtigkeit** dieser Behauptungen Bezug genommen worden. Es erscheint jedoch nötig, im Namen der deutschen Aerzteschaft zu betonen, daß sie es auf das **tiefste bedauert**, daß solche **Unwahrheiten** und Zeichen einer noch bestehenden **Kriegspsychose** auch heute noch öffentlich behauptet werden können.

Zugleich namens der Deutschen Gesellschaft für innere Medizin und der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie weise ich von dieser Stelle aus die Behauptung des Lord Moynihan als unberechtigt und kränkend, die Zusammenarbeit zwischen den Aerzten aller Länder störend, **mit aller Entschiedenheit zurück**. Mit Befriedigung kann ich anderer-

seits feststellen, daß wir von maßgebender Seite der englischen Aerzteschaft erfahren haben, Lord Moynihan habe seine Ausführungen nicht als offizieller Vertreter der englischen Aerzte gemacht.“

Weitere Begrüßungsansprachen.

Alsdann führte im Namen der Reichs- und Staatsbehörden Ministerialdirektor Dr. Schopohl vom Preuß. Ministerium für Volkswohlfahrt aus, daß an der Sozialversicherung grundsätzlich festzuhalten, ihr innerer Ausbau allerdings unter maßgeblicher Mitarbeit der Aerzteschaft fortzusetzen sei. Auch die nichtbeamteten Aerzte hätten heute trotz ihrer Berufsfreiheit eine eigenartige Stellung öffentlich-rechtlichen Charakters. Dieser Tatsache müsse vom Aerztestande und allen Aerzten Rechnung getragen werden.

Oberbürgermeister Bracht (Essen) erklärte in seiner Begrüßungsansprache, daß eine reibungslose Zusammenarbeit zwischen Kommunen und Aerzten möglich und auch notwendig sei. Wenn die öffentliche Gesundheitsfürsorge sich auf das Notwendige beschränke, dann sei dies für alle Teile und insbesondere für die Bevölkerung das Beste.

Staatspräsident a. D. Prof. Dr. Hellpach wies auf seine Erfahrungen als ärztlicher Parlamentarier hin. Die ärztlichen Politiker aller Parteien seien sich einig in der Erkenntnis, daß der Aerztestand in seiner Berufsfreiheit geschützt werden müsse. Die Sozialpolitik sei in mancher Hinsicht in Gefahr, zu entarten.

Geh. Reg.-R. Dr. Cuntz sprach im Namen von vier Krankenkassenspitzenverbänden und betonte den Willen zu einer friedlichen Zusammenarbeit und zur Erhaltung der ärztlichen Berufsfreiheit.

Herr Okraß betonte als Vertreter des Hauptverbandes deutscher Krankenkassen ebenfalls die Bereitwilligkeit, mit der Aerzteschaft zusammenzuarbeiten.

Danach sprachen noch Vertreter des Regierungspräsidenten in Düsseldorf, der Berufsgenossenschaften, der medizinischen Fakultäten, der Zahnärzte und der Essener Aerzteschaft.

Die Stellung des Arztes zur Sozialversicherung.

Dann sprach San.-R. Dr. Streffer (Leipzig) über „Die Stellung des Arztes zur Sozialversicherung“. Er ging davon aus, daß in neuester Zeit so außerordentlich schwere Angriffe gegen unsere Sozialversicherung bis zu dem Verlangen ihrer vollständigen Beseitigung gerichtet worden sind, daß man geradezu von einer Krise der Sozialversicherung sprechen muß. Diese Angriffe, an denen auch einzelne Aerzte beteiligt sind, stützen sich darauf, daß die Sozialversicherung Krankheiten geradezu züchte, daß sie unser Volk verweichliche und unselbständig mache, daß sie den Spartrieb ertöte und damit jedes wirtschaftliche Vorwärtskommen der Versicherten unterbinde. Im Zusammenhang hiermit ist die Sozialversicherung sogar als „Frevler am Volk“ bezeichnet und in Wort und Schrift zum mindesten ihre gründliche Erneuerung gefordert worden. Auf der anderen Seite hat der geschäftsführende Vorsitzende des Hauptverbandes deutscher Krankenkassen, Herr Helmut Lehmann, auf dem vorjährigen Krankenkassentag in Breslau ein Programm aufgestellt, das sich der Vorstand und Beirat seines Verbandes zu eigen gemacht haben, und das auf einen gewaltigen Ausbau der Krankenversicherung abzielt. In ähnlicher Weise hat sich der Herr Reichsarbeitsminister unlängst im Reichstag für einen weiteren Ausbau der Sozialversicherung und für ihre Vereinheitlichung ausgesprochen, sobald alle Betriebe

und Dienste in die Unfallversicherung einbezogen sein werden. Der Redner betonte diesen schroffen Gegensatzlichkeiten gegenüber, daß man als Arzt den von der Sozialversicherung ausgehenden Nutzen für den einzelnen ebensowenig wie für unser gesamtes Volk leugnen könne und daß angesichts der schweren Gefahren, die eine plötzliche Aufhebung der Sozialversicherung heraufbeschwören werde,

man als Arzt bestrebt sein müsse, das Gute zu erhalten, aber jede weitere Ausdehnung über das Maß des unbedingt Notwendigen hinaus abzulehnen.

Schon jetzt umschließe die Sozialversicherung Millionen von Menschen, die eines gesetzlichen Versicherungsschutzes nicht bedürften, da sie durchaus in der Lage wären, für sich selbst zu sorgen. Diesen Kreis noch gewaltig zu erweitern dadurch, daß man kleine Gewerbetreibende und Bauern, Beamte, Kleinrentner usw. dem Versicherungszwange unterwirft und gleichzeitig die Versicherungspflichtgrenze beträchtlich erhöht, bedeutet eine Entwicklung, die unter allen Umständen abgelehnt werden muß. Im Gegenteil erscheint es notwendig, die Sozialversicherung, die bereits jetzt einen viel zu großen Umfang angenommen hat, auf ein gesundes Maß abzubauen und dadurch gleichzeitig die Wirtschaft von einem Teil der sozialen Lasten zu befreien, deren jetzige Höhe mit rund 5 Milliarden RM. nachgerade angesichts der wirtschaftlichen Gesamtlage unseres Volkes in Gegenwart und Zukunft als unerträglich bezeichnet werden muß. Die Ersetzung des Versicherungszwanges durch einen anderen gesetzlichen Zwang für die aus der Sozialversicherung zu befreienden Volksschichten lehnte der Redner ab und bezeichnete es als dem wahren Nutzen des Volkes viel dienlicher, wenn die Persönlichkeit des einzelnen wieder mehr zur Geltung käme als unter dem gesetzlichen Zwange. In ähnlichem Sinne habe auch Stegerwald sich dahin geäußert, daß die Sozialversicherung nicht zur Lockerung der Blutsbande führen dürfe und daß sie nur dort berechtigt sei, wo alle anderen Stützen versagen.

Unter der Voraussetzung, daß die Sozialversicherung auf diejenigen Kreise beschränkt wird, die sich nicht selbst zu helfen vermögen, wurde die Einführung der Angehörigenbehandlung auf 13 Wochen befürwortet. Das Krankengeld muß so gestaltet werden, daß es keinesfalls den Arbeitsverdienst übersteigt, und muß außerdem nach dem Familienstande des Versicherten gestaffelt werden. Die Aerzte, die in der sozialen Versicherungsgesetzgebung gründlich ausgebildet werden müssen, sind durch Vertreter in den Organen der Versicherungsträger zur verantwortlichen Mitarbeit heranzuziehen. In der Krankenversicherung sind die jetzt gültigen Zulassungsbeschränkungen, die den ärztlichen Nachwuchs unter ein unerträgliches Ausnahmerecht stellen und in ihren Auswirkungen bei dem tatsächlich bestehenden Ueberfluß an Aerzten gelegentlich einen Aerztemangel vortäuschen, schleunigst aufzuheben und durch Richtlinien für eine planmäßige Verteilung der Aerzte über das Reichsgebiet zu ersetzen. Der Bedarf an Aerzten ist nicht nur nach den Bedürfnissen der Krankenkassen, sondern der gesamten Bevölkerung zu bemessen. Als Endziel bleibt nach wie vor die gesetzliche Festlegung des Systems der organisiert freien Arztwahl, wobei die Aerzte gewillt sind, sich sogar gesetzlichen Bestimmungen über eine strenge, aber gerechte Prüfung ihrer gesamten kassenärztlichen Tätigkeit zu unterwerfen.

In der Nachmittagssitzung sprach Staatspräsident a. D. Prof. Dr. med. et Dr. phil. W. Hellpach (Heidelberg) über:

Gründe und Grenzen, Bewährung und Entartung der Staatsfürsorge am kranken Menschen.

„Es gilt, sich auf die letzten, gleichsam philosophischen Grundfragen der Krankheit zu besinnen, wenn man zu dem Kampf um die Krankenversicherung verantwortlich Stellung nehmen und Reformwerke grundsätzlich fundieren will. Im Kranksein tritt der tragische Zwiespalt zwischen reiner Naturkausalität und moralischem Sinn des Daseins besonders eindrucksvoll zutage, Krankheit und Sterben wirken oft total sinnlos, sie scheinen die Sinnlosigkeit des Lebens besonders grell zu illustrieren. Andererseits ist Krankheit oft eine tiefe Läuterung, in ihren Tagen scheidet sich Wesentliches und Unwesentliches, sittliche Erfüllung von bloßer sinnlicher Ausfüllung des Daseins. Die Aufgabe des Arztes scheint zunächst nur der naturwissenschaftlichen Sphäre anzugehören: nicht wer mich im Sterben am schönsten tröstet, sondern wer mir das Leben rettet, ist mein bester Arzt. Hat hiernach neben der objektiven ärztlichen Leistung das subjektive Vertrauen überhaupt noch einen Platz im Verhältnis des Kranken zum Arzt? Vertreten nicht diejenigen die Gegenwart, welche den objektiv besten Arzt für die Kranken anstellen wollen, und sind nicht die Verfechter der freien Arztwahl Romantiker, welche das überlebte magische, auf irrationalen Sympathien beruhende Verhältnis zwischen Arzt und Kranken verewigen möchten? Man muß diese letzten Fragen stellen, wenn man Wert und Mängel der Krankenversicherung durchschauen will.

Die Versicherung wurde halb aus sozial-ethischem Pflichtgefühl, halb aus politisch-taktischer Spekulation geboren. Bismarcks Parallele zum konservativen französischen Rentnertum war schief: jener Rentner ist Gläubiger und Mitregent seines Staates, der deutsche Versicherte sollte Almosenempfänger und doch braver, nichtsozialistischer Staatsbürger werden. Das trag, mußte trügen. Dennoch war die Krankenversicherung nötig, die Gründe für sie zwingend, weil die völlige ärztliche Unversorgtheit der rapide wachsenden Armutsschichten aufgehoben werden mußte und nur durch Zwang für diese stumpfsten Schichten überwunden werden konnte. Auch waren die Grenzen der Versicherung verständig, die Leistungen sind großartig gewesen. Haben auch viele andere Faktoren die gesundheitliche Hebung des Volkes mit gefördert, medizinische Errungenschaften auf allen Linien, Hygiene, Bakteriologie und Serologie, vernünftiger Lebensführung in Luft, Licht, Bewegung — ohne die Krankenversicherung der breiten armen Massen hätte sich dies alles nicht volksgesundheitlich so sicher und breit ausgewirkt. Durch die Versicherung ist ein Naturrecht auf Leben und Gesundheit auch für die Aermsten proklamiert und damit ihnen eine Pflicht dazu, ein Gesundheitsgewissen überhaupt erst eingepflanzt worden.

Aber kein Recht, das nicht Mißbräuche kennt, kein Gewissen, das nicht schwach wird. Durch die gedankenlose Ausdehnung des Versicherungszwanges und -rechtes auf Schichten, die seiner nicht dringend bedurften, wurde der wohlthätige Urcharakter der Versicherung aus der Bewährung in die Entartung verzerrt. Redner schildert, wie aus dem Gesundheitsgewissen die Krankheitsgewissenlosigkeit wurde; statt der Kunst des Arztes, gesund zu machen, suchte man seine Gunst, um krank zu bleiben und die Vorteile davon einzuheimsen. Da man das Kranksein sozialisiert, die Heilkunst eben erst aber radikal individualisiert hatte und kassenärztliches Einkommen (die „Praxis cuprea“) eine immer größere Quote des Gesamteinkommens für die Aerzte wurde, so entstanden all die kassenärztlichen Mißstände, die bekannt sind. Abhängigkeit von der Kassenbürokratie zerstörte das hergebrachte Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Kranken ebenso sicher wie Abhängigkeit von der Gunst der Kranken. Die Bürokratisierung der Versicherung statt der auf dem Pa-

pier stehenden Selbstverwaltung trug eine wesentliche Mitschuld hieran. Jede Bürokratie strebt immer mehr Dinge in ihren Machtbereich zu ziehen; die Kassenbürokratie ist die Haupttreiberin zur sinnlosen Erweiterung des Versicherungszwanges auf immer neue, immer gehobener Schichten geworden. Je höher der Versicherte über sozial steht, desto skrupelloser pflegt seine Krankheitsgewissenlosigkeit zu sein. Als psychologisch beherrschender Faktor stellte sich das Mißtrauen aller Beteiligten gegeneinander ein: das Mißtrauen der Aerzte, ob nicht die Kranken sie ausnutzen wollten, endlich das Mißtrauen der Kassenverwaltungen gegen Versicherte und Aerzte und aus ihm heraus der „Kontrollfimmel“, der eine Hauptquelle der Fama von der Demoralisierung der Versicherungerschaft und der Kassenärzteschaft geworden ist.

Redner greift hier auf seine grundsätzlichen Eingangsüberlegungen zurück: Im ärztlichen Alltag kommt es nicht nur auf die objektive ärztliche Leistung, sondern sehr auch auf das subjektive Vertrauen des Patienten an; denn hier, außerhalb der eigentlichen Lebensgefahr, spielen moralische Faktoren im Gesundwerden oder Krankbleiben eine eminente Rolle, welche die reine Naturkausalität durchbricht. Der Patient läßt sich auch zum Gesundwerden nur vom Arzt seines wirklichen Vertrauens lenken, mechanisches Gesundheitschreiben ist dafür kein Ersatz. Darauf gründet sich außer der ethischen Bedeutung die therapeutische Wirkung der „freien Arztwahl“. In ihr ist vom alten, in vieler Hinsicht gewiß überlebten, rein individualistischen Verhältnis zwischen Arzt und Krankem so viel herübergerettet, wie in jeder neuen Ethik aus alter Ethik übernommen werden muß, damit die ethische Stetigkeit der Entwicklung gesichert bleibe. Redner erkennt durchaus an, daß die neue Zeit von Masse, Sache und Betrieb auch neue ärztliche Sittengebote,

eine neue Berufsethik des Arztes

fordere, aber das Beste der alten Berufsethik verdient, auch in der neuen wieder zu erscheinen. Hieraus leitete der Redner drei Hauptforderungen für die praktische Reform der Krankenversicherung ab. Das ärztliche Berufsgeheimnis, eine Säule des sittlichen Vertrauensverhältnisses im Heilprozeß, muß rigoros wiederhergestellt werden, die Diagnose muß vom Krankenschein verschwinden, auf ihn gehören nur gutachtliche Urteile wie arbeitsfähig, -unfähig, bettbedürftig usw. Alle Krankheitsangelegenheiten sind der Kassenbürokratie radikal zu entziehen und ausschließlich ärztlich zusammengesetzten Gremien zu übertragen. Darum eben verwirft der Redner freilich auch die ärztliche Forderung, selber in der Geschäftsführung der Kassen vertreten zu sein: der Arzt dringe nicht in die Geschäftsführung ein, nur dann kann er die Geschäftsführer aus seiner Sphäre fernhalten. Sodann ist der Kassenarzt vor sich selber zu schützen, indem der Umfang seiner Klienten begrenzt wird: wie in England ist der Numerus clausus der Patienten einzurichten. Endlich ist die Versicherung zu staffeln. Für die unterste Einkommensschicht („Miserums-Schicht“) bleibe es bei Versicherungszwang mit allen bisherigen Leistungen. Die nächstobere Schicht („Modestums-Schicht“, etwa zwischen 3000 und 6000 Mark Einkommen) erhalte das freiwillige Versicherungsrecht, sie nehme vielleicht, in sich noch gestuft, an den ärztlichen und Verwaltungsleistungen durch besondere Gebühren teil, ihr Krankengeld ist angemessen auf besonders langwierige Krankheiten zu begrenzen. Die letzte Schicht oberhalb von 6000 Mark Einkommen („Sekurums-Schicht“) ist von der staatlich garantierten Versicherung auszuschließen und auf reine Selbsthilfe- oder Unternehmungseinrichtungen wie bei der Lebens- und Feuerversicherung anzuweisen.

Im Schlußteil verlangt der Redner in diesem Sinne denkende und gestaltende Sozialpolitik, die freilich nicht von der Sorte von Politikern gemacht werden könne,

deren Hauptorgan das Sitzfleisch sei. Redner lehnt die Hartzschen Vorschläge (Sparzwang statt Versicherung) scharf ab: der „Bürofaszismus der Herrenbeauftragten“ sei nicht besser als der „Büromarxismus der einstigen Volksbeauftragten“. Aber in einem demokratischen Volke, das immerfort davon rede, daß in ihm keine Schicht mehr bloßes Objekt der Politik sein solle, dürfe man nicht eine Schicht nach der anderen zum Objekt der Sozialpolitik machen. Staatsfürsorge sei nur verantwortbar an jenen, die für sich zu sorgen tatsächlich außerstande sind. Es müsse der Stolz jedes Staatsbürgers sein, der Fürsorge anderer wieder zu entwachsen. Das sittliche Problem der Krankenversicherungsreform (neben dem alle technischen Fragen winzig erscheinen) ist: wie der Volksstaat auch die Heimsuchung durch Krankheit wieder einfügen könne in einen Erziehungsplan am Volke, der die Pflicht zum Gesundsein als die ewige Mutter des Rechtes auf Gesundsein proklamiert. Denn die Geschichte verbürge keinem Gemeinwesen Bestand, das nicht die Rechte seiner Bürger auf Pflichten zu gründen verstand oder stark genug war!

Zur Gewerbesteuer

wurde folgende Entschliessung gefaßt:

„Der 48. Deutsche Aerztetag warnt nachdrücklichst vor den Gefahren einer Steuergesetzgebung, die geeignet ist, durch Ausdehnung der Gewerbesteuer auf die Aerzteschaft die ethische Grundlage des Standes zu erschüttern und neue Krisen im Verhältnis der Aerzte zu den Krankenkassen auszulösen. Die Steuernot der Gemeinden darf nicht Veranlassung geben, eine Steuer für die Aerzteschaft einzuführen, die dem Wesen des ärztlichen Berufes widerspricht und die übrigen Mittelstandskreise nicht entlastet. Nur eine völlige Umgestaltung der gemeindlichen Steuer-Verhältnisse kann die Ueberspannung der Realsteuern beseitigen und damit die Lasten des Mittelstandes verringern. Die Aerzteschaft wird an die Seite des Mittelstandes treten können, wenn ihr nicht weiter zugemutet wird, eine von ihm selbst als ungerecht empfundene Steuer mitzutragen.“

1. Entschliessung zur Sozialversicherung.

Der 48. Deutsche Aerztetag in Essen bekennt sich zu der Ueberzeugung von der Notwendigkeit einer Sozialversicherungsgesetzgebung für das deutsche Volk, soweit es eines solchen gesetzlichen Schutzes bedarf und soweit die deutsche Wirtschaft die damit verbundenen Lasten zu tragen vermag. Er hält unter diesen Gesichtspunkten verschiedene wesentliche Abänderungen der Reichsversicherungsordnung für notwendig und dringlich und beauftragt deshalb seinen Geschäftsausschuß, zusammen mit dem Hartmannbund dahingehende Vorschläge den zuständigen Reichsstellen zu unterbreiten. Dabei ist unter grundsätzlicher Aufrechterhaltung der Forderung nach gesetzlicher Festlegung des Systems der organisierten freien Arztwahl und Schaffung einer Reichsärztekammer neben dem Erlaß einer Deutschen Aerzteordnung die Ausdehnung der Sozialversicherung durch Hereinnahme neuer Schichten des Volkes und Erhöhung der Versicherungspflichtgrenze ebenso wie die Einführung von Kontrollärzten abzulehnen.

Der Aerztetag begrüßt die Erklärung des Reichsarbeitsministeriums, daß es seine Abänderungsvorschläge zur Reichsversicherungsordnung der Aerzteschaft vorher mitteilen will, und spricht die bestimmte Erwartung aus, daß dies rechtzeitig genug geschieht, um ihr hinreichende Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

2. Entschliessung zur Sozialversicherung.

Der 48. Deutsche Aerztetag richtet an die Unterrichtsverwaltungen der Länder die Bitte, es den klinischen Lehrern zur Pflicht zu machen, bei der Krankenvorstellung

auch die sozialmedizinischen Besonderheiten (z. B. Beurteilung der Arbeitsfähigkeit, Prognose der Erwerbsfähigkeit, ökonomische Therapie) zu besprechen.

Arzt und Krankenhaus.

Das Hauptthema des zweiten Verhandlungstages: „Arzt und Krankenhaus“ eröffnet durch einen einleitenden Vortrag im Auftrage des Geschäftsausschusses vom Standpunkte des Praktikers Geh. San.-Rat Dr. Doerfler (Weißenburg i. B.). Der totale Umschwung, den die Bewertung des Krankenhauses in allen Bevölkerungsschichten gefunden hat, hat zu einer so gewaltigen Vermehrung der Krankenhäuser und der Krankenbetten geführt, daß eine Gefährdung der Allgemeinärzteschaft und damit der Belange der ganzen Bevölkerung entstanden ist. Gegen 1902 wurden im Jahre 1927 $4\frac{1}{2}$ Millionen Kranke mehr in den Krankenhäusern pro Jahr behandelt. Durch die massenhafte Zuwanderung der Kranken zu den Krankenhäusern ist die Gefahr nahegerückt, daß die Kenntnisse der gut ausgebildeten außenstehenden Fachärzte und praktischen Aerzte durch Mangel an Betätigung zum Schaden der Bevölkerung verkümmern. Es ist deshalb Pflicht unseres Standes, nach Mitteln und Wegen auszuschaun, diese bedrohliche Entwicklung zu verhindern. Eine allgemeine Oeffnung der Krankenhäuser für außenpraktizierende Aerzte erscheint nach der geschichtlichen Entwicklung der deutschen Krankenhäuser unmöglich. Die amerikanischen Krankenhäuser mit ihren zu 80 Proz. zugelassenen Aerzten sind wegen ihrer zu 70 Proz. privaten Charakter tragenden Organisation mit den deutschen nicht zu vergleichen. Um weitere Schädigung der Bevölkerung und der Aerzteschaft hintanzuhalten, schlägt Berichterstatter vor:

1. Organisation lebendiger Verbindung der Krankenhäuser mit den außenstehenden Aerzten in örtlich verschiedenen zu handhabender Weise.
2. In großen öffentlichen Krankenhäusern Errichtung besonderer offener Abteilungen, in Kleinkrankenhäusern und Orten mit nur 2—3 Aerzten ohne ausgebildeten Chirurgen Zulassung der Aerzte bei Unterstellung unter die Führung eines leitenden Arztes, bei Vorhandensein eines angestellten Chirurgen Heranziehung der außenstehenden Aerzte zur Assistenzleistung, zu Konsilien, Röntgenuntersuchungen usw.
3. Wo noch nicht geschehen, Errichtung von sogenannten offenen Krankenanstalten durch karitative Verbände und ärztliche Vereinigungen und Privatbesitzer mit Gelegenheit für außenstehende Aerzte und Fachärzte, sich selbständig zu betätigen. Solche Anstalten, auch sogenannte Leichtkrankenhäuser, sollten aus öffentlichen Mitteln, auch von den Krankenkassen in ihrer Existenzfähigkeit gestützt werden, da sie eine wohltätige Entlastung und Ergänzung der öffentlichen Krankenhäuser darstellen. Die öffentlichen Krankenhäuser sollten ihre Verpflegungssätze für Kranke aller Klassen den Verpflegungssätzen der genannten Anstalten angleichen.
4. Die Anstellungsverträge der Krankenhausleiter sollten der Prüfung durch die staatliche Aerztervertretung unterworfen werden.

Im Auftrage des Vereins der Krankenhausärzte Deutschlands sprach Herr San.-Rat Dr. Wille (Kaufbeuren) vom Standpunkte des Krankenhausarztes aus zu dem vorliegenden Thema. Er stellte zunächst an der Hand eines reichen statistischen Materials die gewaltige Zunahme des Krankenhauswesens sowie der Anstaltsbehandlung der Kranken im Gegensatz zur Hausbehandlung fest, welche Zunahme im wesentlichen durch die Entwicklung der medizinischen Diagnostik und Behandlungsweise nach der technischen Richtung hin zu erklären sein dürfte. Die Zunahme der Krankenbetten seit dem

Jahre 1913 beträgt 71,2 Proz. bei gesunkener Bevölkerungsziffer, fortgesetzter Besserung der allgemeinen Gesundheitsverhältnisse und Steigerung der Zahl der freipraktizierenden Aerzte. Entsprechend der wachsenden Bedeutung der Anstaltsbehandlung erfordere auch die dienstliche Stellung der Krankenhausärzte, die in autoritativer wie materieller Hinsicht vielfach eine durchaus unzulängliche und mancherorts geradezu eine standesunwürdige sei, einen entsprechenden Ausbau und vor allem im Interesse der Sache eine Befreiung von jeglichem hemmenden Einfluß von Laienseite. Bei dem gesteigerten Bedarf und den besonderen Ansprüchen, die das hilfesuchende Publikum mit Recht an die Anstaltsbehandlung stellt, sei nicht nur eine zahlenmäßig höhere Besetzung mit Hilfsärzten, sondern auch die Errichtung von Dauerstellen unerlässlich, um über einen ständigen Stab von fachärztlich vollkommen ausgebildeten Assistenten zu verfügen. Das aus Gründen zu weitgehender Sparsamkeit bisher beliebte System nur vorübergehender Verwendung junger Aerzte im hilfsärztlichen Dienst, die nach mehrjähriger Tätigkeit und kaum erlangter fachärztlicher Reife in die Praxis abgestoßen werden, erzeuge einerseits einen außerordentlichen Mehrbedarf an Assistenten und dadurch einen vermehrten Anreiz zum Studium der Medizin und andererseits durch den nach kurzer Assistentenzeit erfolgenden Uebertritt dieser jungen Aerzte in die freie Praxis eine untragbare Belastung des an sich schon weit über den Bedarf überfüllten ärztlichen Arbeitsmarktes. So sei es nicht nur im Interesse der Anstalten und einer den besonderen Erfordernissen der Anstaltsbehandlung gerecht werdenden erstklassigen Versorgung, sondern ebenso sehr im Interesse einer gesunden Weiterentwicklung des ärztlichen Standes gelegen, daß ein Teil der in den Krankenhäusern heranwachsenden Fachärzte auch dort dauernd Unterkommen und Beschäftigung findet, wie dies beispielsweise in den Irrenanstalten u. dgl. schon längst üblich ist. Ebenso sehr sei es Pflicht, die berufliche Entwicklung frei praktizierender Fachärzte zu unterstützen und insbesondere den von diesen betriebenen Privatkliniken die Existenzmöglichkeit nicht zu vernichten, da sie vielfach eine nicht unerwünschte Entlastung der öffentlichen Krankenhäuser und überhaupt einen nicht zu unterschätzenden Faktor in der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung bedeuten. Aus diesen Gründen müsse die Unterbietung der öffentlichen Krankenanstalten den Privatkliniken gegenüber unterbleiben, die darin bestehe, daß die ersteren in der allgemeinen Verpflegskasse nicht einmal den Ersatz ihrer Selbstauslagen fordern und die aus solchem Verfahren sich ergebenden Fehlbeträge auf Kosten der Allgemeinheit sich aus öffentlichen Mitteln begleichen lassen. So wenig die öffentlichen Krankenhäuser auf Gewinn arbeiten sollen, so sehr muß heutzutage verlangt werden, daß sie sich aus eigener Wirtschaftskraft erhalten und ihre Bilanz so gestalten, daß sie nicht auf Zuschüsse seitens der öffentlichen Hand angewiesen sind, um damit Bevölkerungskreisen ein Geschenk zu machen, denen auf Grund ihrer Vermögenslage ein Anspruch auf ein Almosen dieser Art nie und nimmer zuerkannt werden kann. Die Durchführung eines Einheitsverpflegssatzes, der die notwendigsten laufenden Selbstauslagen in der niedersten Klasse umfaßt, ist zum mindesten im Ortsbereiche möglich und nicht nur im Interesse der Privatkliniken, sondern auch im Wettbewerbe der öffentlichen Krankenhäuser untereinander dringend geboten. Die Berechnung für besonderen Sachaufwand sowie besondere ärztliche Leistungen ist daneben in unterschiedliche Höhe gesondert in Rechnung zu setzen.

Bezüglich des Verhältnisses der Krankenanstalten zur freien praktizierenden allgemeinen Aerzteschaft betonte der Vortragende, daß ein verständnisvolles Zusammenarbeiten im beiderseitigen Interesse gelegen sei. Aus

diesem Grunde möchten sich die Krankenanstalten auf stationäre Krankenbehandlung im allgemeinen beschränken und darauf verzichten, in das an sich schon stark eingeengte Arbeits- und Erwerbsgebiet der praktizierenden Aerzteschaft durch Errichtung von Ambulatorien und dergleichen einzudringen. Auch sonst sei zwischen beiden Teilen ein möglichst kollegiales Einvernehmen anzustreben. Eine Oeffnung der Krankenhäuser in dem Sinne, daß jeder Hausarzt seine Kranken auch im Krankenhause weiterbehandeln könne, sei allerdings aus ökonomischen, verwaltungstechnischen und verwaltungsrechtlichen Gründen nicht empfehlenswert; gerade die diesbezüglichen Erfahrungen im Auslande, vor allem in Amerika, sprechen mit allem Nachdruck gegen ein derartiges System. Zum Zwecke der Anbahnung einer allgemeinen Regelung der Verhältnisse, die im Gegensatz zu den süddeutschen Bundesstaaten gerade in Preußen besonders reformbedürftig erscheinen, sei die Gründung einer Arbeitsgemeinschaft aller beteiligten Faktoren anzubahnen, nämlich der verschiedenen Kreise der Krankenhauseigentümer und ihrer Verwaltung, der Krankenkassen, der Krankenhausärzte und insbesondere der Spitzenvertretung der gesamten Aerzteschaft des Reiches, deren lückenlose Uebereinstimmung in der Behandlung der vorliegenden Probleme als die erste Voraussetzung jeglichen Fortschrittes und Erfolges anzusehen sei.

Die Not des Fachärztstandes und der Privatkliniken.

Von Dr. Geinitz, Stettin.

Die Existenz der Privatkrankenanstalten aller Art und der an ihnen klinisch tätigen Privattfachärzte ist durch die stetig zunehmende Konkurrenz seitens der öffentlichen Krankenanstalten im Begriffe, vernichtet zu werden. Die Unterbietung besteht in folgendem:

Die öffentlichen Krankenanstalten sind von allen Steuern und Lasten befreit. Ihnen stehen große Kapitalien zur Vergrößerung und Verbesserung ihrer Betriebe nach Bedarf zur Verfügung. Sie beziehen fortlaufende Zuschüsse in Höhe von etwa einem Drittel des Pflegesatzes dritter Klasse, dessen Berechnung außerdem noch hinter den wahren Selbstkosten zurückbleibt. Mit diesen Zuschüssen aus Steuermitteln gewähren die öffentlichen Anstalten an zirka 92 Proz. der Privatpatienten dritter Klasse im Deutschen Reiche, in einigen Städten sogar den Selbstzahlern zweiter, ja erster Klasse, und in etwa 75 Proz. den großen gesetzlichen Versicherungsträgern für ihre Mitglieder freie, klinische, ärztliche Behandlung.

Die privaten Krankenanstalten dagegen haben etwa das Achtfache der Vorkriegszeit an Steuern und Abgaben zu zahlen. Die Zuschüsse von privater oder karitativer Seite sind so gut wie ganz in Wegfall geraten. Sie kommen mit den zu niedrigen Pflegesätzen nicht aus. Ihr Personal wird schlecht bezahlt. Die Privattfachärzte müssen ihre verantwortungsvollen und hochwertigen Leistungen umsonst ausführen oder sie überhaupt einstellen.

Die Folgen sind auf der einen Seite eine ganz ungehörliche und kaum noch erträgliche Ueberlastung des Etats für das öffentliche Krankenhauswesen und damit der Steuerzahler zugunsten nichtbedürftiger Kranker, auf der anderen Seite ein katastrophaler Rückgang der für die Bedürfnisse der Bevölkerung notwendigen und bewährten Privatanstalten aller Art. Während 1913 die Zahl der Privatbetten 61,6 Proz. der Betten der öffentlichen Anstalten betrug, betrug sie 1926 nur noch 13,6 Proz.! Dem für die Volksgesundheit unentbehrlichen Stande der Fachärzte wird durch das Abwandern der Kranken die Betätigungsmöglichkeit und die Existenzbasis entzogen. Das Leistungsniveau muß sinken. Der Nachwuchs stockt. Schon jetzt herrscht ein bedenklicher Assistentenmangel in sämtlichen Krankenanstalten. Die Kranken verlieren die Möglichkeit, sich von dem Arzt ihres Vertrauens ope-

rieren zu lassen. Sie müssen zur klinischen Behandlung in die unpersönlichen großen Krankenhäuser gehen.

Eine Besserung dieser Mißstände und Vermeidung unübersehbarer weiterer Schäden kann nur durch Beseitigung der Unterbietung der öffentlichen Hand erfolgen. Dazu ist nötig:

1. Gleichstellung in der Besteuerung für alle Arten von Krankenanstalten.
2. Grundlegende Abänderung des Zuschußsystems in seiner jetzigen Form. Zuschüsse dürften nur für wirklich bedürftige Kranke sowie ausschließlich für Lehr- und Forschungszwecke gegeben werden. Dafür müßte das Prinzip der Selbsterhaltung in sämtlichen Betrieben nach gesunden kaufmännischen Prinzipien treten.
3. Volle Bezahlung aller klinisch ausgeführten ärztlichen Leistungen nach der staatlichen Gebührenordnung.

Diese Forderungen sind zum Teil in einigen Teilen Deutschlands verwirklicht und haben sich dort zur vollsten Zufriedenheit aller Beteiligten, auch der Krankenkassen, bewährt. Sie müssen im ganzen Deutschen Reich erfüllt werden, um eine gesunde Volkswohlfahrt zu gewährleisten.

Die Stellung der angestellten Aerzte im Krankenhause.

Oberarzt Dr. Deicher (Berlin) spricht im Auftrage des Reichsverbandes angestellter Aerzte über die Stellung der angestellten Aerzte im Krankenhause und über ihr Verhältnis zur gesamten freien Ärzteschaft. Er unterscheidet den Chefarzt, den Ober- oder Sekundärarzt und den Hilfs- oder Assistenzarzt, die alle ihre bestimmten Arbeitsgebiete haben. Der Vorgesetzte aller ist der Chefarzt, der verantwortliche selbständige Leiter der Fachabteilung ist und auf dessen Geheiß und Verantwortung die Kranken behandelt werden. Der Vortragende bespricht sodann die Sicherungen, die allen diesen Aerzten durch einen schriftlichen Vertrag zugebilligt werden müssen, zumal sie beruflich besonders gefährdet sind, und kommt dann darauf, daß in der neuesten Zeit auch mit den angestellten Aerzten in immer weitergehendem Maße Kollektivverträge abgeschlossen werden, die die Arbeitsbedingungen für größere Gebietsteile regeln. Gleichzeitig wird durch diese Verträge eine begrenzte Anzahl Kranker, etwa 50, der Versorgung durch einen Assistenzarzt zugewiesen, um so zu erreichen, daß die ärztliche Behandlung individuell bleibt und für die Behandlung des einzelnen Kranken genügend Zeit zur Verfügung steht. Die Besoldung der Aerzte muß angemessen sein, der Besoldung der übrigen Angestellten mit abgeschlossener Hochschulbildung entsprechen, also etwa Gruppe 2c der Reichsbesoldungsordnung.

Ein ernstes Problem bildet die jüngst im ganzen Reich sichtbar werdende Erscheinung, daß an den Krankenhäusern reichlich offene Stellen für Aerzte vorhanden sind, während die freie Praxis von Aerzten mehr als überfüllt ist. Das liegt daran, daß die Zulassungsbedingungen zur Kassenpraxis so außerordentlich erschwert worden sind, so erschwert, daß die jungen Aerzte zum Teil vier bis fünf Jahre warten müssen, ehe sie zur Kasse zugelassen werden, daß ferner nur eine bestimmte Anzahl von Kassenärzten bei den Kassen tätig sein kann; bei der heute weit ausgebauten Sozialversicherung ist aber die Existenzmöglichkeit eines Arztes ohne Kassenpraxis durchaus fraglich. Um die bedrohlichen Erscheinungen des Aerzteüberflusses und Assistentenmangels zu mildern, wird vorgeschlagen, die Abteilungen an den größeren Krankenhäusern zu verkleinern und neue Chefarztstellen zu schaffen, damit die älteren Krankenhausärzte an den Krankenhäusern bleiben können, ferner die Gesetzesbestimmungen für die Zulassung zur Kassenpraxis zu ändern, und schließlich in angemessener Weise die bereits niedergelassenen Aerzte in den Krankenhäusern zu beschäftigen;

um dem Mangel an Krankenhausärzten zu steuern und den wirtschaftlich schlecht stehenden neu niedergelassenen Aerzten Existenzmöglichkeiten zu schaffen. Aus dem gleichen Grunde wird die Schaffung von Leichtkrankenhäusern empfohlen, die die weniger Schwerkranken aufnehmen könnten und die auch von bereits niedergelassenen Aerzten zu besetzen wären.

Im ganzen muß mit Entschiedenheit versucht werden, einen leistungsfähigen, freien Aerztestand zu erhalten, der für die Gesundheitspflege in Deutschland unerlässlich ist.

I. Entschliessung zur Krankenhausfrage.

Der 48. Deutsche Aerztestag in Essen erkennt und würdigt die mit dem Aufschwung des deutschen Krankenhauses verbundenen großen Vorteile für die Volksgesundheit, für die wissenschaftliche Forschung und für die ärztliche Ausbildung und Fortbildung. Er ist dabei überzeugt, daß auch im Krankenhaus die Persönlichkeit des Arztes für den Erfolg und die Güte der Behandlung entscheidend ist, unbeschadet der großen Bedeutung verwaltungsmäßiger und technischer Leistungen auf dem Gebiete der Anstaltsbehandlung. Darum sollte allenthalben dem Krankenhausärzte die ihm zukommende Freiheit seines Schaffens und Sicherheit seiner Existenz gewährt werden. Hierzu gehört auch eine vermehrte Errichtung von Dauerstellen für leitende Abteilungsärzte.

Mit großer Besorgnis beobachtet der Aerztestag das Hinschwinden der privaten Krankenanstalten. Die Erhaltung und Förderung dieser Anstalten, die in Ergänzung und zur Entlastung der öffentlichen Krankenhäuser unentbehrliche Arbeit zum Segen der Kranken leisten, erscheint ihm unerlässlich. Aufgabe der Träger der öffentlichen Krankenanstalten wird es sein, durch eine Einschränkung öffentlicher Zuschüsse unter gerechter Heranziehung der Versicherungsträger und zahlungsfähiger Kranker die Wirtschaftsbedingungen öffentlicher und privater Anstalten einander anzugleichen. Ebenso sollten hinsichtlich der steuerlichen Belastung Privatanstalten und öffentliche Anstalten gleichgestellt werden.

Ferner erscheint es dem Aerztestag notwendig, auch den freipraktizierenden Aerzten die Gelegenheit zur Behandlung ihrer Kranken in Krankenhäusern oder besonderen Abteilungen derselben zu erhalten und zu vermehren.

Zur Durchführung der im Krankenhauswesen notwendigen Neuerungen hält der Aerztestag die Zusammenarbeit aller beteiligten Kreise für erforderlich und beauftragt den Geschäftsausschuß, in diesem Sinne zu wirken.

2. Entschliessung zur Krankenhausfrage.

Die deutsche Ärzteschaft lehnt jeden Versuch der Politisierung der Krankenhäuser schroff ab. Sie betrachtet diese Politisierung als unvereinbar mit den Aufgaben der Krankenhäuser, der Volksgemeinschaft ohne Unterschied zu dienen.

Entschliessung zum Kampf der Berliner Stadtverwaltung mit der Berliner Ärzteschaft.

In dem der Berliner Ärzteschaft von der Berliner Stadtverwaltung ohne jede sachliche Begründung aufgezwungenen Kampf um die ärztliche Berufsfreiheit hat der Berliner Magistrat den Versuch gemacht, in Diensten der Stadt stehende Aerzte zur Uebernahme einer ärztlichen Tätigkeit an den Behandlungsstellen für Geschlechtskranke zu veranlassen, die in ihren sonstigen Verpflichtungen nicht enthalten ist, nicht in ihrem Arbeitsgebiet liegt und als sogenannte Nothelfertätigkeit nach allgemeinem Begriffen einer Streikarbeit gleich zu werten ist. Der Deutsche Aerztestag legt im Interesse des zwischen

Aerzteschaft und Kommunen stets notwendigen Zusammenwirkens gegen dieses Vorgehen entschiedenste Verwahrung ein.

Wahlen.

Zum I. Vorsitzenden wurde gewählt: Geheimrat Dr. Stauder, Nürnberg, als Beisitzer: Dr. de Barry, Frankfurt a. M., San.-R. Dr. Scholl, München, Dr. v. Chamisso, Stargard, San.-R. Dr. Bock, Stuttgart, Prof. Eichelberg, Hedemünde, Dr. Reimers, Altona, Geheimrat Dr. Dörfler, Weißenburg i. B., Dr. Scheyer, Berlin, Dr. Hartmann, Leipzig, Dr. Hützer, Köln, Dr. Ritter, Berlin, San.-R. Dr. Streffer, Leipzig, Prof. Stülp, Mühlheim a. d. Rh., Dr. Cahen, Mannheim.

26. Hauptversammlung des Hartmannbundes in Essen.

Die 26. Hauptversammlung des Hartmannbundes fand am 25. und 26. Juni in Essen statt. In seiner Begrüßungsansprache würdigte der Leiter der Verhandlung, San.-R. Dr. Buchbinder (Leipzig), die Verdienste des im letzten Jahre verstorbenen Führers der Deutschen Aerzteschaft, Geh. San.-R. Hugo Dippe. Die Versammlung beschäftigte sich zunächst mit Finanzfragen und nahm dann ein Referat über „Kassenärztliche Selbstverwaltung“ entgegen, das an Stelle des erkrankten Berichterstatters San.-R. Streffer (Leipzig) von Dr. Sonnenberg erstattet wurde.

Kassenärztliche Selbstverwaltung.

Von Dr. Sonnenberg, Leipzig.

Nach einer einleitenden Auseinandersetzung mit dem arbeitsrechtlichen Begriff des „Kassenärztlichen“ und dem verwaltungsrechtlichen der „Selbstverwaltung“ wies er darauf hin, daß Reichsversicherungsordnung und Reichsknappschaftsgesetz nicht vorsehen, daß die Kassenärzte die Behandlung der Versicherten in eigene Verwaltung nehmen, d. h. im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften und auf eigene Kosten durch eigene Organe und unter eigener Verantwortung regeln können. Dagegen seien bemerkenswerte Ansätze zu einer solchen Regelung in dem Vertrage enthalten, den der Hartmannbund mit dem Verband kaufmännischer Berufskrankenkassen abgeschlossen habe. Es sei deshalb nicht nur aus Gründen der Vertragstreue gegen die Berufskrankenkassen, sondern besonders auch im Interesse einer gedeihlichen Fortentwicklung des Verhältnisses der Aerzteschaft zu den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung notwendig, im Rahmen dieses Vertrages den Beweis zu liefern, daß die Aerzteschaft sehr wohl imstande ist, ihre eigenen Angelegenheiten selbst zu verwalten. Fraglos würden durch eine solche Regelung zahlreiche Reibungsmöglichkeiten zwischen Aerzten und Krankenkassen ausgeschaltet werden, und die Hoffnung, auf diesem Wege zu einer endgültigen und alle Teile befriedigenden Beilegung des alten Streites zwischen den beiden Interessengruppen zu gelangen, sei durchaus nicht von der Hand zu weisen.

Die neue Satzung des Hartmannbundes.

Die neue Satzung paßt den organisatorischen Aufbau den Zeitumständen an und trägt der beruflichen Entwicklung des Aerztestandes Rechnung. Die neue Satzung faßt die deutschen Aerzte auf der bewährten Grundlage des bisherigen Aufbaues zu einem kraftvollen Wirtschafts- und Kampfverband zusammen. Das Verhältnis zur Standesorganisation, zum Deutschen Aerztereinebund, ist gleichzeitig durch die Gestaltung der Satzungsvorschriften und ein Abkommen zwi-

schen beiden Verbänden geregelt. Diese Regelung sichert beiden Organisationen ihre volle Selbständigkeit, gewährleistet aber auch durch eine satzungsgemäß herbeigeführte ständige und planmäßige Zusammenarbeit der Organe beider Verbände eine einheitliche Berufspolitik der deutschen Aerzte. Die berufspolitische Einheitsfront der Aerzte will ihrer Tradition gemäß dem deutschen Volke einen leistungsfähigen, pflichtbewußten Aerztestand erhalten, aber auch die wirtschaftlichen Interessen und die standesethischen Anschauungen kraftvoll und nachdrücklich zur Geltung bringen.

Auf der Hauptversammlung des Hartmannbundes angenommene Anträge:

1. Betr. Mittelstandsversicherungen.

Die Hauptversammlung erklärt ihre grundsätzliche Bereitwilligkeit, bei Krankengeldversicherungen in der privaten Krankenversicherung etwa folgender Regelung zuzustimmen:

„Der behandelnde Arzt erteilt schriftlich Auskunft über Zustand und berufliche Leistungsfähigkeit des Erkrankten. Der Gesellschaftsarzt entscheidet auf Grund dieser Auskunft über die Leistungspflicht der Versicherung. Erhebt der behandelnde Arzt Einspruch gegen die Entscheidung, so erfolgt eine gemeinsame Untersuchung durch den behandelnden und einen von der Versicherung bestimmten, aus einer von der örtlichen ärztlichen Organisation aufgestellten Liste ausgewählten Arzt. Erfolgt hierbei keine Einigung, so entscheidet ein Obergutachter auf Grund einer Untersuchung.“

Der Vorstand wird ermächtigt, in diesem Sinne sich mit solchen Mittelstandsversicherungen zu einigen, die die Richtlinien als für sich bindend anerkennen.

2. Betr. Abfindung der älteren Kassenärzte.

Es wird den Landes- und Provinzialverbänden des Hartmannbundes freigestellt, ob sie zur Finanzierung der Abfindungsrenten die neu zur Kassenpraxis zugelassenen Aerzte unmittelbar heranziehen wollen oder nicht. Erfolgt jedoch eine Heranziehung der Neuzugelassenen, dann darf die Besteuerung für diesen Zweck die auf der Hauptversammlung des Hartmannbundes 1926 beschlossenen Grenzen nicht übersteigen.

3. Betr. Verband der praktischen Aerzte.

Die Hauptversammlung fordert den Verband der praktischen Aerzte erneut auf, den Beschlüssen des Bremer Aerztetages und der Hauptversammlung in Leipzig zu folgen und sich nach dem Beispiel des Facharztverbandes aufzulösen. Die Auflösung ist inzwischen erfolgt.

Wahlen.

Zum I. Vorsitzenden des Verbandes der Aerzte Deutschlands (Hartmannbund) wurde gewählt Geh. San.-R. Dr. h. c. Stauder, Nürnberg, der gleichzeitig den Vorsitz im Deutschen Aerztereinebund der Standesorganisation der deutschen Aerzte führt. Damit ist die so heiß umstrittene Personalunion durch Wahl zustande gekommen, eine Vereinheitlichung und Verbilligung der deutschen ärztlichen Organisation im Sinne einer Konzentration der Kräfte.

Zum II. Vorsitzenden wurde gewählt Dr. Reichert, Königsberg, der seinen Wohnsitz nach Leipzig verlegt. Als Beisitzer in die engere Vorstandschaft (Direktorium) wurden gewählt: Dr. Ritter, Berlin, Dr. Viechweg, Leipzig, Dr. Wester, Köln, Professor Eichelberg, Hedemünde, San.-R. Dr. Scholl, München, Dr. Langbein, Pfullingen (Württemberg).

Sozialisierung des Heilwesens.

Berichtersteller: Dr. Julian Marcuse, München.

Auf der am 23. Juni in Stuttgart stattgehabten Tagung des Südwestdeutschen Landesverbandes des Vereins sozialistischer Aerzte, die aus Bayern, Württemberg, Baden und dem Maingau zahlreich beschickt war, stand als einziger Beratungsgegenstand die Sozialisierung des Heilwesens, in den sich als Referenten Dr. M. Epstein (München) und Dr. A. Eliassow (Frankfurt a. M.) teilten. Ersterer führte in seinen grundsätzlichen Darlegungen folgendes aus: Sozialisierung des Gesundheitswesens bedeutet die planvolle Regelung von Produktion und Konsumtion, ärztlicher Hilfe vom Standpunkt des Gemeinwohls. Dies bleibt der Grundgedanke; erst in zweiter Reihe entscheidet sich die Frage, ob Verstaatlichung oder Verbeamtung oder genossenschaftliche Organisation. Die Notwendigkeit und Dringlichkeit der Ueberführung des Gesundheitswesens in die Gemeinwirtschaft ist gegeben durch die die Entwicklung des einzelnen Arztes wie den Wesensbegriff ärztlicher Tätigkeit hemmende Verbundenheit letzterer mit dem kapitalistischen System. Es bedingt für Ausbildung, Assistentenzeit, Etablierung Kapitalaufwendung, hemmt dadurch den Aufstieg der Begabten, es knüpft an die Berufsausübung den Gelderwerb, erzeugt damit Jagd nach Patienten und die davon ausgehenden geschäftlichen Usancen, zeitigt in der Kassenpraxis den Fortfall individueller Behandlung, führt zum Sinken des ärztlichen Ansehens und der Berufsfreudigkeit. Ist mithin schon die Entwicklung des Einzelarztes und damit auch die der Berufsart durch die Knüpfung an den Gelderwerb als Triebfeder vorgezeichnet, so verschärft sich diese Belastung noch weit mehr gegenüber den neuzeitlich erstandenen Aufgaben der individuellen und sozialen Hygiene. Erstere scheidet in der Kassenpraxis, wo sie am notwendigsten wäre, völlig aus, trotzdem Prophylaxe und Heiltätigkeit untrennbar sind, letztere führt in der künstlichen Trennung der Fürsorge von der Heiltätigkeit zum Schaden ärztlichen Wissens und der Versorgung der Bevölkerung. Der Schutz des Besitzstandes prävaliert gegenüber dem Gemeinwohl. Dadurch kommt es auch zu einer Produktion von Aerzten für den Markt, aber nicht für den Bedarf, zu ungleicher Verteilung über Stadt und Land, auch innerhalb der Großstädte, der einzelnen Spezialfächer. Auch der Heilarzt als solcher ist den veränderten Verhältnissen nicht gewachsen, der praktische Arzt ermangelt der durch die technischen Fortschritte bedingten Apparatur, die zum Großkapital drängen, und die allein in Ambulatorien, wo Heilarzt und Fürsorgearzt gemeinsam arbeiten können, rationell verwendet werden können.

Voraussetzung der Sozialisierung sind: Einrichtung von Gesundheitsämtern in Reich, Ländern, Kommunen, von Zentralen in Krankenhäusern und Ambulatorien, planvolle Verteilung in Stadt und Land, Auswahl der Aerzte je nach Eignung für Praxis und Wissenschaft, gegenüber den Einwänden von dem Vertrauen als Imponderabile des ärztlichen Berufes und seiner Gewährleistung in der freien Arztwahl ist darauf hinzuweisen, daß, je besser die Ausbildung ist, um so geringere Bedeutung das „Vertrauen“ hat, daß eine unbeschränkte freie Arztwahl auch heute nur den wohlhabenden Schichten offensteht, daß die Freiheit des Berufes in Wirklichkeit keine ist, denn bei fixiertem Arztsystem ist die Abhängigkeit von den Kassenvorständen, bei freiem die von den einzelnen Patienten vorhanden. In der aufgezwungenen Aufgabe, zugleich Heiler und Kontrolleur der Glaubwürdigkeit zu sein, in der wenn auch notwendig gewordenen Einrichtung eines Kontrollsystems erlahmt die Berufsfreudigkeit und wird das Vertrauen

zum Arzt wie zum Vertrauensarzt erschüttert. Diese unleugbaren Mißstände und schweren Beeinträchtigungen ärztlichen Wirkens und Wesens drängen zur Zentralisation und Vereinheitlichung der gesamten Sozialversicherung, innerhalb deren dann die genossenschaftliche Organisation des Arztiums in Arbeitsgemeinschaft zwischen sozialer Versicherung, Kommunen und Aerzteorganisation einzutreten hätte. Letzteres führt zur eigentlichen Sozialisierung; durch eine mitbestimmende Mitarbeit aller Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft wird einmal den Uebergriffen der einzelnen Mitglieder der Organisation Einhalt getan, wird weiterhin die gemeinsame Arbeit an dem Wohl des Volksganzen gefördert.

Der zweite Referent, Dr. Eliassow (Frankfurt a. M.), führte zu diesen Leitsätzen, nachdem er sich mit den Angriffen und Anwürfen einer Reihe von prinzipiellen Gegnern der Sozialversicherungsgesetzgebung (Liek, Hartz, Stappert u. a.) auseinandergesetzt hatte, eine Reihe von Richtlinien aus. Grundsätzlich bleibt Ziel für die Zukunft die allgemeine Volksversicherung auf öffentlich-rechtlicher Grundlage, als praktische Ziele für die nächste Zeit gelten folgende Forderungen: Erweiterung der Versicherungsgrenze auf mindestens 7200 Mark, Einbeziehung der freien Berufe und der Sozial- und Kleinrentner, Aufhebung der freiwilligen Weiterversicherung bei die Pflichtgrenze überschreitenden Einkommen, prozentuale und progressive Staffelung der Beitragsleistung, Aufhebung der Krankengeldgewährung an Erkrankte, deren Arbeitseinkommen in der Zeit der Erkrankung keine Verminderung erfährt. Familienhilfe, Wochenhilfe sind als Pflichtleistungen in der Reichsversicherungsordnung gesetzlich festzulegen und auszubauen, notwendige Krankenhausbehandlung ist als Pflichtleistung der Reichsversicherungsordnung gesetzlich festzulegen. Die organisierte freie Arztwahl ist grundsätzlich in der Reichsversicherungsordnung festzulegen, da sie allein die Schaffung des im Interesse des Patienten notwendigen Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient gewährleistet. Dem Grundsatz der freien Arztwahl widerspricht nicht die Gründung einer beschränkten Anzahl von Ambulatorien, wenn zu deren Inanspruchnahme keine Kategorie von Versicherten gezwungen werden kann. Beschränkung der Tätigkeit des Kassenarztes auf eine angemessene Höchstzahl von Krankheitsfällen und Leistungen und des Gesamteinkommens auf einen angemessenen Höchstbetrag, Förderung der Planwirtschaft zwecks ausreichender Versorgung von Stadt und Land. Hinsichtlich der Rationalisierungsmaßnahmen sind zu fordern: Stellung der Diagnose, Aufstellung des Heilplanes und Beurteilung der Arbeitsfähigkeit liegen grundsätzlich dem behandelnden Arzte ob. Die Tätigkeit der Vertrauensärzte findet nur in Zweifelsfällen statt, sie hat nach Möglichkeit im Rahmen eines Zusammenwirkens mit dem behandelnden Arzte stattzufinden. Verbot der Neugründung von Betriebs- und Innungskrankenkassen, Auflösung der bestehenden auf Wunsch der Mehrheit der Versicherten. Verantwortliche Mitarbeit der Aerzte in den Vorständen der Krankenkassen (im Sinne der englischen Krankenversicherung). Förderung der Bestrebungen der Kassen, physikalische Heilbehandlung (insbesondere Bestrahlungsbildung) unter ärztlicher Leitung in eigenen Betrieben ausführen zu lassen!

Kollegen

gedenkt der „Dr. Alfons Stauder-Stiftung“!

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

Tätigkeits- u. Rechenschaftsbericht für das Jahr 1928/29 zur ordentlichen Mitgliederversammlung der Aertzlichen Verrechnungsstelle e. V., Gauting.

Gehalten am 16. Juni 1929 in München, Hotel Union,
von Dr. Graf, Gauting.

Meine sehr verehrten Herren Kollegen!

Gestatten Sie, daß ich Sie vor allem herzlich willkommen heiße und Ihnen für Ihr Erscheinen danke.

Ich bin auch heuer in der Lage, Ihnen ein erfreuliches Bild über unsere Tätigkeit zu entrollen.

So bekam unser Verein in dem verflossenen Berichtsjahre einen Neuzuwachs von 138 Mitgliedern, denen nur vier Austritte gegenüberstehen.

Gestorben sind während dieses Jahres die Herren: Dr. Bach in Schleißheim, Geh.-Rat Dr. Kölle in Oberstdorf, San.-Rat Dr. Preuß in Pyrbaum, San.-Rat Dr. Mainzer in Alzey, San.-Rat Dr. Krause in Penzberg.

Ersterer zählte, wenn auch nicht zu den Gründungsmitgliedern, so doch zu den allerersten Aerzten, die unserem Verein beitraten und ihm bis zu ihrem Tode treu blieben.

Auch Herr San.-Rat Dr. Preuß war einer der ersten, die sich unserer Idee anschlossen. Mit Ausnahme einer kurzen Zeit, in der er selbst wieder Rechnungen verschickte, blieb er unserer Sache bis zum Tode treu.

Ich bitte Sie, sich zum Andenken an die Verstorbenen von den Sitzen zu erheben.

Während ich im vorigen Jahre konstatieren mußte, daß die Beschäftigung unseres Büros nicht prozentual zu dem Zuwachs an Mitgliedern gestiegen war, ist das heuer erfreulicherweise festzustellen.

Unsere Rechnungsabteilung hat heuer im Gegensatz zu 67489 im Vorjahre abgetretenen Forderungen 82281 zu bearbeiten gehabt, d. i. um 14792 mehr. Spezifiziert mußten davon werden im Gegensatz zu 18000 des Vorjahres nahezu nochmals soviel, genau 34687. Während im Vorjahre also ungefähr 30 Proz. aller Rechnungen spezifiziert werden mußten, sind es heuer schon nahezu 42 Proz.

Das Büro hat an Briefen erhalten:

Von Aerzten 13229, das sind um 5000 weniger als im Vorjahre, eine sehr erfreuliche Tatsache, die beweist, daß unsere Mitglieder unsere Einrichtung in allem besser verstanden und selbst technisch besser geschult waren als im Vorjahre. Diese Zahl könnte sich, wenn nur alle Herren sich endlich einmal dazu verstünden, unsere Aufklärungsschrift einmal wirklich durchzulesen, noch um ein wesentliches vermindern.

Von Patienten erhielten wir entsprechend der größeren Zahl der Rechnungen, die an sie hinausgingen, auch entsprechend mehr Zuschriften, und zwar um 5000 mehr als im Vorjahre, genau 18316.

Geschrieben wurden von uns an die Aerzte 13135 Briefe; an Patienten 22613, d. i. um 4000 mehr als 1927.

Unsere Mahnabteilung versandte 44100 Mahnungen, 7000 Ratenanforderungen und 5800 Rückantwortkarten an Aerzte.

An Direktzahlungsmeldungen gingen 18809 ein.

Unsere juristische Abteilung war leider auch besser beschäftigt als im Vorjahre. Sie mußte gegenüber 20063 Ausgängen des Vorjahres heuer 24491 Ausgänge postfertig machen.

Diese teilen sich im einzelnen folgendermaßen auf:
Briefe an Patienten 7531 gegenüber 5161,
Briefe an Aerzte 4300 gegenüber 3345,
Briefe an Gerichte 6816 gegenüber 6857,
Zahlungsbefehle 5847 gegenüber 4700.

Die Einbringlichkeit der strittigen Forderungen hat sich gegenüber dem Vorjahre um ein geringes vermindert.

Von den 5847 Zahlungsbefehlen ließ sich bisher nur in 4027 Fällen Zahlung erreichen. Ein großer Teil dieser Beträge geht noch in Teilzahlungen ein. Dies ergibt rund einen Prozentsatz von 70 Proz.; im vorigen Geschäftsjahr betrug er 78 Proz.

Der Grund dieser geringen Verminderung der Einbringlichkeit ist darin zu suchen, daß ein großer Teil der Aerzte lediglich Erwirkung eines vollstreckbaren Titels wünschte, um die Schuld vor Verjährung zu schützen und überhaupt zunächst zu sichern. Das waren Posten, über deren Uneinbringlichkeit sich die Aerzte klar waren. Pfändungsauftrag für diese Fälle wurde nicht erteilt, um unnötige Gerichtskosten zu vermeiden.

Wenn man die Zahlungsbefehle, welche zwar erlassen wurden, jedoch vorläufig nicht weiter verfolgt werden dürfen, in Abzug bringt, ist die Einbringlichkeit der strittigen Forderungen im abgelaufenen Geschäftsjahre prozentual sogar eher eine höhere als im Vorjahre.

Auch die erfolglosen Pfändungen haben sich im Vergleich mit dem vorigen Geschäftsjahre vermindert. Während 1927/28 1543 Zahlungsbefehle an die Gerichtsvollzieherei geschickt wurden und hiervon 765 Pfändungen erfolglos waren, verzeichnen wir im abgelaufenen Jahre von 1585 an die Gerichtsvollzieherei gesandten Zahlungsbefehlen nur 655 erfolglose Pfändungen. Beachtenswert bei diesen Zahlen ist auch die nur unerhebliche Vermehrung der Pfändungsversuche, trotz einer erheblich höheren Zahl der Zahlungsbefehlerlasse.

Besondere Erwähnung verdienen folgende Zahlen: Im Geschäftsjahre 1927/28 wurde 433mal Widerspruch gegen den Zahlungsbefehl erhoben, wovon 120 Fälle zum Prozeß kamen. Für das Jahr 1928/29 hat sich die Zahl der Klagen auf 117 vermindert, hingegen die der Widersprüche auf 687 erheblich vermehrt. Hieraus ist zu schließen, daß unsere Bemühungen um einen gütlichen Ausgleich in diesen Fällen heuer einen außerordentlichen Erfolg aufzuweisen haben.

Im abgelaufenen Geschäftsjahre ging nicht ein einziger Prozeß auf Grund eines Verschuldens der Verrechnungsstelle oder des beauftragten Anwaltes verloren. Die weitest größte Zahl der sog. verlorenen Prozesse sind ja eigentlich gar nicht als solche zu betrachten, sondern es wurde der Erfolg nur durch die Vermögenslosigkeit des Schuldners vereitelt. Die Kosten können später, bei Besserung der Vermögensverhältnisse und bei einem Neuaufgreifen des Prozesses, evtl. auf den Schuldner wieder abgewälzt werden. Dies ist jedoch oft eine Frage von Jahren.

Vereinzelte Klagen wurden abgewiesen deshalb, weil der Arzt bei seiner Zeugenvernehmung auf einmal ganz andere Angaben machte, als er dies vorher uns gegenüber getan hatte, also aus einer gewissen Zeugenangst heraus, oder auch, weil sich wirklich feststellen ließ, daß die Rechnungen längst an den Arzt bezahlt waren.

Um den Aerzten Kosten und den damit verbundenen Aerger zu ersparen, ist die juristische Abteilung mehr denn je bemüht gewesen, eine gütliche Einigung mit den Patienten, so oft nur irgend angängig, zu erzielen. Hierdurch wird die Zahlung zwar häufig etwas hinausgezögert, dafür werden aber oft recht beträchtliche Kosten erspart. Dieses Bestreben kommt zahlenmäßig in der unverhältnismäßig hohen Vermehrung der Briefe an die Patienten zum Ausdruck.

Wenn man das Verhältnis der von unserer juristischen Abteilung bearbeiteten Fälle mit der Gesamtzahl der abgetretenen Forderungen vergleicht, so möchte es auf den ersten Blick erscheinen, als ob der Prozentsatz groß wäre. Er ist aber im Vergleich zu anderen Verrechnungsstellen niedrig. So hat z. B. eine Verrechnungsstelle im hohen Norden bei nur 23000 abgetretenen Forderungen in einem Jahre 3570 Zahlungsbefehle erstellt, was, auf unsere Beschäftigung umgerechnet, 12500 ergäbe statt 5847.

Die Ihnen vorhin genannte Zahl von 70 Proz. Einbringlichkeit der strittigen Fälle bitte ich ja nicht aufzufassen als die Zahl, die den Prozentsatz der Einbringlichkeit der uns abgetretenen Forderungen überhaupt bedeuten würde. Dieser ist natürlich wesentlich höher und beträgt etwa 98 Proz.

Die im letzten Geschäftsbericht erwähnten Schwierigkeiten mit dem Amtsgericht München haben sich gleich im Anfang des Geschäftsjahres derart verstärkt, daß die Aufrechterhaltung der Zuständigkeit des Amtsgerichts München nicht mehr möglich war. Wir müssen also die Klagen nunmehr alle am zuständigen Amtsgericht, d. h. an dem Amtsgericht, zu welchem der Schuldner gehört, einleiten. Diese Tatsache hat den Geschäftsbetrieb der juristischen Abteilung etwas erschwert, insofern, als wir es nun nicht mehr mit einem, sondern mit Hunderten von Amtsgerichten zu tun haben. Immerhin ist die befürchtete Folge, daß die Schuldner, durch die nunmehrige Nähe des Amtsgerichts veranlaßt, prozeßfreudiger würden, nicht eingetreten.

An Zahlungen buchte die Rechtsabteilung im abgelaufenen Jahre 135 101.— M. Auch in dieser Zahl ist eine erfreuliche Erfolgsmehrung zu erblicken.

Zusammenfassend sei über die Beschäftigung unseres Büros noch ergänzt, daß wir 6056 Drucksachen versandt haben und im ganzen zirka 194 000 Schriftstücke zur Post gegeben wurden, im Gegensatz zu 176 000 des Vorjahres.

Der Umsatz dieses Geschäftsjahres stieg von rund 1 800 000 M. des Vorjahres auf rund 2 300 000 M. Die Geschäftsstelle erzielte ein Einkommen von 191 000.— M.

Dem Gesamtergebnis nach betragen die Zuschläge im abgelaufenen Wirtschaftsjahr nach dem Bericht unseres Bücherrevisors, der hier für jedes Mitglied zur Einsicht aufliegt, 8,6 v. H. Tatsächlich sind sie wesentlich niedriger, da in dem Einkommen der Verrechnungsstelle ein größerer Betrag enthalten ist, der sich aus den eingegangenen Mahnportis und Gerichtskosten zusammensetzt. Wie hoch dieser ist, läßt sich ziffernmäßig nicht sagen, da bisher eine Ausscheidung dieser Beträge nicht erfolgte. Wir werden aber für das laufende Jahr eine Ausscheidung dieser Kosten vornehmen, um im nächsten Jahre genau den Prozentsatz feststellen zu können, der der Verrechnungsstelle aus den bearbeiteten Rechnungen allein zugeflossen ist.

Bei den Verwaltungskosten ist gegenüber dem Vorjahre eine Steigerung um rund 40 000 M. eingetreten. Beteiligt sind an dieser Steigerung sämtliche Verwaltungskosten; am stärksten naturgemäß die Personalausgaben mit rund 12 000 M. und die Portis mit rund 7 000 M., die ja in direktem Verhältnisse zur Steigerung des Umsatzes stehen; im ganzen verausgabten wir 28 926.12 M. für Porto.

Wesentlich höher erscheint auch das Konto für Steuern mit 16 000 M. gegenüber von 3 000 M. im Vorjahre.

Die Steigerung ist darauf zurückzuführen, daß im abgelaufenen Wirtschaftsjahre durch Urteil des RFH vom 10. Dezember 1928 die Rechtsbeschwerde der Verrechnungsstelle gegen die Veranlagung zur Körperschaftsteuer 1925/26 abgewiesen wurde. Es mußte daher die volle Körperschaftsteuer für dieses und die folgenden Rechnungsjahre einschließlich der Vorauszahlungen für das Wirtschaftsjahr 1928/29 auch an das Finanzamt abgeführt werden. Ob und inwieweit eine Aenderung der Organisation oder der Satzung hier für die Zukunft eine günstigere Situation zu schaffen vermag, unterliegt zur Zeit der Prüfung.

Trotz dieser beträchtlichen Erhöhung der Verwaltungskosten ist das Gesamtergebnis gegenüber dem Vorjahre wieder besser geworden. Der Ueberschuß der Einnahmen über die Ausgaben ist von rund 14 000 M. im Jahre 1927/28 auf rund 23 000 M. im Jahre 1928/29 gestiegen.

Der Verein hatte am 31. März 1929 ein Vermögen von

115 237.39 M. Erfahrungsgemäß interessiert nicht nur unsere Mitglieder, sondern auch viele, unserem Verein noch fernstehende Aerzte der Umstand, was denn unser Verein mit seinem Vermögen macht. Trotz reichlichster Aufklärung in allen möglichen Artikeln unserer Ständepresse und trotz vieler Vorträge, die ich persönlich gehalten habe, grassiert in weiten Kreisen der bayerischen Aerzteschaft immer noch die Ansicht, daß die ganze Einrichtung der Verrechnungsstelle für die Privatpraxis ein Privatunternehmen von mir sei, und daß ich den Gewinn persönlich einstecke. Es ist ganz unglaublich, daß derartige Ansichten heute noch bestehen können. Ich möchte diese Gelegenheit, trotzdem es nicht nötig ist, in unserem Kreise selbst derartiges zu widerlegen, doch benützen, Sie, meine sehr verehrten Herren Kollegen, zu bitten, durch mündliche Weiterverbreitung doch dafür zu sorgen, daß derartige dumme Ansichten endlich einmal ausgemerzt werden.

Von unserem Vereinsvermögen, dessen Höhe ich Ihnen vorhin mit rund 115 000 M. genannt habe, befanden sich am 31. März 1929 rund 101 000 M. in Form von Vorschüssen und Darlehen in Händen unserer Mitglieder. Sie ersehen aus diesen Zahlen, daß das Vereinsvermögen allen Mitgliedern gemeinsam gehört und immer nahezu 95 Proz. sich auch wirklich in den Händen der Vereinsmitglieder befindet. Nur was der Verein unbedingt an Betriebsmitteln braucht, reserviert er für diesen Zweck.

Im letzten Wirtschaftsjahre sind wir wieder in größerem Maße dazu übergegangen, an Wohnorten von einzelnen oder mehreren Mitgliedern Bankkontis bei dortigen Banken oder Sparkassen für uns zu errichten, damit den Patienten unserer Mitglieder Gelegenheit gegeben ist, die von uns erstellten Rechnungen, ohne daß ihnen Kosten erwachsen und ohne daß sie die Zahlkarten auszufüllen brauchen, einzubezahlen. Es wird davon relativ häufig Gebrauch gemacht.

Die Gefahr, die aus dieser Einrichtung in der Inflationszeit erwuchs, daß bis zum Eingange der Meldung der Bank bei uns und bis zum Moment des Eintreffens des Geldes beim Arzt, dasselbe sich entwertete, besteht ja glücklicherweise nicht mehr. Unsere diesbezügliche Einrichtung hat für die betreffenden Aerzte den angenehmen Vorteil, daß sie nicht gezwungen sind, Gelder direkt anzunehmen und die Meldungen darüber an uns zu erstatten.

Dieser Punkt ist ja immer noch ein wundres Kapitel insoferne, als die Kollegen sehr häufig auf diese Meldungen an uns vergessen und natürlich glauben, sie erstattet zu haben, ja so gründlich darauf vergessen, daß sie bei uns Beträge reklamieren, die sie selbst direkt eingenommen haben. Manche gehen sogar so weit, daß sie uns veranlassen, gegen Patienten, die direkt bei ihnen bezahlt haben, Zahlungsbefehl zu erlassen, eine Angelegenheit, bei der die Patienten oft schmunzelnd solange stillschweigen, bis der Gerichtsvollzieher ins Haus kommt, dem sie dann lächelnd die Quittung des Arztes vorzeigen. Dies allein ist für den Einsichtigen ein Beweis dafür, wie sehr es mit der Buchhaltung der Aerzte selbst hapert und wie nötig unsere Einrichtung für äußerst viele Kollegen ist.

Um unseren Betrieb noch mehr auf die Höhe zu bringen und technisch vollkommener zu gestalten, haben wir uns in dem Berichtsjahre eine Buchhaltungsmaschine angeschafft, mit der die Blattkontis der einzelnen Mitglieder geführt und abgerechnet werden. Diese Maschine tut uns sehr gute Dienste. Es ist bei richtiger Bedienung derselben unmöglich, daß sich Fehler einschleichen.

Dem Umstand, daß wir an modernsten Büromaschinen — außer unserer neuen Buchungsmaschine zwei Rechenmaschinen, eine Adressier-, eine Vervielfältigungs-, eine Briefschließ-, zwei Brieföffnungs- und eine Barfrankiermaschine — alles benützen, was sich in dieser Beziehung für unseren Betrieb überhaupt eignet, ist es zuzuschrei-

ben, daß wir zu der Bewältigung der Mehrarbeit von 14792 Aufträgen gegenüber dem Vorjahre nur eine Vermehrung des Personals um 3 Angestellte nötig hatten. Im ganzen beschäftigen wir heute 35 Angestellte. Wem diese Zahl etwa hoch erscheinen sollte, dem sei gesagt, daß jeder Vergleich unserer Arbeitsleistung mit der etwa einer kassenärztlichen Verrechnungsstelle oder eines Postscheckamtes oder auch einer Bank zu unseren Gunsten ausfällt. Zum Vergleich möchte ich noch anführen, daß eine Verrechnungsstelle im hohen Norden Deutschlands zur Bearbeitung von 23000 Aufträgen allein 14 Angestellte nötig hat, während wir für die Mehrarbeit von rund 15000 Rechnungen nur 3 neue Angestellte brauchen. Dabei haben die Abteilungen, die mit Büromaschinen arbeiten, überhaupt keine Vermehrung des Personalstandes nötig gehabt. Das dürfte ein Beweis für die Wichtigkeit der Benützung von Maschinen und ganz allgemein dafür sein, daß bei uns fleißig und rationell gearbeitet wird. Außerdem beweisen diese Zahlen, daß es viel richtiger ist, bestehende Verrechnungsstellen auszubauen als neue zu gründen.

Seit mehreren Monaten haben wir einen eigenen gut vorgeschulten Herrn angestellt, der alle geschriebenen Rechnungen und Mahnungen, bevor sie das Büro verlassen, nochmals peinlichst nachzukontrollieren hat.

Unsere seit über zwei Jahren in München eingerichtete Aufklärungsabteilung bewährt sich so, daß wir sie unbedingt beibehalten wollen. Von den 138 Neuzugängen stammen allein 39 aus München, was bei den schwierigen Verhältnissen der Großstadt einen sehr beachtlichen Erfolg darstellt. Noch dazu ist erfreulicherweise zu konstatieren, daß fast sämtliche Münchener Aerzte, die beitraten, auch die Schneid haben, sich auch wirklich aktiv zu beteiligen. Im ganzen haben wir aus München zur Zeit 137 Mitglieder.

Auch aus anderen großen Städten, wie Nürnberg, schließen sich immer mehr Aerzte unserem Verein an. Im allgemeinen verteilen sich unsere Mitglieder auf sämtliche acht Kreise Bayerns, auf Stadt und Land ziemlich gleichmäßig: Wir haben zu Mitgliedern mehrere Ordinarii und Extraordinarii, Fachärzte aller Spezialitäten, Badeärzte und praktische Aerzte und Aerztinnen.

Die außerbayerischen Aerzte, die unserem Verein angehören, sind uns erfreulicherweise im Berichtsjahre alle treu geblieben und sind sehr eifrige aktive Mitglieder. Selbst die Herren aus dem Saargebiet halten unentwegt treu zu unserem Verein.

Neben Aerzten haben wir auch nicht wenige Zahnärzte und mehrere Tierärzte als Mitglieder.

Von so schlimmen Erfahrungen, wie wir sie im Berichtsjahre 1927/28 machten, blieben wir im Berichtsjahre 1928/29 glücklicherweise verschont. Es hat kein Mitglied mehr versucht, sich auf schwindelhafte Weise von uns Vorschüsse zu verschaffen. Ein außerbayerischer Kollege allerdings, der uns aus Vorschüssen einen Betrag von etwas über 4000 M. schuldete, weigerte sich, denselben zurückzuerstatten und bestritt sogar die Schuld überhaupt. Neue Forderungen uns abzutreten, aus deren Eingängen die Schuldsomme hätte beglichen werden können, unterließ er. Statt dessen trat er einer mitteldeutschen Verrechnungsstelle bei und ließ sich dort sofort wieder Vorschüsse auszahlen. Wir waren gezwungen, gegen ihn einen Prozeß anzustrengen, den wir in den letzten Tagen gewonnen haben. Der betreffende Kollege „will“ nun seine Schuld in Raten abtragen.

Sonst waren die Erfahrungen mit unseren Mitgliedern nur erfreulich. Abgesehen davon, daß uns die schlechte Schrift einzelner Herren immer noch sehr viel unnütze Arbeit und Zeitverlust verursacht, davon, daß es mit den Direktzahlungsmeldungen immer wieder nicht stimmt, daß immer wieder Listen mit unvollständigen Adressen eingeschickt werden, daß nur wenige Herren sich darauf

einustellen vermögen, daß unser Büro aus zehn verschiedenen Abteilungen besteht und die Briefe an uns nicht Sammelmeldungen, die dann durch sämtliche Abteilungen wandern müssen, sein sollen, sondern daß für jede Abteilung eine eigene Mitteilung auf kleinem Zettel geschrieben werden soll, abgesehen davon, daß es nicht möglich ist, daß ein Mitglied noch an dem Tag den Vorschuß wirklich in Händen hat, an dem der Brief erst bei uns eintrifft, sondern daß man dazu eben ein paar Tage früher schreiben müßte, wenn wir nicht in fast allen Fällen die Vorschüsse telegraphisch überweisen sollen, und abgesehen von manchem anderen — sind wir mit unseren Mitgliedern eigentlich sehr zufrieden.

Daß diese es auch mit uns sind, beweist die Tatsache, daß ich bei der Kontrolle des ganzen Briefwechsels, den ich persönlich jeden Sonn- und Feiertag selbst vornehme, äußerst wenige Beanstandungen während des ganzen Jahres gefunden habe. Dabei war bei den wenigen Beanstandungen die Schuld fast nie auf unserer Seite, sondern lag irgendwo anders, beim Patienten, beim Postscheckamt, bei einer Bank, oder schließlich auch beim Mitglied selbst.

Die Propagandatätigkeit bestand in der Versendung von 6056 Drucksachen, in der Beantwortung von zahlreichen Anfragen, die an mich persönlich gestellt wurden, in Vorträgen vor dem Aerztlichen Bezirksverein Würzburg-Land und später Schweinfurt, sowie in der Verfassung und Veröffentlichung von verschiedenen Artikeln in mehreren ärztlichen Blättern. Hoffentlich haben wenigstens Sie dieselben alle gelesen!

Auf dem Deutschen Aertztetag in Danzig sowohl wie auf dem Bayer. Aertztetag in Neustadt a. d. H. stellten wir eine Serie von Bildern aus, die das Problem der Verrechnungsstelle illustrierten. Sie haben an beiden Orten guten Anklang gefunden. Auch für den heurigen Aertztetag in Essen haben wir Illustrationen zu dem Thema Verrechnungsstelle zeichnen lassen. Sie werden zunächst dort und dann in Regensburg, beim Bayer. Aertztetag, ausgestellt und hernach zur Propaganda vervielfältigt und verschickt werden. Die Ideen dazu stammen von mir, die Zeichnungen von dem Leiter unserer Aufklärungsabteilung München.

Diese haben wir, wie Sie schon hörten, beibehalten. Sie hat ganz gute Erfolge aufzuweisen. Wenn auch zunächst die Zahl der Beitritte noch nicht enorm groß ist, so ist zu bedenken, daß die Beitritte dieses Jahres aus München nahezu 30 Proz. der Gesamtbeitritte ausmachen und daß ja doch die Hauptaufgabe dieser Abteilung in der Aufklärung über unsere Einrichtung besteht, eine Arbeit, die trotz der vielen Artikel, die bereits über unsere Einrichtung erschienen sind, immer noch äußerst notwendig ist.

Obwohl es, genau genommen, nicht zu diesem Tätigkeitsbericht gehört, sei Ihnen in diesem Zusammenhange doch berichtet, daß der Prozentsatz, der im heurigen Jahre, also seit 1. Januar 1929, bis heute zugetretenen Münchener Aerzte fast 50 Proz. aller Neubeitritte ausmacht. Am meisten beteiligt sind daran die Herren Kollegen aus Haidhausen, die sich eines Tages in großer Zahl mit dem Leiter unserer Aufklärungsabteilung München zusammensetzten und den gemeinsamen Beitritt beschlossen. Vivant sequentes!

Es ist neuerdings beabsichtigt, eine Art „Kundendienst“ einzurichten. Wir wollen durch einen Herrn unseres Büros an den Samstagen und Sonntagen, also außerhalb der Bürozeit, Aerzte, die beigetreten sind, deren eingesandte Listen aber beweisen, daß sie sich noch nicht zurechtgefunden haben und daß sie vor allem unsere Formblätter nicht als Buchführung benützen, besuchen lassen. Bei dieser Gelegenheit sollen, soweit es möglich ist, auch neue Mitglieder geworben werden.

In den letzten Monaten haben wir ein ganz neues

Arbeitsgebiet aufgenommen, den Einzug von Rechnungen für Klinikbetriebe. Veranlaßt wurden wir dazu durch das Ansuchen von Mitgliedern, die Klinik- und Röntgenbetriebe haben. Wir haben zu diesem Zwecke eigene Rechnungsblätter für Kliniken ausgearbeitet und hoffen in diesem Jahre diesen Zweig unserer Tätigkeit besonders erweitern zu können. Die Propaganda für diesen Spezialbetrieb wird erst aufgenommen werden.

An die Versicherungskammer, Abtlg. Aerzteversorgung, führten wir im vergangenen Jahre den Betrag von 136 000 M. ab. Daß unsere Tätigkeit in dieser Beziehung keine ganz nebensächliche und außer acht zu lassende ist, mag die Tatsache beweisen, daß wir seit der Stabilisierung unserer Währung bis heute für unsere Mitglieder an die Bayer. Aerzteversorgung den nicht unbedeutenden Betrag von fast einer halben Million abgeführt haben. Wieviel Arbeit, Zeit und auch Geld wir damit unseren Mitgliedern erspart haben, liegt ohne weiteres auf der Hand.

Es ist wohl überhaupt heute, nachdem unser Verein auf eine doch wirklich ersprießliche Tätigkeit von nahezu 7 Jahren zurückblicken kann, als verwunderlich zu bezeichnen, daß nicht schon längst alle Aerzte sich unserer Einrichtung angeschlossen haben.

Ob das Sprichwort, daß der Prophet im eigenen Vaterlande nichts gilt, in diesem Falle etwas zu Recht kommt, ob die Nachwirkung der seinerzeitigen heftigen Angriffe gegen unsere Idee noch immer in den Köpfen der Aerzte spukt, oder ob die aus vielen Zuschriften deutlich sprechende Angst vor dem Publikum Schuld daran ist — wer weiß da klar zu sehen? Jedenfalls ist die erfreuliche Tatsache zu konstatieren, daß außerhalb Bayerns die Idee auch in diesem Jahre ganz bedeutende Fortschritte gemacht hat. Sicher aber werden wir vom Verein aus uns in unseren Bestrebungen der Aufklärung über unsere Einrichtung und der Propaganda für sie nicht irremachen lassen. Zeigt doch die ständige Aufwärtsentwicklung unseres Vereins, daß ein steter Tropfen auch in Bayern noch einen Stein zu höhlen vermag. Wir können diese Arbeit mit um so besserem Gewissen fortsetzen, als unsere Bestrebungen doch wirklich dem Wohle der Ärzteschaft gewidmet sind.

Bkk. Der Reichsbund der Kinderreichen Deutschlands zum Schutze der Familie E.V.

nahm auf seiner jüngsten fünften Bundestagung in Nürnberg folgende Entschliebung an: Die Ehe ist die Grundlage des Familienlebens und der Erhaltung der Nation, daher bedarf die Ehe und damit die Familie des starken Schutzes der Volksgemeinschaft. Wer die Erfüllung der Ehe in der Familie sieht, muß die Ein- und Dauerehe zu schützen und zu erhalten suchen. Besonders sind heute die kinderreichen Familien gefährdet; ihre Zahl beträgt nur noch ein Zehntel aller Familien. Die dem deutschen Volkscharakter eigene Familienhaftigkeit liegt im modernen Zeitgeiste und in der heutigen rücksichtslosen Wirtschaftsform verschüttet. Wir fordern als unerläßliche Stützen der Familie Wohnung und Arbeit. Ohne Lösung der Wohnungsfrage für unsere Familien wird aller sozialer Dienst am Volke erfolglos bleiben; erstrebenswertes Ziel für die Familie ist das Eigenheim mit Garten.

Nur wenn die wirtschaftlichen Vorteile des Ledigseins und der Kinderlosigkeit zum Teil genommen und den kinderreichen Familien die Nachteile der Belastung durch die Kindererziehung gemildert werden, bleibt die Zukunft unseres deutschen Volkes gesichert. Wir erstreben den Ausgleich der Familienlasten durch staatliche Erziehungsbeihilfen an die kinderreichen Familien aller Stände.

Vereinsnachrichten.

(Originalbericht der Bayerischen Aerztezeitung.)

Kreisverband der ärztlichen Bezirksvereine von Niederbayern.

(Sitzung in Plattling am 28. Mai.)

Der Vorsitzende gedenkt zunächst der drei verstorbenen früheren Kollegen Dr. Hübner (Passau), Dr. Werner (Göggingen) und Dr. Pittinger (Straubing), zu deren Ehren die Versammlung sich von den Sitzen erhebt. Sehr bedauert wurde vom Vorsitzenden das Ausscheiden des Herrn Bezirksarztes Dr. Dorn, der nach Würzburg versetzt wurde. An ihm verlor der Niederbayerische Kreisverband einen im Organisationsleben äußerst tätigen Mitarbeiter.

Im Anschluß an den Bericht des Vorsitzenden über das abgelaufene Jahr entspann sich eine rege Aussprache über die einzelnen Punkte.

Landauer (Dingolfing) erhebt Einspruch gegen die Erhöhung der Beiträge zum Leipziger Verband. Der Vorsitzende begründet die Notwendigkeit dieser Erhöhung, die nicht allein durch die Aufwertung der Nothelferquote bedingt sei, sondern durch eine gewisse Mißwirtschaft bei der Kassenführung.

Bei der Aussprache der allenfallsigen Umgestaltung der Bayerischen Aerzteversorgung beantragt Angerer (Straubing), daß zu dem Referat in der Vorstandschaft der Bayerischen Landesärztekammer durch Herrn Prof. Böhm außer den Mitgliedern der Vorstandschaft auch andere Interessenten als Zuhörer geladen werden sollen.

Bezüglich des Vertrages mit der Landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaft stellt Schmitz den Antrag, zunächst in Niederbayern eigens zu verhandeln, da die zentrale Regelung sich viel zu lange verzögert.

Das Postscheckamt hat bei der beantragten Umschreibung des Kontos der ehemaligen Kreiskammer auf den Kreisverband der ärztlichen Bezirksvereine von Niederbayern außerordentliche Schwierigkeiten gemacht und die Kreisregierung dazu veranlaßt, Statutenvorlage und Wahlprotokoll vom Kreisverband zu verlangen. Satzungen lagen bisher nicht vor und hat deshalb der Vorsitzende solche entworfen, die mit geringen Änderungen einstimmig genehmigt wurden. Die Wahl des Ausschusses war zwar seinerzeit bei der Gründung des Kreisverbandes betätigt, aber im Protokoll einzutragen vergessen worden, deshalb wurde die Wahl neuerdings bestätigt, und zwar: I. Vorsitzender: Dr. Deidesheimer (Passau), II. Vorsitzender: Dr. Schmitz (Abbach), Kassier: Dr. Schraube (Passau), Schriftführer: Dr. Niedermayer (Oberzell).

Zur besseren Ausgestaltung der Planwirtschaft wird beschlossen, daß jeder Kollege von Niederbayern eine eventuell beabsichtigte Veränderung seiner Praxis dem Vorsitzenden des Bezirksvereins und dem des Kreisverbandes mitzuteilen hat.

Der Kassenbericht der zentralen Verrechnungsstelle des Kreisverbandes, der Sterbe- und der Krankenunterstützungskasse wird genehmigt und der Kassenführung der beste Dank des Kreisverbandes ausgesprochen, nachdem die Herren Hummel, Karl und Schraube die Kassen eingehend geprüft und die Entlastung der Kassenführung beantragt haben.

Zu dem Punkt Sterbekasse wird folgender Antrag des Bezirksvereins Deggendorf einstimmig angenommen: Die zentrale Verrechnungsstelle wird beauftragt, an alle jene Aerzte, die der Sterbekasse noch fern stehen, einen eingeschriebenen Brief mit dem Ersuchen um Beitritt zu senden, und zwar unter der Adresse „Herrn und Frau Dr. X.“, damit auch die Frau berechtigt sei, den Brief an sich zu nehmen und zu öffnen und sie dann allenfalls ihren Mann bestimmen kann, der Sterbekasse beizutreten. In der Aufforderung ist auch bekanntzugeben,

daß die Mitglieder der Sterbekasse nicht mehr gewillt sind, den Witwen, deren Männer der Sterbekasse nicht angehört haben, auch nur ausnahmsweise eine Unterstützung zukommen zu lassen. — Der Antrag eines älteren, in Pension lebenden früheren Militärarztes, in die Sterbekasse aufgenommen zu werden, wird mit 5 gegen 2 Stimmen abgelehnt. Auch ein weiterer Antrag um Aufnahme unter Erlaß der seit seiner Niederlassung in Niederbayern fällig gewordenen Beiträge wird nicht genehmigt.

Zu den Statuten der Krankenunterstützungskasse wird zu § 6 folgender Zusatzantrag einstimmig angenommen: Die Krankmeldung hat bei dem Vorsitzenden des zuständigen ärztlichen Bezirksvereins zu erfolgen, die dieser mit einer kurzen Begutachtung an den Leiter der Krankenunterstützungskasse weiterzugeben hat.

Als Beisitzer zum Schiedsamt beim Oberversicherungsamt wurden gewählt: Dr. Deidesheimer (Passau) und Dr. Paintner (Frontenhausen); 1. Stellvertreter: Stapfner (Niederbiehbach) und Dr. Karl (Deggendorf); 2. Stellvertreter: Dr. Mössmer (Landshut) und Jördens (Landshut).

Der Punkt betreff Wahl zum Kreis Ausschuß für Verhandlungen mit den Ersatzkrankenkassen wird, da letztere sich bis jetzt auf die Anschrift noch nicht gerührt haben, zurückgestellt.

Zuletzt berichtet der Vorsitzende noch über die Tagesordnung des diesjährigen Aerztetages und vor allen Dingen über die Verhältnisse im Hartmannbund. Seine Anschauungen, besonders über die in letzterem entstandenen Mängel, welche eine weitgehende Umstellung der Vorstandschaft bedingen, wird einstimmig gebilligt, und wird der Vorsitzende gebeten, auf dem Deutschen Aerztetag im Sinne seiner Ausführungen zu den verschiedenen Punkten der Tagesordnung Stellung zu nehmen.

Aerztlicher Bezirksverein und Aerztlich-wirtschaftlicher Verein E.V., Neustadt a. d. H.

(Mitgliederversammlung in Neustadt a. d. H. am 20. Juni.)

A. Aerztlicher Bezirksverein Neustadt a. d. H.

1. Neu als Pflichtmitglieder wurden aufgenommen: Dr. Harri Enger, ständiger Vertreter von Geheimrat Dr. Bayerdörfer, Neustadt a. d. H.; Dr. Joseph Kohns, Arzt am Röntgeninstitut der Allgem. Ortskrankenkasse Neustadt a. d. H.

2. Der Vorsitzende berichtet über die Sitzung des Ausschusses des Vereins Pfälzer Aerzte vom 5. Mai a. e.:

a) Der Vorschlag auf Nominierung der Kollegen Dr. Bayerdörfer (Neustadt) und Dr. Becker (Speyer) als Vertreter der Aerzte und der Kollegen Dr. Schmalbach (Germersheim) und Dr. Katz (Ludwigshafen) als Stellvertreter zum Schiedsamt beim Oberversicherungsamt Speyer wird von der Versammlung einstimmig gutgeheißen.

b) Die Frage des selbständigen Beitritts des Bezirksvereins Neustadt zum Deutschen Aerztevereinsbund (seither korporativ durch den Verein Pfälzer Aerzte) wird dahingehend gelöst, daß der Verein vom Tage des satzungsgemäßen Ausscheidens des Vereins Pfälzer Aerzte aus dem Deutschen Aerztevereinsbund an selbständiges Mitglied wird.

c) Ein Antrag auf Erhöhung der Sterbefallquote von 10 M. auf 20 M. (und damit Erhöhung des derzeitigen Sterbegeldes auf das Doppelte) wird von der Versammlung abgelehnt.

3. Der Vorsitzende berichtet eingehend über die Bayer. Aerzteversorgung an Hand des „Kurzen Auszugs aus dem Gutachten von Prof. Dr. Böhm“ und an Hand der letzten Artikel in der Bayer. Aerztezeitung

von Direktor Hilger. Er gibt seinen Bedenken gegen das seitherige Rentensystem Ausdruck und verliest verschiedene auf dem diesjährigen Bayerischen Aerztetag zu behandelnde Anträge, die in gemeinsamer Arbeit der Bezirksvereine Neustadt und Pirmasens aufgestellt wurden, wobei er die einzelnen Anträge ausführlich erläutert. Nach eingehender Diskussion, in der sowohl für als auch gegen die Anträge gesprochen wurde, nahm die Versammlung die beantragten Änderungen der Bayerischen Aerzteversorgung mit großer Mehrheit an. Ebenso wurde ein aus der Versammlung heraus gestellter Zusatzantrag, der die gesamte Uebernahme der persönlichen und sachlichen Verwaltungskosten der Aerzteversorgung auf den Staat verlangt, gegen 1 Stimme angenommen.

4. Unter Verschiedenes wurden verschiedene Schreiben verlesen. Beschlossen wurde, hinsichtlich der Gebühren für Gutachten für private Unfallversicherungen folgende Sätze aufzustellen: für kleine Gutachten (Zeitungsversicherungen) mindestens 3 M., für große Gutachten (Unfallversicherungen) mindestens 10 M., für Zusatzkrankenscheine (für Bauarbeiter-, Tischler- usw. Unterstützungen) mindestens 1 M.

B. Aerztlich-wirtschaftlicher Verein.

Infolge der vorgeschrittenen Zeit wurde nur mehr ein Punkt der Tagesordnung, die kommenden Wahlen zum Hartmannbund, behandelt und beschlossen, dem Vertreter des Gau IX des Hartmannbundes, Geheimrat Dr. Maxon (Landau), den Standpunkt des Vereins zur Kenntnisnahme mitzuteilen.

Die weiteren Punkte der Tagesordnung werden einer in Kürze einzuberufenden Abendversammlung des Vereins vorbehalten.

Aerztl. Bezirksverein Neustadt a. d. H.

Dr. Spies, I. Vorsitzender.

Aerztl.-wirtsch. Verein E. V. Neustadt a. d. H.

Dr. Schubert, I. Vorsitzender.

Amtliche Nachrichten.

Dienstesnachricht.

Dem am 1. Juli 1929 wegen Erreichung der Altersgrenze in den dauernden Ruhestand tretenden Oberregierungsrat der Regierung der Oberpfalz, Kammer des Innern, Dr. Otto Stömmel in Regensburg, wurde die Anerkennung seiner vorzüglichen Dienstleistung ausgesprochen.

Vom 16. Juni 1929 an wird der Obermedizinalrat am Landgerichte Nürnberg Dr. Heinrich Knehr in Nürnberg als Mitglied des Kreismedizinalausschusses von Mittelfranken berufen.

Aufruf zum Beitritt in die Paracelsus-Gesellschaft.

Paracelsus ist in den letzten Jahren stark in den Vordergrund gerückt und das mit Recht, denn er hat unserer Zeit, die nach neuem Inhalt drängt, noch viel zu sagen. Jahrhunderte nach seinem Tode, tritt er erst heute ganz in das Bewußtsein seines Volkes ein. Wie er den geistigen Gehalt des Mittelalters noch voll besitzt, so nimmt er weit über die Renaissance hinaus an den Gedanken und Schöpfungen teil, mit denen unsere Zeit sich zu befassen angefangen hat. Selbst Kind einer Epoche der Gärung, die stürmisch und inbrünstig nach Neuem verlangte, findet er heute Gleichgesinnte fast auf allen geistigen Gebieten. Alle, die heute in der Naturerfassung eine neue Tiefe suchen, damit der ganze Mensch wieder wirklich zu Hause sei in Freiheit und

gewollter Neubindung, finden die Wege dazu schon bei Paracelsus geöffnet.

Derart sind die Gesichtspunkte, die die Unterzeichneten veranlassen, eine Paracelsus-Gesellschaft zu gründen, die bestimmt sein soll, auf diesem geistigen Gebiet Vergangenheits- und Gegenwartsinteressen lebendig fruchtbar zu verbinden. Sie soll der weitverzweigten Paracelsusforschung einen Mittelpunkt schaffen; sie systematisch in gemeinschaftlicher Arbeit fördern und alle Freunde der Paracelsischen Gedankenwelt in gegenseitigem Austausch zusammenschließen. Wie Art und Mannigfaltigkeit dieser Gedankenwelt sich vielfach mit den neueren Geistesbestrebungen der Gegenwart berühren, so wird ihre Richtung im geschichtlichen Entwicklungsgang des abendländischen Geistes weiterwirken, wenn die gemeinschaftliche, notwendige Sinndeutung der Zeit nach neuer Lösung drängt und so ein einheitlicher tiefer Unterstrom unserer Vergangenheit wieder an die Oberfläche steigt.

In diesem Sinne bitten wir, der Paracelsus-Gesellschaft beizutreten. Zuschriften sind zu richten an die Geschäftsstelle der Paracelsus-Gesellschaft, München, Glückstraße 8.

Aufrufende Gründungsmitglieder: Bernhard Aschner (Wien), Johannes Bick (Wien), Edgar Dacqué (München), Ernst Darmstädter (München), Paul Diepgen (Freiburg), Hans Ludw. Held (München), Hermann Herrigel (Frankfurt a. M.), H. Hofmann-Montanus (Salzburg), Georg Honigmann (Gießen), Karl Joel (Basel), Hermann Kerscheneiner (München), Karl Kißkalt (München), Richard Koch (Frankfurt), Emil Kolbenhoyer (Tübingen), Edmund v. Lippmann (Halle), Alfons v. Paquet (Frankfurt a. M.), Emanuel Radl (Prag), Robert Reininger (Wien), Eugen Rosenstock (Breslau), Ferdinand Sauerbruch (Berlin), Manfred Schröter (München), Henry Sigerist (Leipzig), Othmar Spann (Wien), Friedrich Strunz (Wien), Karl Sudhoff (Leipzig), Karl Vietor (Gießen), Karl Wolfskehl (München), V. v. Weizsäcker (Heidelberg).

Lehrgang über Wohlfahrtspflege in Kolberg.

Im Ostseebad Kolberg findet vom 1. bis 5. Oktober der 4. Lehrgang über Wohlfahrtspflege in deutschen Kurorten und die Heilwirkungen der deutschen Meere statt. Vom 3. bis 6. Oktober findet das 5. Pommersche Musikfest statt.

Vereinsmitteilungen.

Sterbekasse des Aerztl. Kreisverbandes Oberbayern-Land.

47. Sterbefall.

Herr Obermedizinalrat Dr. Schweinberger, Traunstein, ist gestorben. Das Sterbegeld wurde umgehend überwiesen. Ich bitte die Herren Kassiere der Vereine in Oberbayern-Land, RM. 5.— pro Kopf ihrer Mitglieder einzusenden an die Adresse: Gemeindeparkasse Gauting, Postcheckkonto: München 21827, unter der Mitteilung: Auf Konto Sterbekasse xmal RM. 5.— für 47. Sterbefall. Dr. Graf, Gauting.

Mitteilungen des Münchener Aerztereins für freie Arztwahl.

1. Die Postbeamtenkrankenkasse bittet, die Herren Aerzte zu ersuchen, in Zukunft die Personalien der erkrankten Mitglieder genau anzugeben. Es ist der Name, Vorname, Geburtsdatum und die Mitgliedsnummer des Pflichtversicherten zu vermerken; bei Familienversicherten außerdem, um welches Familienglied es sich handelt; z. B. Ehefrau Maria, Kind Emil usw.

2. Am Dienstag, dem 9. Juli, nachmittags 4.15 Uhr, findet im Sitzungssaal des Münchener Aerztereins für die ab 1. Juli 1929 zur kassenärztlichen Tätigkeit bei den reichsgesetzlichen Krankenkassen zugelassenen Aerzten eine Instruktionsstunde statt, wozu auch die außerordentlichen Mitglieder, welche noch keiner Instruktion angewohnt haben, höflichst eingeladen sind.

3. Zur Aufnahme hat sich gemeldet: Herr Dr. Waldemar Glatzel, Facharzt für innere Medizin, Arcisstraße 15/0.

Mitteilungen des Aerztlichen Bezirksvereins und des Kassenärztlichen Vereins Nürnberg E. V.

1. In der Zeit vom 8. Juli mit 11. August findet eine vom Deutschen Hygienemuseum Dresden mit Unterstützung des Stadtrates Nürnberg veranstaltete Ausstellung „Der Mensch und der Sport“ statt. Diejenigen Herren Kollegen, welche bereit sind, die Ausstellung durch Uebernahme von Führungen zu unterstützen, werden gebeten, sich für Führungen zur Verfügung zu stellen.

2. Herr Dr. Gerhard Woelke hat sich als Mitglied unseres Kassenärztlichen Vereins Nürnberg gemeldet. Nach § 3 Abs. 5 der Satzungen hat jedes Mitglied das Recht, nach Empfang dieser Mitteilung innerhalb zwei Wochen schriftlich Einspruch gegen die Aufnahme zu erheben.

3. Ein Kollege ist bereit, seine Wohnung am Hauptmarkt im I. Stock mit Sprech- und Wartezimmer im Tausche gegen kleinere Wohnung, gleichviel welche Lage, zu vergeben. Näheres auf der Geschäftsstelle.

Deutscher Aerztebund zur Förderung der Leibesübungen (Landesverband Bayern).

Der diesjährige „Sportarztekurs“ findet statt vom 30. September mit 12. Oktober 1929 in der Bayer. Landesturnanstalt. Meldungen bis längstens 1. September 1929 an das Direktorat dieser Anstalt. Ueber die staatlichen Zuschüsse erfolgen erst im Kursus nähere Mitteilungen. Sicher kann mit solchen bei der gespannten Finanzlage des Staates nicht gerechnet werden.

Als Vorträge sind vorgesehen: Wesen und Ziel der körperlichen Erziehung (Prof. Hacker), Geschichtliche Entwicklung der Leibesübungen (Direktor Vogt), Die biologischen Forderungen an die körperliche Erziehung (Prof. Mathias), Konstitution und Sport (Prof. Kaup), Aufgabenkreis des Sportarztes mit Untersuchungsübungen (Universitäts-Sportarzt Astel), Physiologie der Leibesübungen (Privatdozent Kohlrausch, Berlin), Physiologie des Trainings (Geheimrat Hoellmayr), Therapie durch Leibesübungen (Kohlrausch), Sportschäden und Sportunfälle (Prof. Genewein), Anlage und Hygiene der Uebungsstätten (Hacker), Massage im Dienste der Leibesübungen (Astel), die Systeme der körperlichen Erziehung (Vogt), Schrifttum der Leibesübungen (Vogl), Verbandswesen, Organisation (Hoellmayr), Befreiung vom Turnunterricht (Hacker und Hoellmayr), Jugendbewegung und Jugendpflege (Vogl), Aussprachen!

An praktischen Uebungen werden getrieben: Allgemeine körperliche Grundschule, täglich 1/2 Stunde. Einführung in die Betriebsweise der Hauptgebiete der volkstümlichen Uebungen, Geräteturnen, Spiele und Schwimmen. Einführung in die Betriebsweise der Sondergebiete: Boxen, Jiu-Jitsu, Ringen, Rhythmische Gymnastik, Massageübungen. Besuche von Turn- und Sportvereinen.

Stundenzahl: Theorie 32, Praxis 40 Stunden.

J. A.: Der Vorsitzende des Landesverbandes Bayern:
Geh. San.-Rat Dr. Hoellmayr.

Programm des 34. Fortbildungskursus der Wiener medizinischen Fakultät.

Die Wiener medizinische Fakultät veranstaltet in der Zeit vom 30. September bis 13. Oktober 1929 von 9—1/2 Uhr vormittags und von 4—6 Uhr nachmittags einen Kursus: Fortbildungskursus über die wichtigsten medizinischen Zeitfragen unter besonderer Berücksichtigung der Therapie (Landärztekursus) mit einer Seminarwoche vom 14.—19. Oktober d. J.

Abhaltung eines Tuberkulosefortbildungskursus in Scheidegg.

In der Prinzregent-Luitpold-Kinderheilstätte bei Scheidegg im Allgäu findet unter Leitung von Direktor Dr. Klare in der Zeit vom 2.—7. September 1929 der 10. ärztliche Fortbildungskursus über die Diagnose und Therapie der Tuberkulose mit besonderer Berücksichtigung der kindlichen Tuberkulose statt. Anmeldungen für die Teilnahme an diesem Kursus wollen an die Heilstätte Scheidegg gerichtet werden.

Die Landesversicherungsanstalt Oberbayern in München, Holbeinstraße 11, ist bereit, wie im vorigen Jahre auf Ansuchen den im öffentlichen Fürsorgedienst (Kinder- und Lungenfürsorge) stehenden Aerzten in Oberbayern für die Teilnahme an diesem Fortbildungskursus eine Beihilfe — je nach den Gesamtkosten des Kursusteilnehmers bis zu 80 RM. — zu gewähren. Gesuche sind an die Landesversicherungsanstalt zu richten.

Bücherschau.

Kranker und Arzt. Von Dr. med. Viktor von Weizsäcker, a.o. Prof. an der Universität Heidelberg. Berlin 1929. Junker u. Dünnhaupt Verlag. Geh. M. 1.30.

Der vorliegende Vortrag wurde auf der Tagung der Deutschen Philosophischen Gesellschaft 1928 in Leipzig gehalten. Es ist ausserordentlich erfreulich, dass sich nunmehr auch die Philosophie mit den aktuellen Fragen des ärztlichen Standes und dessen Abhängigkeit von den verschiedenen öffentlichen Körperschaften, Versicherungsträgern usw. beschäftigt. Unaufhaltsam wird die bürgerlich-private Form des Arztes zurückgedrängt, nicht nur durch seine sogen. Proletarisierung, als vielmehr durch sein neues Rechtsverhältnis zum Kranken. Aus dem freien Uebereinkommen wird die Erfüllung eines Gesetzes oder Vertrages. Es zeigt sich bei diesem Vortrag wieder, dass wir Aerzte die beste Unterstützung und Hilfe von seiten der Philosophie erwarten können, während die Verwaltungsjuristen bedauerlicherweise sich meist gegen uns und unsere vitalsten Interessen stellen. Dieser Vortrag sollte auch in Aerztekreisen weiteste Verbreitung finden.

Scholl.

Technik der Knochenbruchbehandlung. Von Dr. Lorenz Böhler, Unfallkrankenhaus Wien. Mit 234 Abb. Verlag von Wilhelm Maudrich, Wien. 1929. 176 S. Preis geb. M. 15.—.

Ein in bezug auf Darstellung, Einteilung und Ausstattung hervorragend schönes Buch! In demselben gelangt eine 19 Jahre umfassende Erfahrung zum Wort. In einem allgemeinen Teil werden unter anderem die Grundgesetze der Knochenbruchbehandlung besprochen — die funktionelle, d. h. die auf möglichst baldige Gebrauchsfähigkeit abzielende Behandlung — also vor allem die Vermeidung von Gefahren in dieser Richtung — der Einfluss des Alters und der Konstitution — die Schmerz ver-

hütenden Massnahmen — Verfasser arbeitet viel mit lokaler Umspritzung oder Leitungsbetäubung, nie mit allgemeiner Betäubung, und beschreibt seine Technik — die Bekämpfung der Pseudarthrosen und verzögerten Kallusbildung und die durchweg nicht günstigen Erfolge der von ihm abgelehnten operativen Behandlung der Knochenbrüche.

In einem zweiten besonderen Teil werden unter Veranschaulichung durch sehr viel Abbildungen die Eigenarten der Knochenbrüche an den einzelnen Körperteilen und ihre Behandlung dargestellt.

Im wesentlichen ist diese Darstellung auf die Mittel, welche ein wohleingerichtetes Krankenhaus zu bieten vermag, eingestellt, aber auch der praktische Arzt, insbesondere der Landarzt, wird im Bereich der von ihm zu bewältigenden Aufgaben viel Wertvolles erfahren.

Neger, München.

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

Für die Inserate: Adolf Dohn, München.

Zur gefl. Beachtung!

Der Gesamtauflage der heutigen Ausgabe liegt ein Prospekt der Firma I. G. Farbenindustrie A.-G., Leverkusen a. Rh., über »Eldoform« und ein Prospekt über die Kur- und Heilstätten der Rheinpfalz bei.

Wir empfehlen diese Beilagen der besonderen Beachtung unserer Leser.

NOVOPIN NERVBRANTWEIN

die alkoholische Abreibung Kat exochen

Wirkung: Perspiration u. Blutcirculation fördernd durch den Hautreiz erfrischend u. das subjective Wohlbefinden steigernd.

Indicationen: Vasomotorische - neuralgische - rheumatoide - klimakterische Beschwerden bei Herzneurosen u. in der Reconvaleszenz.

Bei den meisten Krankenkassen zugelassen.

Muster u. Literatur bereitwilligst.

K.P. Mk. 1,65

NOVOPIN-FABRIK Bln.S.O.16

Anginasin

D. R. Wz.

Spezifikum gegen Angina

Preis Mk. 1.50 in den Apotheken

Johann G. W. Opfermann, Köln 64.

Staats-  Quelle

Nieder-Selters

Das natürliche Selters

Altbekanntes und bewährtes Heilmittel bei Erkrankungen der Atmungsorgane und des Halses. — Linderungsmittel für Brustkranke. **Ausführliche Brunnenschriften kostenlos durch das Zentralbüro Nieder-Selters, Berlin W 8, Wilhelmstrasse 55.**

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

Bayerische Ärztezeitung

◀ BAYERISCHES ÄRZTLICHES CORRESPONDENZBLATT ▶

Herausgegeben von Geh. Medizinalrat Prof. Dr. H. Kerschesteiner, München, Geh. Sanitätsrat Dr. A. Stauder, Nürnberg, und Sanitätsrat Dr. H. Scholl, München.

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 NO3, Wurzerstr. 1 b, Tel. 20443, Postscheckkonto 1161 München.

Die „Bayerische Aerztezeitung“ erscheint jeden Samstag. Bezugspreis vierteljährlich 4 Mark. — Anzeigen kosten für die 6 gespaltene Millimeterzeile 15 Goldpfennige. — Alleinige Anzeigen- und Beilagen-Annahme: ALA Anzeigen-Aktiengesellschaft in Interessengemeinschaft mit Haasenstein & Vogler A.-G. Daube & Co. G. m. b. H. München, Berlin und Filialen.

Nr. 28.

München, 13. Juli 1929.

XXXII. Jahrgang.

Inhalt: Beitrag zur Bayerischen Aerzteversorgung für das 2. Vierteljahr 1929. — Leichenschau. — Das neue bayerische Kassenarztrecht. — Mitgliederversammlung des Verbandes der Bayerischen Betriebskrankenkassen in Würzburg. — Zur Bayerischen Aerzteversorgung. — Das alte bayerische Schuljahr. — Dr. med. Wanschel, München. — Vereinsnachrichten: Vereinigung der praktischen Aerzte Münchens; Aerztlicher Bezirksverein München-Stadt (Mitgliederversammlung); Aerztlicher Bezirksverein Hof; Aerztlicher Bezirksverein und Aerztlich-wirtschaftlicher Verein Fürth. — Bücherschau.

Beitrag zur Bayerischen Aerzteversorgung für das 2. Vierteljahr 1929.

Der Beitrag für das II. Vierteljahr 1929 (1. April bis 30. Juni) beträgt 7 Proz. des tatsächlich erzielten reinen Berufseinkommens (Gesamteinkommen nach Abzug von durchschnittlich 30—40 Proz. Werbeunkosten).

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

Der Betrag ist bis 15. August 1929 auf das Postscheckkonto München Nr. 5666 „Versicherungskammer (Aerzteversorgung)“ zu überweisen.

München, 5. Juli 1929.

Versicherungskammer,
Abteilung für Aerzteversorgung.
I. A.: Direktor Hilger.

Bekanntmachung.

Verordnung des Staatsministeriums d. Innern v. 3. Juli 1929 Nr. 5356 a 6 über die **Leichenschau**.

A. Die Verordnung vom 3. März 1924 Nr. 5356 a 7 (GVBl. S. 77) wird mit Wirkung vom 1. August 1929 abgeändert wie folgt:

- I. „Der Gebührensatz unter Ziff. I 1 und 2 a beträgt 4.— RM.“
- II. „Der Gebührensatz unter Ziff. II 1 und 2 a beträgt 2.— RM.“
- III. In Absatz III wird als zweiter Satz beigefügt:
„Ist die Leichenschau bei Nacht vorzunehmen, so darf ein Zuschlag von 50 v. H. zum gewöhnlichen Gebührensatz (ohne Entfernungsgebühr) berechnet werden.“

B. Die Verordnung vom 11. Juli 1925 Nr. 5356 a 4 (StAnz. Nr. 159) wird mit Wirkung vom 1. August 1929 aufgehoben.

Das neue bayerische Kassenarztrecht.

Von Dr. Jäger, Direktor des Städtischen Versicherungsamtes München.

Nachdem der Reichsausschuß für Aerzte und Krankenkassen bereits im Jahre 1928 das gesamte Kassenarztrecht, soweit seine Bildung ihm durch das Gesetz übertragen ist, einer Ueberarbeitung unterzogen hat, deren Veröffentlichung mit Beschlüssen vom 14. November 1928 erfolgt ist, sah sich auch der Landesausschuß für Aerzte und Krankenkassen in Bayern gezwungen, das geltende bayerische Recht entsprechend neu zu bearbeiten. Als Ergebnis der einschlägigen Beratungen liegt auf Grund von Beschlüssen vom 24. April und 12. Juni 1929 vor:

1. eine neue Vertragsausschußordnung,
2. eine neue Zulassungsordnung,
3. Vertragsrichtlinien, die an Stelle des bisherigen Kassenärztl. Landesverbandes für Bayern (KLB.) getreten sind.

Das neue bayerische Recht geht grundsätzlich davon aus, die bayerischen Bestimmungen möglichst den geltenden Reichsbestimmungen anzugleichen und nur dort Abweichungen vorzunehmen, wo sie auf Grund besonderer bayerischer Verhältnisse geboten waren. Inhalt und Umfang der einschlägigen neuen Bestimmungen decken sich daher in weitgehendem Maße mit dem Reichsrecht. Das ist sehr zu begrüßen, da auf diesem Wege manches bisherige Sonderrecht, das von den beteiligten Kreisen als nicht zweckentsprechend empfunden wurde, beseitigt worden ist.

A. Die neue Vertragsausschußordnung.

Verhältnismäßig die wenigsten Aenderungen sowohl gegenüber dem bisherigen Rechtszustand wie gegenüber dem Reichsrecht hat die Vertragsausschußordnung erfahren. Wie bisher ist für den Bezirk jedes Versicherungsamtes ein Vertragsausschuß zu bilden, dessen gesamte Angelegenheiten durch das Versicherungsamt er-

ledigt werden (Artikel 1, 3). Zweck des Vertragsausschusses ist es, Verträge zwischen den Aerzten oder deren Organisationen und den Krankenkassen oder deren Organisationen seines Bezirkes herbeizuführen (Art. 2).

Der Vertragsausschuß setzt sich aus je 3 Kassenvertretern und 3 Aerztevertretern zusammen (Art. 4). Während im Reiche bereits die Eintragung eines Arztes in das Arztregister zur Mitgliedschaft im Vertragsausschuß berechtigt, ist in Bayern die Mitgliedschaft auf die zugelassenen Aerzte beschränkt. Der Grund hierzu ist darin zu suchen, daß über den abzuschließenden Vertrag nur diejenigen Aerzte bestimmen sollen, welche bereits selbst in der Kassenpraxis stehen. Diese Aenderung gegenüber dem Reichsrechte führte zur Streichung der reichsrechtlichen Bestimmung, daß unter den Aerztevertretern die zur Kassenpraxis zugelassenen Aerzte in der Mehrheit sein müssen. Desgleichen mußte bei den Vorschriften über die Wahl der Vertreter (Artikel 5) eine entsprechende Aenderung in Abs. 2 vorgenommen werden. Aus Zweckmäßigkeitsgründen wurde hier auch der einschlägige Abs. 5, der im Reiche den Erlaß einer Wahlordnung dem Oberversicherungsamt überläßt, dahin geändert, daß die oberste Verwaltungsbehörde, d. i. das Staatsministerium für Landwirtschaft und Arbeit (Abteilung Arbeit) die Wahlordnung erläßt. Zweckmäßigkeitsgründe haben ferner dahin geführt, durch eine Interpretation zu Art. 4 klarzustellen, welche Einwirkung das Ausscheiden von Vorstandsmitgliedern oder Angestellten der Krankenkassen sowie von Angestellten der Aerzte aus ihrem Hauptamte auf ihre Mitgliedschaft im Vertragsausschuß (und auch im Zulassungsausschuß) ausübt. Es wurde festgelegt, daß die Vorstandsmitglieder der Krankenkassen, wenn sie nicht wieder gewählt werden oder wenn sie durch Enthebung nach § 24 Abs. 1 Nr. 4 RVO. aus dem Vorstand ausscheiden, mit diesem Zeitpunkte auch aus dem Vertragsausschuß (Zulassungsausschuß) ausscheiden und daß Gleiches entsprechend für die Angestellten der Krankenkassen und für die der Aerzte gilt.

Unter den in Art. 6 genannten Voraussetzungen (kein Zustandekommen der Wahl, Ausscheiden der Gewählten ohne Ersatz) nimmt der Vorsitzende des Versicherungsamts die Aufgaben des Vertragsausschusses wahr. Der Vertragsausschuß selbst muß schriftlich angerufen werden, wobei bei Einreichung eines Schriftsatzes für jede Gegenpartei eine Abschrift beizulegen ist (Art. 7 Abs. 1 Nr. 3); vor dem Vertragsausschuß wird in öffentlicher Sitzung, über deren Inhalt Schweigepflicht zu bewahren ist (Art. 10), mündlich verhandelt (Art. 7 Abs. 2). Der Vertragsausschuß selbst ist beschlußfähig, wenn nur 2 Vertreter von jeder Seite anwesend sind; im Interesse der jeweils am Vertragsabschluß beteiligten Kasse treten bei der Verhandlung über ihren Vertrag auf ihren Wunsch besondere Vertreter dieser Kasse in den Vertragsausschuß ein (Art. 8). Die Verhandlungen des Vertragsausschusses leitet abwechselnd ein Vertreter der Kassen und der Aerzte; die Kosten des Vertragsausschusses tragen die Beteiligten, soweit nicht etwa nach § 59 RVO. die Kosten als solche der Geschäftsführung dem Versicherungsamt zur Last fallen (Interpretation 2 zu Art. 8).

Die Vorschriften über das Verfahren bei Beschlus unfähigkeit (Art. 9), über die Fertigung einer Niederschrift, die beim Versicherungsamt aufzubewahren ist, und über die Feststellung des Ergebnisses der Verhandlung (Art. 11) entsprechen dem Reichsrecht.

In Art. 12 ist festgelegt, daß die Vertragsausschußordnung mit dem Tage der Verkündung im Staats-Anzeiger in Kraft tritt. Dies war der 18. Mai 1929, an welchem Tage in Nr. 114 des Staats-Anzeigers die Vertragsausschußordnung insoweit veröffentlicht worden ist, als ihre Abweichungen vom Reichsrecht bekannt-

gegeben wurden. Von diesem Tage ab sind auch die bisherigen Vertragsausschußbestimmungen aufgehoben worden. Auf alle schwebenden Verfahren hat das neue Recht Anwendung zu finden.

B. Die Zulassungsordnung.

Die Zulassungsordnung stellt sowohl im Reichsrecht wie im neuen bayerischen Landesrecht das umfangreichste der drei neuen Gesetzgebungswerke dar. Sie hat im bayerischen Rechte nicht nur den Zweck verfolgt, sich möglichst dem Reichsrecht anzugleichen, sondern darüber hinaus durch Aufnahme aller im KLB. enthaltenen Zulassungsfragen berührenden Abschnitte dem KLB. zu einem Werke zu machen, das praktisch ebenso wie die Vertragsrichtlinien des Reiches nur mehr Vertragsrechte enthält. Wir finden daher in der Zulassungsordnung verschiedentlich in den vom Reichsrechte abweichenden Bestimmungen nicht neues Recht, sondern lediglich aus dem KLB. übernommenes altes Recht.

I. Allgemeines.

Die §§ 1 mit 7 enthalten allgemeine Vorschriften. Sie legen zunächst fest (§ 1), daß unter Kassen die reichsgesetzlichen Krankenkassen, das sind Orts-, Land-, Betriebs- und Innungskrankenkassen (also nicht die Ersatzkassen) zu verstehen sind, daß als Aerzte alle im Deutschen Reiche approbierten Aerzte und die im Ausland approbierten Aerzte gelten, die auf Grund zwischenstaatlicher Vereinbarungen den ersteren gleichstehen, daß man unter Zulassung die Anerkennung des Anspruchs auf Abschluß eines Vertrages über die Ausübung der Kassenpraxis versteht, und daß Kassenarzt jeder zur Ausübung der Kassenpraxis zugelassene und hierzu durch Vertrag mit der Kasse verpflichtete Arzt ist.

Die Ausübung der Kassenpraxis steht grundsätzlich nur Kassenärzten zu (§ 2). Die Zulassung hierzu kann nur erfolgen, wenn der Arzt im Arztregister eingetragen ist (§ 3). Die Entscheidung über die Zulassung obliegt dem Zulassungsausschuß in einem besonderen Verfahren (§ 4). Die Zulassung beginnt grundsätzlich erst mit dem Tage, an welchem die Entscheidung, welche die Zulassung ausspricht, rechtskräftig wird (§ 5 Abs. 1). Sie endet (§ 5 Abs. 2) mit dem Tode des Arztes, seiner Streichung aus dem Arztregister oder mit der Weigerung, einen Dienstvertrag mit der Kasse abzuschließen. Letzterer Voraussetzung steht dort, wo der Vertrag lediglich durch Unterzeichnung eines Verpflichtungsscheines erfolgt, die Weigerung gleich, diesen Verpflichtungsschein anzuerkennen.

Das Reichsrecht kennt eine Aufhebung der Zulassung zur Kassenpraxis, wenn eine so wesentliche Aenderung der Umstände, die für die Zulassung des Arztes maßgebend waren, eintritt, daß der Kasse die weitere Zulassung des Arztes nicht mehr zugemutet werden kann. Diese Bestimmung ist in § 6 Abs. 1 übernommen. Die Bestimmung dürfte in der Praxis noch zu manchen Schwierigkeiten Anlaß geben, da über die Frage, was eine „wesentliche Aenderung der für die Zulassung maßgebenden Umstände“ ist, wohl ziemlich oft Streit entstehen wird. Zu beachten ist, daß es sich um eine ausgesprochene Schutzvorschrift zugunsten der Krankenkassen handelt, daß also etwaige Interessen des Arztes hinter derjenigen der Krankenkasse zurücktreten müssen.

In den dem Reichsrechte unbekanntem Absätzen 2 mit 7 des § 6 finden wir nun die bisher in § 2 KLB. enthaltenen Vorschriften über den Ausschluß und die Sperrung der Kassenpraxis in entsprechender Anpassung an das neue Recht.

II. Das Arztregister.

Das Arztregister wird wie bisher für den Bezirk jedes Versicherungsamtes und bei diesem geführt (§ 8). Wer in das Arztregister eingetragen werden will, muß einen diesbezüglichen Antrag schriftlich oder mündlich an das Versicherungsamt stellen, bei dem das Arztregister geführt wird (§ 9 Abs. 1, § 15). Die Voraussetzungen für die Eintragung in das Arztregister sind gegenüber dem bisherigen Rechte wesentlich geändert. Es können nur mehr deutsche Reichsangehörige eingetragen werden. Wie bisher ist der Besitz der bürgerlichen Ehrenrechte sowie das Vorliegen von Geschäftsfähigkeit und von keiner Beschränkung der Geschäftsfähigkeit erforderlich. Die bisherige Vorschrift des § 1 Abs. 3 lit. b KLB., wonach ein Arzt, dem in einem Strafverfahren wiederholt der Schutz des § 51 RStGB. zubilligt wurde, von der Zulassung ausgeschlossen ist, ist nunmehr zu einer Voraussetzung für die Nichteintragung in das Arztregister gemacht und dahin verschärft worden, daß bereits die einmalige Zubilligung dieses Schutzes zur Nichteintragung genügt. Im Gegensatz zum Reichsrecht, das für die Eintragung in das Arztregister die vollzogene Niederlassung fordert, hält das bayerische Recht weiterhin daran fest, daß für die Eintragung die amtliche Anmeldung zur Niederlassung genügt.

In Übereinstimmung mit dem bisherigen Reichsrechte ist nun in Bayern der grundsätzliche Ausschluß der Volontär- oder Assistenzärzte von der Eintragung in das Arztregister am Orte ihrer Tätigkeit gefallen. Dagegen ist die Reichsbestimmung (§ 12 RZO.), wonach diejenigen Assistenz- oder Volontärärzte, die nicht auf Grund ihres Anstellungsvertrages eigene Praxis ausüben dürfen, oder die infolge ihrer Beschäftigung an der Ausübung eigener Praxis tatsächlich verhindert sind, nicht in das Arztregister eingetragen werden können, nicht übernommen worden. Maßgebend war hierfür der Grund, daß in verschiedenen Städten die Assistenten der staatlichen Anstalten anders gestellt sind als diejenigen der städtischen und privaten Anstalten und daß der Landesauschuß den Standpunkt vertrat, sämtliche Assistenten nach einheitlichen Grundsätzen zu behandeln. Volontär- und Assistenzärzte können sich daher in gleicher Weise in das Arztregister eintragen lassen wie freipraktizierende Aerzte. Ausgeschlossen bleibt aber, wie bisher, ihre Zulassung zur Kassenpraxis (vergleiche § 43).

Die Eintragung in das Arztregister kann nur in dem Bezirke erfolgen, in welchem der Arzt zugelassen zu werden wünscht, und in dem an diesen Bezirk angrenzenden Arztregisterbezirk. Die Eintragung in mehrere andere Bezirke ist unzulässig und bedingt die Nichtigkeit sämtlicher Eintragungen. Eine Ausnahme hiervon gilt nur in zwei Fällen: Einmal, wenn die Eintragung in einem zweiten Bezirk zum Zwecke der Bewerbung um eine dort frei gewordene Arztstelle erfolgt, und dann im Falle des Praxistauses; in diesem letzteren Falle kann die Eintragung bereits erfolgen, wenn der tauschende Arzt durch eine Bescheinigung des zuständigen Versicherungsamtes nachweist, daß er einen Antrag auf Streichung in dem Arztregister des bisherigen Bezirkes für den Zeitpunkt des Praxistauses gestellt hat (§ 9 Abs. 3, 4).

Mit dem Eintragungsantrag muß auch angegeben werden, ob die beabsichtigte Praxis auf ein bestimmtes ärztliches Fach beschränkt wird. Dabei dürfen als Fachärzte nur solche Aerzte eingetragen werden, welche die durch die Facharztbestimmungen des Landesauschusses für Aerzte und Krankenkassen, d. i. durch den Beschluß vom 17. April 1926 vorgeschriebenen Voraussetzungen, das sind im wesentlichen die Bestimmun-

gen der sogenannten Bremer Richtlinien, erfüllen. Die mit der Führung des Arztregisters betraute Behörde hat sich hierüber mit der kassenärztlichen Organisation zu benehmen.

Der Zeitpunkt der Eintragung in das Arztregister bestimmt die Reihenfolge der Eintragungen und ist daher von gewisser Bedeutung für die Zulassung (§ 12).

Die Streichung aus dem Arztregister erfolgt:

1. auf Antrag des Arztes (§ 13 Abs. 1),
2. auf Antrag der Kasse (§ 14),
3. von Amts wegen (§ 13 Abs. 2).

Von Amts wegen tritt die Streichung nur beim Tode des Arztes, beim Verzug aus dem Arztregisterbezirk, bei Wegfall der Voraussetzungen für die Eintragung und bei rechtskräftiger Ablehnung des Praxistauses ein. Die bisher zu einer Streichung von Amts wegen führenden Gründe, d. h. die nach der Zulassung ohne wichtigen Grund dreimal erfolgte Ablehnung des Abschlusses eines Dienstvertrages, die Niederlegung der Kassenpraxis oder die Nichtausübung derselben berechtigen nunmehr nur zu einer Streichung auf Antrag der Kasse. Dabei ist allerdings zu beachten, daß gegenüber dem bisherigen Recht die Nichtausübung der Kassenpraxis ohne wichtigen Grund gegenüber der bisherigen Dauer von einem Jahre auf einen Zeitraum von sechs Monaten beschränkt worden ist. Auf Antrag der Kasse erfolgt weiterhin die Streichung, wenn rechtskräftig festgestellt ist, daß in der Person des Kassenarztes ein wichtiger Grund zur Kündigung des Dienstvertrages nach § 626 BGB. vorliegt.

Die sämtlichen Verfügungen über Eintragungen und Streichungen im Arztregister werden durch den Vorsitzenden des Versicherungsamtes getroffen. Sie werden den Beteiligten zugestellt, die binnen einer Woche die Entscheidung des Zulassungsausschusses anrufen können (§ 16). Aerzten und Kassen sowie ihren Organisationen steht wie bisher jederzeitige Einsicht in das Arztregister offen (§ 17).

III. Der Zulassungsausschuß.

Für jeden Arztregisterbezirk wird bei dem das Arztregister führenden Versicherungsamt ein Zulassungsausschuß errichtet. Zuschriften an den Zulassungsausschuß gehen unter der Anschrift des Versicherungsamtes (§ 18). Vorsitzender des Zulassungsausschusses ist grundsätzlich der Vorsitzende des Versicherungsamtes (§ 19), jedoch mit der Maßgabe, daß er in den Fragen der Zulassung zur Kassenpraxis nicht tätig wird (§ 36 Abs. 1 Satz 1). Hier führt den Vorsitz abwechselnd ein Vertreter der Kassen oder der Aerzte; der Vorsitzende des Versicherungsamtes kann lediglich mit beratender Stimme im Einverständnis beider Gruppen zugezogen werden (§ 36 Abs. 1 Satz 2, 3). Unter dem Vorsitz des Vorsitzenden des Versicherungsamtes wird in Zulassungsfragen nur dann verhandelt, wenn sich bei der Abstimmung keine Einigung oder Stimmengleichheit ergibt (§ 36 Abs. 2 Satz 2). Die neue Sitzung kann dann in unmittelbarem Anschluß an die erste Sitzung erfolgen.

Mit Ausnahme der ausschließlichen Zulassungsfälle besteht der Zulassungsausschuß aus dem Vorsitzenden des Versicherungsamtes und je 3 Vertretern der Kassen und der Aerzte. Hier können als Vertreter der Aerzte auch die im Arztregister eingetragenen Aerzte gewählt werden, jedoch müssen die zur Kassenpraxis zugelassenen Aerzte in der Mehrheit sein (§ 20). Im Gegensatz zum bisherigen Recht erfolgt künftighin die Wahl der Vertreter nicht nur der Krankenkassen, sondern auch der Aerzte nach den Grundsätzen der Verhältniswahl mit gebundenen Listen unter Leitung des Vorsitzenden des Versicherungsamtes. Die Kasse und die im Arztregister eingetragenen Aerzte bilden hierbei je eine Wahlver-

einigung. Die Wahl selbst erfolgt auf fünf Jahre nach einer Wahlordnung, die im Gegensatz zum Reiche nicht das Oberversicherungsamt, sondern die oberste Verwaltungsbehörde, d. i. hier das Staatsministerium für Landwirtschaft und Arbeit (Abteilung Arbeit) erläßt (§ 21). In den Fällen des § 22 (Nichtzustandekommen einer Wahl, Ausscheiden der Gewählten ohne Ersatz) nimmt der Vorsitzende des Versicherungsamtes die Aufgaben des Zulassungsausschusses wahr.

In die Zuständigkeit des Zulassungsausschusses fallen (§ 23):

1. Unter Vorsitz des Vorsitzenden des Versicherungsamtes:
 - a) sämtliche gegen Verfügungen des Versicherungsamtes, welche das Arztregister betreffen (Eintragungen, §§ 9, 10; Vermerke, § 11; Streichungen, §§ 13, 14) eingelegten Beschwerden;
 - b) die Entscheidungen über Aufhebung und Sperrung der Zulassung (§ 6);
 - c) die zweimalige Verhandlung in Zulassungsfragen, falls in der erstmaligen Verhandlung keine Einigung erzielt wird oder sich Stimmgleichheit ergibt (§ 36 Abs. 2);
2. ohne Vorsitz des Vorsitzenden des Versicherungsamtes:
 - a) die erstmalige Verhandlung über Anträge auf Zulassung (§ 36 Abs. 1);
 - b) die Genehmigung des Praxistausches (§ 53);
 - c) die Einteilung des Arztregisterbezirkes in Versorgungsbezirke (§ 45 Abs. 3 Satz 4 ZO.);
 - d) die Entscheidung in Streitigkeiten über das Bestehen oder Nichtbestehen einer Zulassung (§ 23 Satz 2).
3. Die nach etwaigen sonstigen Vorschriften des Landesausschusses für Aerzte und Krankenkassen dem Zulassungsausschuß vorbehaltenen Fälle (§ 23) werden je nach der über die Zuständigkeit getroffenen Bestimmung in der Besetzung mit oder ohne den Vorsitzenden des Versicherungsamtes entschieden.

IV. Das Verfahren vor dem Zulassungsausschuß.

1. Allgemeines.

Bei Beschwerden, welche sich gegen Verfügungen des Vorsitzenden des Versicherungsamtes über Eintragung in das Arztregister richten, ist zuständig der Zulassungsausschuß für den Bezirk des Arztregisters, auf das sich die angefochtene Verfügung bezieht. In allen anderen Fragen ist zuständig der Zulassungsausschuß für den Bezirk des Arztregisters, in dem der betreffende Arzt eingetragen ist (§ 24 Abs. 1, 2). Die Zulassung selbst kann nur für solche Kassen ausgesprochen werden, die im Bezirke des Zulassungsausschusses ihren Sitz haben (§ 24 Abs. 3). Die Reichsbestimmung, wonach der Zulassungsausschuß für Kassen des angrenzenden Bezirkes die Zulassung für diejenigen Versicherten dieser Kassen aussprechen kann, die in seinem Bezirke wohnen, ist nicht übernommen worden. Der Grund liegt darin, daß die bisherige Bestimmung des § 8 Ziff. 10 KLB. über die bezirksfremden Aerzte, d. i. über die Behandlung der Mitglieder solcher Krankenkassen, mit denen die Aerzte in keinem Vertragsverhältnis stehen, wenn auch mit einigen Aenderungen, so doch dem wesentlichen Inhalte nach auch in den Vertragsrichtlinien beibehalten wurde.

Der Zulassungsausschuß, der wie bisher mindestens alle Vierteljahre zusammenzutreten hat (§ 25), ist bereits beschlußfähig, wenn nur je 2 Vertreter der Kassen und Aerzte anwesend sind (§ 26). Er entscheidet nur solche Fälle, hinsichtlich deren ein Antrag beim

Versicherungsamt schriftlich oder mündlich unter Beifügung der Beweismittel gestellt ist (§ 27). Das Verfahren vor dem Zulassungsausschuß im einzelnen ist nun genauer geregelt. Der Vorsitzende des Versicherungsamtes bestimmt den Zeitpunkt der Verhandlung; er ladet die Parteien und die Mitglieder des Zulassungsausschusses. Die Ladung soll wenigstens eine Woche vor der mündlichen Verhandlung erfolgen (§ 28). Die für die Verhandlung notwendigen Vorgänge sind beizuziehen; Auskunftspersonen sind zu laden, sofern Auskünfte und Gutachten nicht schriftlich eingeholt werden (§ 29). Die Verhandlung leitet der Vorsitzende, der nach dem Aufruf der Sache eine Darstellung des Sachverhalts gibt und für die Aufrechterhaltung der Ordnung zu sorgen hat. Die Verhandlung ist mündlich, aber nicht öffentlich. Ueber den Hergang der Beratung und das Stimmverhältnis besteht Schweigepflicht, sofern nicht der Zulassungsausschuß einstimmig hiervon absieht (§ 30). Die Entscheidung des Zulassungsausschusses, bei der von beiden Seiten immer nur die gleiche Anzahl von Vertretern mitwirken darf, ergeht nach freiem Ermessen unter Bindung an den Arztvertrag und die Zulassungsgrundsätze, im Rahmen der Anträge der Parteien und mit einfacher Stimmenmehrheit, falls es nicht gelingt, unter den Parteien eine Einigung herbeizuführen (§ 31). Ist der Ausschuß nicht beschlußfähig, so muß eine zweite Sitzung anberaumt werden, in der ohne Rücksicht auf die Zahl der Erschienenen entschieden wird. Das Ergebnis der Verhandlung muß in einem Beschlusse zusammengefaßt werden, der, mit Gründen versehen, den Parteien zuzustellen ist (§§ 32, 33). Ueber jede Sitzung ist eine Niederschrift zu fertigen, die beim Versicherungsamt aufbewahrt wird (§ 34).

2. Besonderes für das Verfahren bei Anträgen auf Zulassung.

Ein Antrag auf Zulassung kann nur von einem in das Arztregister eingetragenen Arzt oder von einer Kasse gestellt werden (§ 35). Der Antrag des Arztes kann gleichzeitig mit dem Antrag auf Eintrag in das Arztregister verbunden oder erst später gestellt werden. Ob die Aerzte, welche Antrag auf Zulassung gestellt haben, zur Verhandlung geladen werden, ist dem Vorsitzenden des Versicherungsamtes überlassen; regelmäßig soll dies geschehen (§ 28 Satz 3). Da jedoch nach Lage der örtlichen Verhältnisse, z. B. in großen Städten, wegen der Anzahl der Bewerber jede Ladung undurchführbar erscheint, so kann sie hier unterbleiben (§ 28 Satz 4). Die Ladung an die Parteien erfolgt daher in Zulassungsausschußbezirken mit über 100000 Einwohnern durch öffentliche Bekanntmachung, und zwar durch Aushang seitens des Versicherungsamtes und durch Einrücken in die Bayer. Aerztezeitung (§ 37 Abs. 1, Satz 1, 2). Die Ladung der Mitglieder des Zulassungsausschusses hat jedoch immer unmittelbar zu erfolgen (§ 37 Abs. 1 Satz 1; § 28 Satz 5). Der Vorsitzende des Versicherungsamtes ist von der Mitwirkung an der Sitzung ausgeschlossen, es sei denn, daß beide Gruppen seine Zuziehung mit beratender Stimme beschlossen haben (§ 36 Abs. 1 Satz 1, 3). Dies kann generell wie auch von Fall zu Fall erfolgen. Die Leitung der Verhandlung kann niemals dem Vorsitzenden übertragen werden; sie ruht stets abwechselnd in den Händen eines Vertreters der Aerzte und der Krankenkassen. Nur wenn keine Einigung zustande kommt oder Stimmgleichheit sich ergibt, leitet in der anschließenden Verhandlung der Vorsitzende des Versicherungsamtes die Sitzung und hat bei der Entscheidung Stimmrecht. Die Vorschriften über den Gang der Verhandlung, die Anhörung von Auskunftspersonen, die Fertigung einer Niederschrift, die Fassung eines Beschlusses aus den allgemeinen Bestimmungen (s. oben) gelten entsprechend mit der Maß-

gabe, daß der jeweilige Verhandlungsleiter die sonst dem Vorsitzenden zufallenden Maßnahmen vornimmt.

Die Entscheidung wird in Zulassungsausschußbezirken mit über 100000 Einwohnern ebenfalls durch Aushang seitens des Versicherungsamtes und durch Einrücken in die Bayer. Aerztezeitung bekanntgegeben; eine Zustellung erfolgt nicht (§ 37 Abs. 1 Satz 1, 2). Gegenüber dem bisherigen Recht bedeutet dies eine Abweichung insofern, als neben dem Einrücken in die Bayer. Aerztezeitung auch der Aushang seitens des Versicherungsamtes erfolgen muß. In Bezirken mit weniger als 100000 Einwohnern wird die Entscheidung durch Zustellung bekanntgegeben. Im ersteren Falle beginnt die Berufsfrist eine Woche nach dem Tage der Ausgabe der Nummer der Bayer. Aerztezeitung (§ 37 Abs. 1 Satz 3), im letzteren Falle eine Woche nach der Zustellung (§ 368 m Abs. 2 Satz 2 RVO.). Wo die Zustellung durch Aushang bzw. durch Einrücken in die Bayer. Aerztezeitung erfolgt, muß der Arzt bei der Eintragung in das Arztregister darauf hingewiesen werden.

Ueber sämtliche vorliegenden Anträge auf Zulassung muß gemeinsam verhandelt werden, wobei bereits abgelehnte Anträge von Amts wegen wieder aufzunehmen sind, wenn nicht inzwischen ihre Erledigung auf anderem Wege erfolgt ist (§ 38 Abs. 2). Eine gesonderte Verhandlung findet nur statt, wenn sie entweder der Zulassungsausschuß beschließt, was er generell oder von Fall zu Fall tun kann, oder wenn sie eine Partei beantragt (§ 38 Abs. 1 Satz 2). Gleichgültig, ob gemeinsame Verhandlung stattfindet oder nicht, muß über jeden Antrag ein gesonderter Beschluß erlassen werden (§ 38 Abs. 1 Satz 3). Diese Bestimmung sichert jeden Arzt, der einen Antrag auf Zulassung gestellt hat, ohne weitere Förmlichkeiten, daß sein Antrag in jeder Zulassungsausschußsitzung behandelt und neuerdings über ihn befunden wird.

In der Entscheidung sind, wenn sie durch eine öffentliche Bekanntmachung zugestellt wird, lediglich die Namen der zugelassenen Aerzte bekanntzugeben; die Anträge aller anderen Aerzte gelten als abgelehnt, worauf in der Bekanntmachung hinzuweisen ist (§ 39 Abs. 2). Die Zulassung selbst erfolgt mit verschwindenden Ausnahmen für alle Kassen des Arztregisterbezirkes und nur für das Fach, für welches der Antrag auf Zulassung gestellt ist (§ 39 Abs. 1). Entsprechend einem vom Landesauschuß für Aerzte und Krankenkassen übernommenen Beschluß des Reichsausschusses bedarf es daher für die Umstellung eines für Allgemeinpraxis zugelassenen Kassenarztes auf fachärztliche Tätigkeit und umgekehrt eines neuen Zulassungsverfahrens, es sei denn, daß die Vertragsparteien ohne weiteres zustimmen.

Die Zulassung darf nur positiv erfolgen und nicht an eine Bedingung, z. B. daran geknüpft sein, daß ein anderer Arzt auf die Kassenpraxis verzichtet, unter einer Bedingung ausgesprochene Zulassungen gelten als unbedingt erfolgt.

V. Die Zulassungsgrundsätze.

In dem Verfahren über die Zulassung eines Arztes zur Kassenpraxis gelten nicht nur die oben unter IV Ziff. 2 genannten verfahrensrechtlichen Vorschriften, sondern es haben weiterhin auch noch die besonderen Grundsätze für die Zulassung zur Kassenpraxis Anwendung zu finden, die in einem eigenen Abschnitt in den §§ 41 mit 51 der Zulassungsordnung niedergelegt sind. Hiernach gelten für die Zulassung folgende Grundsätze:

a) Der Rahmen des bei der Kasse bestehenden Arztsystems darf nicht überschritten werden (§ 41).

b) Festbesoldete Aerzte können nicht neu zur Kassenpraxis zugelassen werden. Wo sie die Kassenpraxis bereits besitzen, kann sie ihnen jedoch gemäß § 6 Abs. 3

gesperrt werden. Als festbesoldet gilt jeder Arzt, dessen festes Einkommen mindestens 500 M. im Monat beträgt, wobei als solches Einkommen auch Wartegeld und Ruhegehalt gilt; Einkommen aus Gutachtertätigkeit wird nur dann berücksichtigt, wenn vereinbarungsgemäß bestimmte fortlaufende Bezüge gewährt werden. Der Beschluß des LAu. vom 30. 11./1. 12. 1926, wonach unter diese Bestimmung nur solche Aerzte fallen, die als Amtsärzte aus einer staatlichen oder vertraglichen Anstellung ein ihre Existenz sicherndes Einkommen haben, nicht aber Aerzte, die aus dem früheren Beruf, der mit dem eines Arztes nichts zu tun hatte, wie z. B. Offiziere, eine Pension beziehen und erst nach der Ruhestandsversetzung die medizinische Laufbahn erwählt haben, ist aufrechterhalten worden.

c) Assistenz- und Volontärärzte können nicht zur Kassenpraxis zugelassen werden (§ 43).

d) Für die Zulassung maßgebend ist einerseits die Verhältniszahl, d. i. die Zahl der Versicherten, welche auf je einen Kassenarzt treffen sollen, und andererseits die Bestandszahl, d. i. die Zahl von Aerzten, die am 1. November 1923 bei der Kasse zugelassen waren. Die Verhältniszahl entspricht der bisherigen Normalzahl des § 1 Nr. 1 Abs. 6 KLB. In dem nunmehrigen § 45 Abs. 1 ist sie dahin umrissen, daß die Zahl der Kassenärzte innerhalb des Arztregisterbezirkes einschließlich der Fachärzte zu der Gesamtzahl der Versicherten, die Mitglieder von Kassen des Bezirkes sind, in dem Verhältnis stehen soll, daß auf je 1000 Versicherte ein Kassenarzt entfällt; wieweit Grenzärzte hierzu einzurechnen sind, entscheidet der Kassenarztvertrag (§ 45 Abs. 2). Eine Zulassung kann daher nur erfolgen, wenn die Verhältniszahl nicht überschritten wird (§ 46 Abs. 1). Die Bestandszahl, d. i. die Gesamtzahl aller Aerzte, die am 1. November 1923 bei der Kasse zur Kassenpraxis zugelassen waren, darf gleichfalls nicht überschritten werden (§ 47 Abs. 1). Sie unterliegt jedoch, wie schon bisher im KLB § 1 Nr. 1 Abs. 7 festgelegt war, einem Abbau insoweit, als die Besetzung der ersten, fünften und jeder weiteren fünften sich durch Abgang erledigenden Stelle unterbleibt (§ 47 Abs. 2). Die Abbaubestimmung findet aber bei Krankenkassen keine Anwendung, die mindestens ein Drittel der Versicherten des Bezirkes umfassen und Bezahlung nach einem Pauschsystem vereinbart haben (§ 47 Abs. 3). Während die Verhältniszahl niemals abgeändert werden kann (§ 49 Abs. 1), kann der Kassenarztvertrag hinsichtlich der Vorschriften über die Bestandszahl Änderungen treffen (§ 49 Abs. 2). Praktisch kann daher eine Zulassung nur dann erfolgen,

aa) wenn durch die Zulassung die Verhältniszahl nicht überschritten wird,

bb) wenn innerhalb der Bestandszahl eine Lücke entsteht, die nach den vorgesehenen Bestimmungen nicht etwa dem Abbau unterliegt.

e) Ortsansässige Aerzte, das sind solche Aerzte, deren Eltern oder Pflegeeltern seit mindestens 5 Jahren am Orte der Niederlassung eines Arztes oder in einer Nachbargemeinde wohnen, oder die sich seit der gleichen Zeit dort aufhalten, können, wenn in ihrer Person wichtige Gründe hierfür sprechen, auch über die Bestandszahl hinaus zugelassen werden (§ 15).

f) Im übrigen hat die Auswahl unter mehreren Bewerbern unter gegenseitiger Abwägung der für die Zulassung in Frage kommenden Umstände und unter besonderer Berücksichtigung der Zeit der Approbation, der Zeit der Eintragung in das Arztregister, des Lebensalters, der Niederlassungszeit im Bezirke, der Ortsansässigkeit (s. e.), der Lage der Wohnung, der Ueberlastung durch andere ärztliche Tätigkeit, der längeren Tätigkeit als Assistenzarzt in Krankenhäusern oder des

sonstigen Nachweises einer besonderen Ausbildung sowie der besonderen wirtschaftlichen (bisher auch persönlichen) Verhältnisse zu erfolgen (§ 51). Bei dieser Auswahl sind Kriegsteilnehmer, insbesondere Schwerkriegsbeschädigte sowie verdrängte und vertriebene Aerzte zu bevorzugen (§ 52 Abs. 1 lit. a). Auch kann eine durch Ausscheiden eines praktischen Arztes entstandene Lücke nur dann durch einen Facharzt ausgefüllt werden, wenn besonders begründete Fälle hierfür vorliegen (§ 52 Abs. 1 lit. b, Abs. 2). Ein solcher begründeter Fall ist gegeben, wenn die Kasse ein Bedürfnis nach einem Facharzte nachweist. Der Zulassungsausschuß kann diesen Nachweis nicht durch seine Entscheidung ersetzen, er kann nur nachprüfen, ob der Nachweis als genügend erbracht anzusehen ist (Beschluß des LAu. vom 30. 11./1. 12. 1926, StAnz. Nr. 287). Andere Grundsätze für die Auswahl, sei es in bezug auf den oder in zurückstellendem Sinne, dürfen vom Zulassungsausschuß nicht angewandt werden. So darf die innerdeutsche Staatsangehörigkeit oder die Zugehörigkeit oder Nichtzugehörigkeit zu einer Vereinigung keine besondere Berücksichtigung finden. Auch dürfen verheiratete Aerztinnen wegen dieser Tatsache nicht hinter anderen Aerzten zurückgestellt werden, desgleichen nicht Homöopathen wegen dieser ihrer Bezeichnung (§ 54).

Die Zulassung von Grenzärzten ist nur dann möglich, wenn ein Bedürfnis hierfür besteht (§ 44 Abs. 1). Als Grenzärzte werden solche Aerzte bezeichnet, die in einem Arztregisterbezirk wohnen, der an den des Sitzes der Kasse angrenzt und nun Kassenpraxis in dem Bereiche des Sitzes der Kasse ausüben wollen. Grenzarzt ist also z. B. der im Bereiche des Versicherungsamtes (Arztregisterbezirk) A wohnende Arzt, der in dem angrenzenden Arztregisterbezirk B, in dem der Sitz der Kasse ist, Kassenpraxis bei den im Bezirk B wohnenden Versicherten ausüben will, der also mit anderen Worten in diesen Bezirk hineinpraktiziert. Um als Grenzarzt zugelassen werden zu können, muß der Arzt in dem Arztregisterbezirk des Sitzes der Kasse in das Arztregister eingetragen sein.

Für die Zulassung zur Kassenpraxis kann örtlich eine Wartezeit eingeführt werden; zu dieser Einführung ist jedoch die Zustimmung des Landesausschusses für Aerzte und Krankenkassen erforderlich (§ 48). Die reichsrechtlichen Bestimmungen, wonach grundsätzlich überall eine Wartezeit gilt, sind nicht übernommen worden.

Für den Praxistausch gilt, daß der Zuziehende jederzeit an Stelle des Ausscheidenden auch ohne den etwa erforderlichen Nachweis einer Lücke in der Bestandszahl und ohne Zurücklegung einer etwa eingeführten Wartezeit und vor anderen Bewerbern zugelassen werden kann (§ 53). Erforderlich ist lediglich, daß er bereits die Stellung eines Antrags auf Streichung in dem Arztregister seines bisherigen Bezirks für den Zeitpunkt des Praxistauses durch Bescheinigung des zuständigen Versicherungsamtes nachgewiesen hat, und daß er im Arztregister des neuen Zulassungsbezirkes eingetragen wurde. Ueber den Praxistausch kann dann der Zulassungsausschuß beschließen.

Inkrafttreten.

Die neue Zulassungsordnung ist wie die Vertragsausschußordnung am 18. Mai 1929 in Kraft getreten. Von diesem Tage ab sind die bisherigen Zulassungsbestimmungen und Zulassungsgrundsätze aufgehoben. Auf schwebende Verfahren haben bereits die neuen Vorschriften Anwendung zu finden.

(Schluß folgt.)

Mitgliederversammlung des Verbandes der Bayerischen Betriebskrankenkassen in Würzburg vom 1. Juni 1929.

Zur Arztfrage.

Nach dem Bericht in den „Mitteilungen des Verbandes der Bayer. Betriebskrankenkassen“ führte der Vorsitzende, Herr Geh. Kommerzienrat Schmitt-Prym, zur Arztfrage folgendes aus:

„Im besonderen Vordergrund des Interesses steht für die Krankenkassen die Arztfrage, nicht bloß mit Rücksicht auf die Arztkosten selbst, sondern auch mit Rücksicht auf die laut ärztlicher Verordnung oder Betätigung zu bezahlenden Arzneikosten und Krankengelder. Das abgelaufene Geschäftsjahr hat einen das ganze Land betreffenden allgemeinen Kampf zwischen Krankenkassen und Aerzten nicht gebracht, doch waren die örtlichen Schwierigkeiten ziemlich zahlreich, da es vielfach nicht gelingen wollte, zu vertraglichen Vereinbarungen zu kommen. Die Arztfrage ist für die Kassen und die Kassenfrage ist für die Aerzte von gleich großer Bedeutung und Wichtigkeit, da keine der beiden Parteien ohne die andere bestehen kann. Deshalb wäre es im gegenseitigen Interesse notwendig, einen Weg zu finden, der ein friedliches Zusammenarbeiten ermöglicht. Wenn auch die vor dem Kriege bestehenden Verhältnisse nicht allgemein als vollgültige Norm auf die jetzigen Verhältnisse angewendet werden können, so dürften aber die bereits bis dahin gemachten und Jahrzehnte zurückreichenden Erfahrungen der Pauschalzahlung einen wertvollen Fingerzeig geben, wie man in der Kassenarztfrage aus den jetzigen Schwierigkeiten herauskommen kann. Die Kassen sind eben nur in der Lage, mit Rücksicht auf die sonstigen ebenso wichtigen Aufgaben, nur einen bestimmten Prozentsatz (Pauschalbetrag) ihrer verfügbaren Mittel für die ärztliche Versorgung ihrer Mitglieder aufzuwenden. Die freie Konkurrenz unter den Aerzten bedingt es, daß jedenfalls von einsichtigen Aerzten selbst nicht gewollte Erscheinungen auftreten, einerseits der Ueberarztung, andererseits einer gewissen Oberflächlichkeit der Behandlung. Die Ursache dieser Erscheinung liegt wohl ebenso sehr in der Tatsache der großen Konkurrenz begründet wie in der Tatsache, daß die ärztliche Vergütung allgemein in der Form der Bezahlung nach Einzelleistungen erfolgt. Ersteres Moment, die große Konkurrenz auszuhalten, ist den Kassen angesichts der notorischen Ueberfüllung des Aerztesandes unmöglich, wenn auch die Zulassungsbestimmungen eine gewisse Einschränkung des hemmungslosen Zuganges zur Kassenpraxis bedeuten. Es bleibt nur das zweite Moment, wo eingehakt werden kann, das ist die Bezahlung der Aerzte nach der Zahl der Leistungen. Niemand wird mehr geneigt sein, als die Kreise der Wirtschaft, einer Leistung auch die ihr gebührende Vergütung zu gewähren. Dem steht aber der ebenso wichtige Satz der Wirtschaft gegenüber, daß die Bezahlung einer Leistung sich nach dem Werte und der Notwendigkeit der Leistung richtet. Und hier klafft eine breite und tiefe Kluft zwischen Kassen und Aerzten, die zu überbrücken bisher nicht gelungen ist. Jedenfalls haben sich die bisherigen Begrenzungsbestimmungen hierzu nicht als geeignet erwiesen, da diese einen ständigen Stein des Anstoßes bilden und solange bilden werden, als die Kassen weder die Zahl noch den Umfang der einzelnen Leistungen bestimmen können. Wir finden auf Aerzteseite sehr oft die Behauptung, daß die Kassen sich als Arbeitgeber betrachten und die Aerzte demnach als Arbeitnehmer behandeln. Wenn dem so wäre, wäre die Sache sehr viel einfacher, denn dann könnten die Kassen von sich aus Zahl und Umfang der Leistungen festlegen; so aber sind die Kassen nur Zahlmeister von Leistungen, die von

Sie **ersparen** weitgehend **Morphium** und **Opium** durch
Verordnung von

Ditonal

narcoticumfrei, unschädlich, wohlfeil,
schnell u. nachhaltig schmerzlindernd.

Indikationen:

Schmerzhafte Unterleibsentzündungen, Prostatitis, besonders auch
die meisten Formen von Dysmenorrhoe.

Literatur und Proben kostenfrei durch **ATHENSTAEDT & REDEKER**, Hemelingen

Tutzing am Starnbergersee. Gabrielenheim

Kindererholungsheim des Vereins für Fraueninteressen und
Frauenarbeit, München, Brienerstr. 37/0. Preis pro Tag
M. 2.50, Kinder über 12 Jahren M. 3.—. Künstl. Höhen-
sonne, Solbäder, Fichtennadelbäder, Liegekuren, Aerztliche
Aufsicht. Geprüfte Kinderpflegerinnen. Herrliche Lage in
Nähe von Wald und See.
Das ganze Jahr geöffnet. — Auskunft erteilt der Verein

In eine Kleinstadt Mittelfrankens wird zum 15. 7.
oder 1. 8. kinderliebe

Sprechstundenhilfe mit Vorbildung gesucht.

Angeb. mit selbstgeschrieb. Lebenslauf, Gehalts-
ansprüchen und Bild befördert unt. **N. G. D. 593**
ALA Haasenstein & Vogler, Nürnberg.

Bad Oeynhausen

Bahnhofstrasse 19

Prof. Dr. Frenkel-Heiden

Uebungstherapie

(Tab. Ataxie, Lähmungen, Parkinson)

— Mai bis Oktober —

Die auf **Chlor-Lebertran**
aufgebauten Präparate

Desitin-

Wund- und Brand-Salbe

-Vaginal-Ovula

-Medizinal-Puder

-Hämorrhoidal-Zäpfchen

Kassenüblich und in allen Apotheken erhältlich!

Proben und Literatur: „Desitin“-Werk Carl Klinke, Hamburg 19.

Bei
Bronchitis,
Keuchhusten,
Husten, Laryngitis,
asthmatischen Zuständen,

auch bei

Dysmenorrhoe

bewähren sich

Cardiazol-Dicodid-Tropfen

10% Cardiazol + 0,5% Dicodid. hydrochloric.

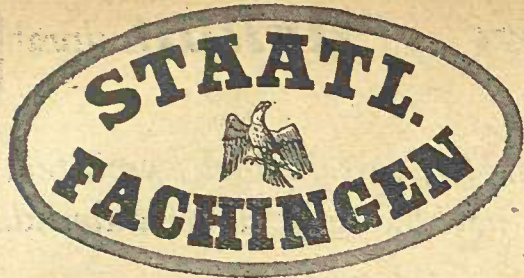
Dosis: Für Erwachsene 3 mal täglich 20 Tropfen.

Für Säuglinge und kleine Kinder 2—3 mal
täglich 5 Tropfen, für größere Kinder
3 mal 10 Tropfen auf etwas Zucker
oder in Fruchtsaft.

10 g Orig.-Packung
(M. 2.40).



Knoll A.-G.
Ludwigshafen/Rh.



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, Blasenkrankungen) **Stoffwechselkrankheiten** (Gicht, Diabetes)

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

Analyse

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

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

— Günstiger — Gelegenheitskauf!

Perser u. Deutsche **Teppiche**

Divandecken, Verbinder, Bettvorlagen etc.

Direkter Import Auf Wunsch Zahlungserleichterung Streng reell

Teppich-Nathan Neuhauserstrasse 13
Eing. Eisenmannstr.

Alle den Inseratenteil betreffenden Sendungen erbeten an

ALA Anzeigen-Aktiengesellschaft

Fernsprecher 92201

MÜNCHEN

Karlsplatz 8

INSERATE

finden weiteste Verbreitung
in der

**Bayerischen
Aerztezeitung**

Vertreter gesucht

für bequeme Orts-, Landpraxis, in vorderpfälzischer Industriegegend für Anfang August auf etwa 14 Tage. Motorrad vorhanden. Bedingungen wie üblich. Off. unt. **C. 1712** an ALA Haasenstein & Vogler, Mannheim.

Tuberkulosemittel **MUTOSAN** D. R. G. M. 259763

Chlorophyll-Polysilikat-Kombination

nach Prof. Kobert von Lungenarzt Dr. med. G. Zidgraf, Bremerhaven. Erstes bewährtestes Siliciumpräparat auf biolog. Basis, enthält die lösl. pflanzlichen resorbierbaren Polykieselsäuren in leicht assimilierbarer Form. Glänzende ärztliche Gutachten (siehe „Tuberkulose“, Heft 1, 1926). Prompte Heilwirkung, vorzüglicher Geschmack, sofort stark appetitanregend. Wochenquantum 150 cm — Mk. 2.75. Bei vielen Kassen zugelassen der Heilwirkung und Billigkeit wegen. — Literatur gratis.

In Apotheken und Dr. E. Uhlhorn & Co., Biebrich.

Die
**Süddeutsche
Bodencreditbank
MÜNCHEN**
Ludwigstrasse 9-10

empfiehlt als zur Daueranlage geeignet
ihre hochverzinslichen,
stiftungs- und mündelmässigen

Goldpfandbriefe

Gewährung von

Feingold-Hypotheken

an erster Stelle auf
städtischen und landwirtschaftlichen
Grundbesitz.



Die neue
**KLEIN
ADLER**

Die vollkommenste kleine
Schreibmaschine mit einfacher
Umschaltung und Stob-
stangensystem

• EIN RIESE IN
DER LEISTUNG • EIN ZWERG
IM PREIS •

Verlangen Sie kostenlos und unverbindlich Prospekt Nr. 100 von
ADLERWERKE vorm. HEINRICH KLEYER A.G.
Filiale München, Augustenstr. 40, Telefon 50206.

dritter Seite (Versicherten) oder vom Zahlungsempfänger (Arzt) selbst bestellt werden.

Wohl sind die Kassen die Auftraggeber der Aerzte, aber der Auftrag, den die Kassen erteilen, ist kein die Leistungen im einzelnen festlegender Auftrag, sondern es handelt sich nur um einen generellen Auftrag an die Aerzte dahingehend, die Kassenmitglieder und deren Angehörige im Falle der Krankheit mit der notwendigen ärztlichen Hilfe zu versorgen. Entsprechend diesem generellen Auftrag kann folgerichtig auch die aus diesem Auftrag sich ergebende Zahlungsverpflichtung nur eine generelle sein, und dieser generellen Zahlungsverpflichtung wird durch das Pauschale Rechnung getragen. Das Pauschale muß nämlich als die Form der Vergütung angesprochen werden, die der Rechtsnatur und dem tatsächlichen Charakter der zwischen Kassen und Aerzten bestehenden Beziehungen am besten entspricht. Bei der Pauschalzahlung könnte auch von einem Arbeitgeber- oder Arbeitnehmerverhältnis nicht die Rede sein, da hier die gesamte Aerzteschaft als Unternehmer auftritt, als Unternehmer der ärztlichen Versorgung der Kassenmitglieder. Für diese in Bausch und Bogen zu übernehmende Leistung wird eine in Bausch und Bogen gehende Vergütung gewährt — ohne Rücksicht darauf, wieviel Personen die Aerzteschaft zur Erfüllung der Aufgabe bezieht. Hierdurch bestünde auch die Möglichkeit, die Zulassungsfrage im Sinne des ärztlichen Nachwuchses durch die Aerzteschaft selbst zu regeln.“

Anmerkung der Schriftleitung: Wir freuen uns über den sachlichen Ton und den guten Willen, mit den Aerzten friedlich zusammenzuarbeiten und eine Lösung zu suchen etwa im Sinne des bekannten Vorschlages des Herrn Staatsrates Wimmer.

Zur Bayerischen Aerzteversorgung.

Von Dr. C. Dupré, Frankenthal (Pfalz).

Endlich sind wir soweit, diese wichtige Frage unseres Standes auf versicherungsmathematischer Grundlage lösen zu können. Selbstverständlich werden wir dabei auch die praktische Versicherungserfahrung nicht außer Acht lassen. Man sollte doch meinen, daß es unter den gegebenen, fast absolut sicher umschriebenen Verhältnissen, wie sie unsere gesetzlich gebundene, auf einen bestimmten, aber genügend großen Kreis beschränkte, in Ab- und Zugang klar zu übersehende Anstalt bietet, nicht schwer fallen könnte, nunmehr in Bälde zu einer praktischen Lösung zu kommen.

Die Lösung wird um so leichter zu finden sein, wenn wir dabei folgendes in Betracht ziehen:

1. Was wir wollen,
2. was wir zur Zeit können.

Es geht nicht an, daß wir in der Zeit der schlimmsten Krise unserer gesamten Wirtschaft und nicht zuletzt unseres eigenen Standes einen mächtigen Prachtbau errichten, der für alle kommenden Generationen im voraus und nach allen Richtungen ausreicht und der deshalb nicht eher angefangen werden darf, bis er bis zum letzten Stockwerk und sogar für den Fall eines eventuellen Erdbebens sicher finanziert ist. Wir müssen heute einen Plan aufstellen darüber, wie der Bau angefangen werden muß, wenn er unter günstigeren Bedingungen und Zeiten genügen soll, denn schlechter wie heute können die Zeiten doch wohl nicht werden.

Am Ende unseres Lateins sind wir aber sofort, wenn wir gleich bei der Grundsteinlegung schon mit dem Erdbeben rechnen, das unseren Bau einmal umwerfen könnte, nämlich mit der Auflösung unserer Versorgungsanstalt. Aerzte in bestimmter Anzahl wird es doch wohl immer geben. Sollten dieselben verstaatlicht oder sozia-

lisiert werden, so wird eben die Staatsversorgung oder Sozialversicherung an die Stelle der Bayerischen Aerzteversorgung treten. Das wird, wie uns viele rundliche Figuren schon heute zeigen, in materieller Hinsicht wenigstens, gar nicht so schlimm werden.

Aber anfangen müssen wir endlich! Es brennt eine offene Wunde am Körper der Aerzteschaft, die versorgt werden muß, wenn anders noch von kollegialen und ethischen Gefühlen geredet werden soll.

Es leben noch eine Anzahl alter Kollegen, die weit über der Altersgrenze stehen und immer noch mit müden Händen und Nerven ihr kärgliches Brot verdienen müssen, weil sie mit der jetzigen sogenannten Rente nicht leben und nicht sterben können. Es geht nicht an, daß hier nur der versicherungsmathematische Maßstab angelegt wird.

Diese armen Opfer der Inflation haben redlich in den Reihen unseres Standes mitgekämpft und haben ihre Pflicht getan. Sie haben dem Staate und dem Stande große Opfer gebracht und haben ein Recht auf unsere solidarische Hilfe.

Mögen die jungen Kollegen bedenken, daß sie selbst jeden Augenblick von einem Unfall betroffen und invalid werden können. Dann fallen sie der Versorgung unter Umständen weit länger und — durch ihre Angehörigen — weit ausgiebiger zur Last als die Alten.

Bei den Alten handelt es sich doch auch nur um einen unverschuldeten Finanzunfall, ein Opfer für die Allgemeinheit. Meines Erachtens ist die Bayer. Aerzteversorgung eine so wichtige und dringende Angelegenheit, daß sie nicht als Punkt einer größeren Tagesordnung und nicht erst im September, sondern sofort, auf einen möglichst bald einzuberufenden außerordentlichen Bayerischen Aerztag behandelt werden sollte. Wir möchten es noch erleben!

Das alte bayerische Schuljahr.

Von Dr. med. Otto Kolb, Pegnitz.

Gelegentlich eines Rückblickes auf die Tätigkeit der Schulkommission des „Ärztlichen Vereines München“ erwähnt der verdiente Aerztlehrer Geheimrat Friedrich Crämer: ... in diese Zeit fällt die Beseitigung der altbewährten bayerischen „Ferienordnung“. Wie das so rasch möglich war, ist heute noch nicht ergründet. In allen Kulturstaaten der Welt beginnt das Schuljahr im Herbst, nur in Deutschland im Frühjahr. Die Erfahrungen der Schulen und Lehrer in dieser Neueinrichtung sind höchst ungünstig; unsere Bemühungen, den Zustand wiederherzustellen, waren bisher erfolglos. Da aber die gesamte Lehrerschaft für die Wiederherstellung der alten Schuljahrseinteilung eintritt, und auch in Norddeutschland Bestrebungen in dieser Richtung eingesetzt haben, so wäre es immerhin möglich, daß dieses Ziel in absehbarer Zeit erreicht wird.“

Dieser neuerliche Hinweis regt an, die Angelegenheit einmal der gesamten bayerischen Aerzteschaft vorzulegen. Sie geht ja weit über die Kreise der Schulärzte und der Aerzte hinaus, die mit ihren eigenen Kindern unter diesem Zustand leiden müssen. Die gesamte Aerzteschaft im Sinne des Dienstes am deutschen Volk muß sich ihrer annehmen.

Bis 1921 hatte in der ganzen Welt neben Japan, Preußen und einige Nachbarbundesstaaten allein den Vorzug, das Schuljahr nicht im Herbst nach ausgiebigen Ferien zu beginnen. Ausgenommen waren von jeher ländliche Volksschulen mit ihren andersgearteten Bedürfnissen.

Das bayerische Schuljahr und die bayerische Ferienordnung war die leise Hoffnung der norddeutschen Mittelschulkreise, einmal auch an diesem Vorbild zu vernünftigen Einrichtungen zu kommen.

Plötzlich, im Jahre 1921, wurde in Bayern, eigentlich nur unter Zustimmung der Eltern ehrgeiziger Abi-

turienten, die auf diese Weise um ein Semester früher zur Hochschule kamen, jenes preußische Schuljahr eingeführt und zugleich die Ferien empfindlich beschnitten.

Nunmehr beginnt das Schuljahr nach Ostern. Es wird unterbrochen am 15. Juli durch die langen Sommerferien, in denen, wie alle Lehrer bitter klagen, viel des Klassenstoffes wieder vergessen wird. Am 1. September, nach knappen 6 Wochen, beginnt schon wieder das zweite Dritteljahr, gegenüber dem 18. September in der alten bayerischen Ferienordnung. Und nun kommt ein endloses Dritteljahr von $3\frac{2}{3}$ Monaten, das nicht, wie anderwärts noch, durch „Kartoffelferien“ unterbrochen ist, und das zudem in die Zeit der kommenden schlechten Jahreszeit mit den Erkältungskrankheiten fällt. Gegen Ende dieses Abschnittes kann man an Lehrern wie Schülern unserer ohnehin mit einem Wust von vielfach unnötigem und vorzeitig verabreichtem Wissen überlasteten höheren Schulen deutliche Ermüdungserscheinungen feststellen, die die Zeit nicht recht ausnützen lassen zu vollwertiger Arbeit. Die Weihnachtsferien dauern dann einige Tage länger wie früher, dann kommt aber das Unsinnigste der Einteilung: das letzte Dritteljahr mit seiner wegen des beweglichen Osterfestes verschieden langen Dauer. Ist es lang, so kommt es zu den gleichen Erscheinungen wie beim zweiten Dritteljahr, ist es kurz, so kommt es zu einem unsinnigen Gehetze, noch zum Ziel zu kommen, zumal da, wo Abschlußprüfungen eintreten. Und das fällt alles in die Jahreszeit, in der die Gesundheit zumal des wachsenden Körpers am schwersten belastet ist. Vor Aerzten ist es wohl nur nötig, auf das Steigen der Erkrankungs- und Sterblichkeitsziffern in diesen Monaten, auf das Zurückbleiben des meßbaren Wachstums und den erfahrungsmäßig festzustellenden sinkenden Allgemeinzustand hinzuweisen, was wohl mit dem Mangel an Besonnenung und an frischen Nahrungsmitteln erklärt werden kann. In diese Zeit trifft also die höchste Belastung für Schüler und Lehrer. —

Nachdem das Unglück nun geschehen war, weinte man den alten guten Verhältnissen nach, zumal nicht das geringste für die Neueinführung ins Feld geführt werden konnte und die Hochschulen sich nicht an diese kehrten und nach wie vor im allgemeinen die wichtigen Einführungsfächer, wie die allgemeine und anorganische Chemie, die deskriptive Anatomie, zunächst mit der Osteologie usw. im langen Wintersemester beginnen lassen.

Eine „Kommission zur Rückgewinnung des alten Schuljahres“ wurde gegründet und vor allem von Leitern und Lehrern höherer Schulen geführt. Verheißungsvoll wurde getagt. Dabei ergab sich, daß alle Schulkreise vom Hochschullehrer bis zum städtischen Volksschullehrer einig waren in der Abwehr des gewordenen Zustandes. Natürlich schlossen sich auch die Aerzte und Elternvertretungen dem an. Einen abweichenden Standpunkt nahmen nur die Landvolksschullehrer ein mit der Begründung, daß die ländlichen Arbeitsverhältnisse diese Schuljahreinteilung unbedingt erforderten. Deswegen war sie ja, wie schon angedeutet, auch unter den früheren Verhältnissen am Lande vielfach durchgeführt worden, ohne daß dies gestört hätte. Bezeichnend ist auch, daß heute noch am Lande sich Beginn und Ausdehnung der Ferien nach örtlichen und oft in der nächsten Nachbarschaft wechselnden wirtschaftlichen Zuständen und Bedürfnissen richtet. Als das den Herren vorgehalten wurde, betonten sie, daß sie durch eine andersartige Einteilung des Schuljahres nicht etwa als nicht vollwertig hingestellt sein wollten, und wiesen ziemlich unverblümt auf ihre größere Stimmenzahl bei einer etwaigen Abstimmung hin.

Sapienti sat. —

* Die verheißungsvolle Arbeit der Kommission zur Wiedergewinnung des alten bayerischen Schuljahres wurde kurz darauf durch ein verbindliches Umschreiben ja abgebrochen und ad Calendas Graecas verlagert. Warum? — — —

Um so merkwürdiger war es, daß in darauf folgenden Landtagsverhandlungen in den Jahren 1926, 1928 und 1929 der Nachfolger jenes Ministers, der leichten Mutes mit einem Federstrich das alte, vorbildliche Reservatrecht Bayerns geopfert hatte, sich mit auffallender Wärme des alten bayerischen Schuljahres erinnerte und verheißungsvolle Hoffnungen auf seine Rückkehr erweckte.

So steht die Sache jetzt.

Es ist auffallend, wie wenig die breite Aerzteschaft bis auf die wenigen Beteiligten an dieser wichtigen Frage Anteil nimmt, in der doch gerade der Arzt — und das ist immer wieder in ehrender Weise von den anderen Kreisen bei den Verhandlungen betont worden — das gewichtigste Wort zu sprechen hat.

Will in der Sache etwas erreicht werden, so muß man die Frage in zwei Teile zerlegen:

1. Die Schuljahreinteilung. Diese Frage wird wohl im Sinne unserer Forderung kaum so bald gelöst werden, so wichtig ihre Lösung ist.
2. Die Ferieneinteilung. Warum hier Bayern mit der Schuljahreinteilung zugleich die Länge der Ferien beschnitten hat, ist unerfindlich.

Die oben kurz umrissenen Zustände fordern dringend, zur alten Ausdehnung der Sommerferien bis zum 18. September — vor 40 Jahren dauerten die Ferien bis zum 1. Oktober — zurückzukehren. Wenn es den zuständigen Kreisen ernst ist mit ihrem Lob der guten alten Zeit, hier ist die beste Gelegenheit, Ernst zu machen mit der Rückkehr.

Damit ist aber auch ein Hauptpunkt der gesundheitlichen Seite der Frage gelöst.

So wie die Sache jetzt steht, sind die bayerischen und die meisten ländlichen Schüler und Lehrer noch schlechter dran wie die preußischen, die wenigstens, wenn auch nicht ausreichend lange Ferien im ganzen, die Pause der Kartoffelferien haben.

Ob es notwendig ist, keinen Unterschied zwischen den höheren und den Volksschulen zu machen, bleibe unerörtert. Früher hat es für selbstverständlich gegolten, daß die schwereren Leistungen auch eine größere Erholung bedürften. Heute spielen die gewichtigeren „Prestige- und Massenfragen“ mit herein.

Dr. med. Wanschel, München.

Um es gleich ausdrücklich zu sagen, Dr. Wanschel ist Arzt, nicht Kurpfuscher. Er hält einen gemeinverständlichen Frauenvortrag vor Frauen und über 18 Jahre alten Mädchen und kündigt an, er rede über § 218.

Hier eine Besprechung seines in Chemnitz gehaltenen Vortrages:

„§ 218. Im großen Saal des Kaufmännischen Vereinshauses sprach am Donnerstag abend ein bayerischer Arzt über § 218: (Der Kampf um das keimende Leben). Genau 90 Minuten nach Beginn des Vortrages fiel zum erstenmal ein Wort vom § 218! Es ist nicht in der Ordnung, wenn ein Arzt anderthalb Stunden über die Volksgesundheit als eines unserer wertvollsten Güter spricht, sich dann über Frauenkrankheiten, deren Ursache und Verhütung verbreitet, das Schwangerschaftsthema anschließt und schließlich ganz unverblümt den Interessentinnen unter der Zuhörerschaft verrät, daß er ein Empfängnisverhütungsmittel kennt, mit dessen Anwendung keinerlei körperliche Schädigung

verbunden sein soll. Da der Redner öffentlich dieses sein Geheimnis nicht verraten darf, bat er, sich privat an ihn zu wenden. Also verkappte Reklame, die immer und immer wieder durch Hervorhebung der Schädlichkeit anderer Verhütungsmittel unterstrichen wurde.“

Anmerkung der Schriftleitung: Man muß sich wundern, daß in München für diesen Vortrag Befreiung von der Vergnügungssteuer bewilligt worden ist!

Dr. Wanschel kündigt für Wilmersdorf einen Aufklärungsvortrag an: „Entgiftung des Körpers und Befreiung von krankhaften Stoffen durch innere Körperreinigung mittels galvanischer Feinströme“.

Näheres: Wohlmuth (sic!).

Frage: Ist auch dieser Vortrag steuerfrei??

(Gesundheitslehrer 1929/13.)

Amtliche Nachrichten.

Dienstesnachrichten.

Vom 1. August 1929 an wird der Bezirksarzt für den Verwaltungsbezirk Rehau, Dr. Friedrich Höchstetter, auf Ansuchen in gleicher Diensteseigenschaft in etatmäßiger Weise auf die Stelle des Bezirksarztes für den Verwaltungsbezirk Augsburg (Bezirksamt) versetzt. Vom gleichen Zeitpunkt an wird er mit der Wahrnehmung der bezirksärztlichen Dienstgeschäfte für den Verwaltungsbezirk Zusmarshausen nebenamtlich betraut.

Vom 1. August 1929 an wird der Bezirksarzt für den Verwaltungsbezirk Sulzbach, Dr. Herfann Löffler, zum Bezirksarzt der BesGr. A 2d für den Verwaltungsbezirk Kissingen (Stadt und Bezirksamt) in etatmäßiger Weise befördert.

Vom 1. September 1929 an wird der Bezirksarzt bei der Regierung von Oberbayern, Kammer des Innern, Dr. Ludwig Illing in München, zum Bezirksarzt der BesGr. A 2d für den Verwaltungsbezirk Traunstein (Stadt und Bezirksamt) in etatmäßiger Weise befördert.

Vom 1. August 1929 an wird der Bezirksarzt für den Verwaltungsbezirk Würzburg-Bezirksamt, Dr. Jakob Dorn in Würzburg, zum Bezirksarzt der BesGr. A 2d in etatmäßiger Weise befördert.

Vereinsnachrichten.

(Originalbericht der Bayerischen Aerztezeitung.)

Vereinigung der praktischen Aerzte Münchens.

Nachdem in der Versammlung vom 15. März die Satzungen des Vereins beraten und genehmigt worden waren, fand in der Versammlung vom 7. Juni die Wahl der Vorstandschaft statt, die folgendes Ergebnis hatte: I. Vorsitzender: Reischle, II. Vorsitzender: Drey, Kassier: Schlicht, I. Schriftführer: Hense, II. Schriftführer: Engelbrecht Brunhübner, S.-R. Cohn, Hilz, S.-R. Neger, Wachter.

Die Versammlung beschäftigte sich auch mit der Frage, ob sich die Freigabe der Arzneimittel bewährt habe und welche Erfahrungen gesammelt werden konnten. Dabei wurde festgestellt, daß im großen und ganzen von der Freigabe wenig Gebrauch gemacht wurde. Als weiterer Punkt der Tagesordnung wurde die Angelegenheit einer eventuellen Aenderung der Arzneiverordnung besprochen; dabei gab Dr. Lubber von der Bayerischen Versicherungskammer, der als Gast anwesend

war, ausführliche Auskünfte über die Handhabung und die bisherigen Wahrnehmungen. Die Versammlung war in der Mehrzahl einverstanden mit den Vorschlägen der vom Aerztlichen Bezirksverein für diese Angelegenheit eingesetzten Kommission.

gez.: Reischle.

Aerztlicher Bezirksverein München-Stadt.

(Mitgliederversammlung vom 5. Juli.)

Vorsitzender: Herr Christoph Müller.

Berichterstattung über die bisherige Tätigkeit des Schwangerschaftsunterbrechungsausschusses durch den Vorsitzenden desselben, Herrn Cohn. Ref. gibt zunächst einen kurzen historischen Rückblick über die Bestrebungen, die Unterbrechung der Schwangerschaft zwangsweise von einer vorherigen Begutachtung durch bestimmte, hierfür aufgestellte Gutachter abhängig zu machen. In München wurde bereits im Jahre 1913 von der Abteilung für freie Arztwahl auf gewisse Vorkommnisse hin eine sogenannte Abortuskommission geschaffen, die sich nach Lage der Dinge ausschließlich auf Kassenangehörige beschränken mußte. Für eine Einflußnahme bei Privaten fehlte die gesetzliche Handhabe. Auch die Beschlüsse der Deutschen und Bayerischen Aerztetage konnten deshalb nicht zur Auswirkung kommen. Erst nach Schaffung des Aerztegesetzes bot sich hierzu die Möglichkeit. Der Beschluß der Landesärztekammer vom 22. September 1928, der vom Ministerium des Innern Gesetzeskraft erhielt, hatte zur Folge, daß in den Mitgliederversammlungen des Vereins vom 16. November und 7. Dezember 1928 ein Schwangerschaftsunterbrechungsausschuß gewählt und entsprechende Richtlinien für seine Tätigkeit aufgestellt wurden. Bei der Durchführung dieser neuen Einrichtung waren mancherlei Schwierigkeiten zu überwinden, deren Beseitigung auch auf Grund der gesammelten Erfahrungen in den wichtigsten Punkten gelang, so daß der Ausschuß nunmehr im großen ganzen zur Zufriedenheit der Beteiligten seine mühevollen und besonders verantwortungsvolle Arbeit verrichtet. Der Ausschuß bestand bisher aus 10 praktischen Aerzten, 10 Fachärzten für innere Medizin, 4 Gynäkologen, 4 Neurologen bzw. Psychiater, 3 Konsiliarärzten. Die Liste wurde heute noch durch Wahl eines Urologen ergänzt. Ebenso wurden für alle Sparten Ersatzmänner gewählt. Nach der vorläufigen Statistik wurden bis 31. Mai bei 320 Schwangeren 643 Begutachtungen vorgenommen. Von den begutachteten Frauen waren 71 Proz. Kassenangehörige. Anträge liefen von 136 Aerzten ein. 40 Proz. der Anträge wurden abgelehnt. Da der Ausschuß zunächst ein Provisorium darstellte, mußte heute eine Neuwahl erfolgen. Die Aenderungen, die bei der Durchberatung der Richtlinien beschlossen wurden, sind meistens formeller Natur. Hervorzuheben ist die Bestimmung, daß von den beiden Gutachtern der eine ein praktischer Arzt, der andere ein Facharzt des in Frage kommenden Gebietes sein muß. — Eine sich entwickelnde, lebhaft annehmende Diskussion über die soziale Indikation wurde vom Vorsitzenden rechtzeitig abgelenkt mit dem Hinweis, daß es sich hier um verschiedene Weltanschauungen handle, deren Erörterung hier nicht am Platze sei. Um Mißdeutungen zu begegnen, unterbleibt fernerhin ein die soziale Indikation betreffender Passus. Es handelt sich um rein wissenschaftliche Begutachtungen, für die die Grundlagen, soweit sie nicht schon bestehen, weiter ausgebaut werden sollen.

Am Schluß erfolgt noch die Wahl des Ausschusses für soziale Hygiene.

Aerztlicher Bezirksverein Hof.

(Außerordentliche Sitzung vom 29. Juni.)

Tagesordnung: 1. Vortrag des Herrn Professor Dr. Stadler (Plauen), 2. Bericht über die Bayer. Aerzteversorgung, 3. Aufnahmen, 4. Wünsche und Anträge.

Die Sitzung wird durch den Vorsitzenden, Herrn Dr. Klitzsch, 20 Uhr eröffnet. Erschienen sind 27 Kollegen, darunter 4 von auswärts.

Herr Prof. Dr. Stadler, Direktor des Städt. Krankenhauses in Plauen, der sich in dankenswerter Weise für diesen Abend einen Fortbildungsvortrag zu halten bereit erklärt hatte, spricht über „Entstehung des Schlaganfalles und seine Verhütung“. Die Ursachen des Schlaganfalles, die Pathologie der Atheromatose sowie der Hypertonie mit ihren Krankheitsbildern werden eingehend besprochen, im Anschluß daran deren hauptsächlich prophylaktische Beeinflussung. Der Erstattung des Dankes für die übersichtlichen, interessanten Ausführungen schließt sich eine kurze Aussprache an.

Herr Dr. Klitzsch berichtet über den derzeitigen Stand der Bayer. Aerzteversorgung. Aus der sich anschließenden lebhaften Aussprache resultiert ein Beschluß: Anfrage zum Landesauschuß, „die Verwaltungskosten der Aerzteversorgung betreffend“, und ein Antrag Dr. Ueberall (Hof) (betr. Beitragsleistung zur Aerzteversorgung): Jeder Arzt hat eine Zweitschrift seiner Steuererklärung an die Versicherungskammer einzureichen. (Gegen 3 Stimmen angenommen.)

Die Herren Dr. Stübinger (Höchstädt) und Dr. Flatzek (Selb) werden einstimmig in den Aerztlichen Bezirksverein Hof aufgenommen.

Nach Erledigung einiger interner Vereinsangelegenheiten wird die Sitzung gegen 24 Uhr geschlossen.

Dr. Seiffert.

Aerztlicher Bezirksverein und Aerztlich-wirtschaftlicher Verein Fürth.

Am Mittwoch, dem 24. Juli, abends 8½ Uhr, im Berolzheimerianum Versammlung. Tagesordnung: I. Be-

zirksverein: 1. Protokoll, 2. Bericht über den Deutschen Aerztetag, 3. Aerztliche Fürsorge, 4. Verschiedenes; II. Aerztlich-wirtschaftlicher Verein: 1. Bericht über die Hauptversammlung des Hartmannbundes, 2. Honorierung und Antrag der Fachärzte, 3. Nr. 22a der Gebührenordnung, 4. Sonstiges. Dr. G. Wollner.

Bücherschau.

„Der Gesundheitsbote 1930“ ist ein illustrierter Abreißkalender, der unter Förderung der Arbeitsgemeinschaft der sozialhygienischen Fachverbände, des Deutschen Roten Kreuzes und des Reichsausschusses für hygienische Volksbelehrung von Dr. Neustätter durch den Asklepios Verlag G. m. b. H., Berlin S. 14, Alte Jakobstr. 77, herausgegeben wird. Dr. Neustätter, der jetzt zum 6. Male einen Gesundheitspflegekalender veröffentlicht, hat dieses Mal ganz besonders hervorragende Mitarbeiter gefunden. Autoritäten wie Bonhöffer, von Eicken, His, F. Kraus, von Noorden, Sellheim u. a. haben sich in den Dienst der Ziele des Kalenders gestellt, wie wir dem Prospekt entnehmen, der Interessenten vom Verlag gerne zur Verfügung gestellt wird. Aus ihm ist auch der vielseitige Inhalt zu ersehen.

Bis 1. Oktober 1929 beträgt der Subskriptionspreis RM. 1.80 (Ladenpreis RM 2.—). Bei grösseren Bezügen, die sich für alle wohlfahrtspflegerischen Stellen empfehlen, wird wesentliche Preisermässigung gewährt. Es ergeht an die Aerzteschaft die Bitte, die Verbreitung dieses Kalenders zu fördern, der volkstümliche, aber auf dem Boden der Wissenschaft ruhende Belehrung sich angelegen sein lässt und dadurch den Kalendern mit falscher Aufklärung und bedenklichen Zielen und Inseraten ein Paroli bietet.

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

Für die Inserate: Adolf Dohn, München.

Zur gefl. Beachtung!

Der Gesamtauflage der heutigen Ausgabe liegt ein Prospekt der Firma Aktiengesellschaft für med. Produkte, Berlin N 65, Tegelerstr. 14, über »Purgiolax« sowie ein Prospekt der Firma Robert Harras, Chem. Fabrik, München 2, Lindwurmstr. 77, über »Ferrangalbin« bei.

Wir empfehlen diese Beilagen der besonderen Beachtung unserer Leser.

ÄRZTLICHE RUNDSCHAU**Heft 13**

Inhalt: Med.-Rat Dr. Karl Huber, Illenau: Die Malariabehandlung der progressiven Paralyse. — Primärarzt Dr. Simon und Assistenzarzt Dr. Gerbatsch: Die praktisch wichtigen akut entzündlichen Erkrankungen der Haut und des Unterhautzellgewebes. — Dr. phil. et med. Max Nassauer, Frankfurt a. M.: Rheumabekämpfung? — Streiflichter aus dem Standesleben. — Literarische Auslandsrundschau. — Bücherschau. — Tagesneuigkeiten.

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

Aerztliche Rundschau allein M.3.—, **mit Tuberkulose**, M. 4.50 vierteljährl., portofrei.

Tuberkulose allein M. 4.— vierteljährlich (in besserer Ausstattung)

vom an.

Name: Adresse:

Laryngsan

D. R. Wz.

Zur Behandlung von Erkältungskrankheiten:**Grippe, Husten, Schnupfen, Bronchialkatarrh, vorzüglich geeignet!**

Kassen-Packung mit Tropfpipette M. —.95, für Priv. M. 1.—

Johann G. W. Opfermann, Köln 64.

Bayerische Ärztezeitung

BAYERISCHES ÄRZTLICHES CORRESPONDENZBLATT

Herausgegeben von Geh. Medizinalrat Prof. Dr. H. Kerschensteiner, München, Geh. Sanitätsrat Dr. A. Stauder, Nürnberg, und Sanitätsrat Dr. H. Scholl, München.

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

Die »Bayerische Ärztezeitung« erscheint jeden Samstag. Bezugspreis vierteljährlich 4 Mark. — Anzeigen kosten für die 6 gespaltene Millimeterzeile 15 Goldpfennige. — Alleinige Anzeigen- und Beilagen-Annahme: ALA Anzeigen-Aktiengesellschaft in Interessengemeinschaft mit Haasenstein & Vogler A.-G. Daube & Co. G. m. b. H. München, Berlin und Filialen.

Nr. 29.

München, 20. Juli 1929.

XXXII. Jahrgang.

Inhalt: 11. Bayerischer Aerztetag. — Das neue bayerische Kassenarztrecht. — Rede des I. Vorsitzenden des Deutschen Aerztevereinsbundes in Essen. — Sozialhygienisches von der Tuberkulosekonferenz in Pyrmont. — Vereinsnachrichten: Bayer. Landesärztekammer und Bayer. Aerzteverband: Gemünden-Lohr; Sterbekasse Oberbayern-Land. — Bücherschau.

Bayerische Landesärztekammer.

11. Bayerischer Aerztetag

am 6. und 7. September 1929 in Regensburg.

Tagesordnung:

Donnerstag, 5. September, abends 6 Uhr: Vorbereitende Sitzungen des Vorstandes der Bayerischen Landesärztekammer und des Bayerischen Aerzteverbandes im Hotel Maximilian.

Freitag, 6. September, vormittags 9 Uhr: Eröffnung des 11. Bayerischen Aerztetages im Reichssaal des Alten Rathauses.

I. Dritte ordentliche Sitzung der Bayerischen Landesärztekammer im großen Neuhaussaal.

Tagesordnung:

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

2. Kassenbericht. Berichterstatter: San.-R. Dr. Steinheimer (Nürnberg). Festsetzung des Voranschlags. Entlastung der Kassenführung.

3. Bericht des Vereins zur Unterstützung invalider, hilfsbedürftiger Aerzte. Berichterstatter: San.-R. Dr. Stark (Fürth). Antrag auf Einsetzung eines Ausschusses für das Unterstützungswesen.

4. Die Bayerische Aerzteversorgung. Berichterstatter: Oberregierungsrat Hilger (München), Direktor der Bayer. Versicherungskammer, Geheimrat Prof. Dr. Kerschensteiner (München).
(Anträge s. unten.)

5. Röntgenologie in der ärztlichen Praxis. Berichterstatter: San.-R. Dr. Kaestle (München).

6. Ergänzungswahl in den weiteren Vorstand an Stelle des verstorbenen San.-R. Dr. Preuß (Pyrbaum) (s. § 7 der Satzungen der Landesärztekammer).

7. Wahl von 3 Mitgliedern und 6 Ersatzmitgliedern auf die Dauer von 3 Jahren in den Verwaltungsausschuß der Aerzteversorgung.

8. Anträge.

Samstag, den 7. September, vormittags 9 Uhr:

II. Dritte Hauptversammlung des Bayerischen Aerzteverbandes im großen Neuhaussaal.

1. Wirtschaftsfragen des Standes. Berichterstatter: San.-R. Dr. Scholl (München).

2. Jahres- und Kassenbericht. Berichterstatter: San.-R. Dr. Steinheimer (Nürnberg). Festsetzung des Voranschlags. Entlastung der Kassenführung.

3. Wahl der Vorstandschaft und Wahl von Kassenprüfern.

Anmerkung: 1. Die Vollmachtenkarten, welche als Ausweis für die Entgegennahme der Stimmzettel dienen, werden den Herren Delegierten der ärztlichen Bezirksvereine rechtzeitig durch die Bayer. Landesärztekammer zugestellt.

2. Die für Freitag, Samstag und Sonntag vorgesehenen geselligen Veranstaltungen werden noch mitgeteilt werden. Einstweilen wird auf die Bekanntgabe des vorläufigen Vergnügungsprogramms in Nr. 26 der Bayer. Ärztezeitung verwiesen.

Anträge des Ärztlichen Bezirksvereins München-Stadt.

I.

Die Aerzteversorgung als solche bleibt bestehen.

II.

Das jetzige gemischte System wird durch das Anwartschaftsdeckungsverfahren ersetzt.

III.

Die versicherungstechnischen Grundlagen sind spätestens alle fünf Jahre nachzuprüfen.

IV.

Es erscheint wünschenswert, außer dem schon bestehenden Verwaltungsausschuß einen ständigen Sachverständigenausschuß, bestehend aus einem vom Ministerium zu bestimmenden Versicherungsmathematiker, einem Finanzsachverständigen und einem Angehörigen der Versicherungskammer, aufzustellen.

Anträge des Aerztlichen Bezirksvereins Augsburg.

A. Im allgemeinen.

Wir beantragen, das bisherige Umlageverfahren beizubehalten.

B. Zum Vollzug der Satzung.

In § 30 ist bestimmt, daß nach endgültiger Bildung der Landeskammern diese die Mitglieder und Ersatzmänner des Verwaltungsausschusses jeweils auf die Dauer ihrer eigenen Wahlzeit wählen.

Nachdem die Landeskammern endgültig gebildet sind, beantragen wir, auf der heurigen Tagung diese Wahlen vorzunehmen.

C. Im einzelnen zur Satzung.

Wir beantragen:

1. § 6 und § 13 zu streichen.

2. In § 20 den Absatz II zu ändern wie folgt: „In Ermangelung solcher Hinterbliebenen wird das Sterbegeld an den die Bestattungskosten Tragenden ausbezahlt.“

3. Zu § 22 neu folgenden Absatz IV: „Stirbt ein Mitglied, ohne in Bezug des Ruhegeldes getreten zu sein und ohne versorgungsberechtigte Hinterbliebene, so wird an die Erben bis zum dritten Grade neben dem Sterbegeld ein einmaliger Betrag ausbezahlt in der Höhe, welche dem fünffachen Jahresbetrage des sich errechnenden Witwengeldes entspricht. Dafür entfällt dann ein etwaiger Unterhaltsbeitrag nach § 25.“

Antrag des Aerztlichen Bezirksvereins Deggendorf.

Auf Grund des Auszuges aus dem von Prof. Böhm erhaltenen Gutachten erscheint es dem Aerztlichen Bezirksverein Deggendorf als unumgänglich notwendig, die Zusatzrente fallen zu lassen.

Die Mindestbeiträge und die Grundrente sind um zirka 50 Proz. zu erhöhen, um das Existenzminimum der invaliden Aerzte und ihrer versorgungsberechtigten Angehörigen sicherzustellen.

Ueber den Mindestbeitrag, der von allen Aerzten zwangsmäßig zu leisten ist, kann von jedem Arzt freiwillig eine höhere Zahlung geleistet werden, die dann nach Art der Lebensversicherungen bankmäßig zu verwalten ist und im Falle der Invalidität oder des Todes als Kapital oder als lebenslängliche Rente auszuzahlen ist.

Anträge**der Aerztlichen Bezirksvereine Neustadt a. d. H. und Pirmasens.**

A. Grundsätzliche Anträge:

1. Urantrag.

Eine Erhöhung der Beiträge zur Bayerischen Aerzteversorgung von der derzeitigen Höhe von 7 Proz. des Nettoeinkommens auf 8 oder 9 Proz. erscheint bei der reinen Rentenversicherung untragbar, selbst wenn dieselbe erst für spätere Zeiten geplant ist. Dieselbe ist nur dann erfüllbar, wenn die Bayer. Aerzteversorgung vom Rentensystem zur Kapitalversicherung übergeht. Der XI. Bayer. Aerztetag beschließt daher, zur grundlegenden Neuordnung der Verhältnisse der Bayer. Aerzteversorgung, unter Ablehnung einer Beitragserhöhung, solange das seitherige Rentensystem besteht:

1. Die Bayer. Aerzteversorgung wird vom Rentensystem zur Kapitalversicherung übergeführt (evtl. mit Invaliditätszusatzversicherung).

2. Die Bayer. Aerzteversorgung wird ersucht, umgehend Vorschläge über die Höhe des auf den einzelnen Arzt treffenden Mindestkapitals bei Weiterführung einer jährlichen Mindestzahlung wie seither und über die Höhe der Zusatzkapitalien für die mehr als die Mindestsätze zahlenden Mitglieder zu machen.

3. Die Bayer. Landesärztekammer wird beauftragt, sich vergleichsweise Angebote führender deutscher Lebensversicherungsgesellschaften auf der Grundlage des vorigen Abs. 2 zu beschaffen.

4. Nach Erhalt dieser Unterlagen beschließt ein zu diesem Zwecke einzuberufender außerordentlicher Aerztetag nach vorheriger Mitteilung der Unterlagen an die einzelnen Bezirksvereine endgültig, wem die Durchführung der Neuordnung zu übertragen ist.

5. Das bei der Ueberleitung vorhandene Vermögen der Aerzteversorgung wird in erster Linie zur Sicherung der bereits fälligen Renten benutzt. Der überschießende Betrag wird zur Verbesserung der neuen Verhältnisse benutzt.

6. Zur Sicherung der Interessen derjenigen Mitglieder und deren Angehörigen, die an Stelle des fälligen Kapitals lieber Rente beziehen wollen, wird ein Sonder tarif für Leibrenten vereinbart, dessen Beträge wahlweise an Stelle des Kapitals treten sollen.

7. Die Bayer. Aerzteversorgung hat alljährlich sämtlichen Mitgliedern eine ausführliche Abschlußbilanz zustellen.

2. Eventualantrag I (im Falle der Ablehnung des obigen Antrages).

Eine zukünftige Erhöhung der Beiträge erscheint nur dann tragbar, wenn den einzelnen Mitgliedern unter allen Umständen eine Gegenleistung für ihre Beiträge gegeben wird. Um dies zu erreichen, ist wenigstens eine teilweise Umstellung erforderlich. Der XI. Bayer. Aerztetag beschließt daher:

1. die Bayer. Aerzteversorgung zu ersuchen, eine Satzungsänderung herbeizuführen dergestalt, daß dem einzelnen Mitglied freigestellt sein soll, sich zu entscheiden entweder

- a) für Rentenversicherung,
- b) für Kapitalversicherung;

2. ein Teil der Beiträge ist dabei für die Kapitaldeckung (Rentendeckung), der andere Teil zur Gewährung einer Invaliditätsrente für die Zeit vom Eintritt der Invalidität (vorzeitige Invalidität) bis zur Fälligkeit des Kapitals (Fälligkeit der Altersrente) bzw. bis zum Ableben des Mitglieds vor Eintritt der Altersgrenze zu verwenden, wobei die Verwaltungskosten vorweg von den Beiträgen abzusetzen sind. Eine Anrechnung von Invalidenrenten auf das Kapital (die Altersrente) findet nicht statt;

3. die Bayer. Landesärztekammer wird beauftragt, die auf dieser Grundlage von der Bayer. Aerzteversorgung zu machenden Vorschläge den einzelnen Bezirksvereinen unter Stellung einer Erklärungsfrist zustellen. Nach Ablauf derselben ist ein außerordentlicher Bayer. Aerztetag zur endgültigen Beschlußfassung einzuberufen.

3. Eventualantrag II (im Falle der Ablehnung des Urantrags und des Eventualantrags I).

Der XI. Bayer. Aerztetag beschließt: „Die derzeitige Regelung der Bayer. Aerzteversorgung hat vielerorts Anlaß zu Beanstandungen gegeben. Um es den einzelnen Bezirksvereinen zu ermöglichen, unter den verschiedenen

Versicherungsformen für eine Aertzerversorgung selbständig zu wählen, wird die Bayer. Staatsregierung gebeten, das Gesetz über die Bayer. Aertzerversorgung unter Zuziehung von Vertretern der Landesärztekammer dahingehend zu ändern, daß unter Aufhebung der Pflichtversicherung in der Aertzerversorgung den einzelnen Bezirksvereinen nach deren Satzung die Pflicht auferlegt wird, selbständig unter freier Wahl des Versicherungsträgers und der Versicherungsform für die ärztliche Versorgung der Mitglieder Sorge zu tragen und dementsprechende Kollektivversicherungen abzuschließen. Die Bayer. Aertzerversorgung hat den einzelnen Bezirksvereinen den Anteil am Vermögen (nach Sicherstellung der bereits fälligen Renten) zurückzugeben, der den Beiträgen der betreffenden Bezirksvereinsmitglieder entspricht.

B. Zusatzanträge formaler Natur.

Der Bayer. XI. Aertzetag beschließt, die Aertzerversorgung zu ersuchen, folgende Satzungsänderungen formaler Natur zu treffen:

I.

§ 6 und § 18 werden gestrichen. Es gibt keine schwerwiegenden Gründe, die den durch § 12 verbürgten Rechtsanspruch einschränken können. Entsprechend werden in § 28 I die Worte gestrichen: „über den Ausschluß von Mitgliedern und über die Entziehung von Versorgung.“

II.

§ 5 Abs. 1 Buchstabe f ist aus ebendiesem Grunde ebenfalls zu streichen. Buchstabe e desselben Absatzes des § 5 ist ebenfalls zu streichen. Es muß Mitgliedern, die aus Bayern verziehen, die Möglichkeit gelassen werden, freiwillige Mitglieder zu bleiben. Ebenso muß es Invalidenrentnern, Altersrentnern u. dgl. möglich bleiben, ihre Renten außerhalb Bayerns zu genießen.

III.

Sämtliche Bestimmungen über die Wartezeit sind zu streichen, falls Urantrag oder Eventualantrag I angenommen werden (§§ 11, 17, 19). An ihre Stelle tritt eine Bestimmung des Inhaltes, daß Anspruchsberechtigung bereits nach Zahlung eines Jahresbeitrags besteht.

IV.

§ 11 über die Rückgewährung von Beiträgen erhält folgende Fassung: „Ausscheidende Mitglieder erhalten in sämtlichen Fällen des § 5 bei nicht erfüllter Wartezeit (nur im Falle der Ablehnung des vorstehenden Zusatzantrages III) neun Zehntel, anderfalls vier Fünftel der geleisteten Beiträge zurück.“

V.

§ 10 Abs. 1 erhält folgende Fassung: „Jedes Mitglied hat in der von der Versicherungskammer vorgeschriebenen Weise dieser jeweilig fortlaufend sein Reineinkommen nach den für die Einkommensteuererklärung geltenden Grundsätzen anzugeben. Bestehen gegen die Richtigkeit der Angaben begründete Zweifel, so hat die Versicherung das Recht, die von der Finanzbehörde anerkannte Höhe des Reineinkommens zugrunde zu legen.“

VI.

§ 23 ist zu streichen. Es kann dem Arzt, der aus irgendeiner anderen Versorgung heraus Pensionsansprüche hat, nicht zugemutet werden, auf seinen Anspruch der Aertzerversorgung gegenüber, den er sich mit seinen Beiträgen erworben hat, zu verzichten. Aus dem gleichen Grunde ist Abs. IV des § 13 und Abs. III des § 21 zu streichen.

VII.

Im Falle der Nichtannahme des Urantrages und der beiden Eventualanträge erhält § 25 folgende Fassung: „Hinterläßt ein Mitglied keine versorgungsberechtigte

Witwe oder Waise, so werden vier Fünftel sämtlicher Beiträge des Mitgliedes unter Abzug evtl. bereits ausgezahlter Beträge an die Erben zurückvergütet.

Zusatzantrag

der Aertzlichen Bezirksvereine Neustadt a. d. H. und Pirmasens.

Der XI. Bayer. Aertzetag beschließt, die Bayer. Staatsregierung zu bitten, mit Rücksicht darauf, daß die bayerischen Aerzte für die Armenkassen, Wohlfahrtsämter und Bezirksfürsorgeverbände zu den Mindestsätzen der Gebührenordnung arbeiten, die Tätigkeit in Säuglings- und Mutterberatungsstellen größtenteils völlig unentgeltlich versehen, die gesamten persönlichen und sachlichen Verwaltungskosten der Bayer. Aertzerversorgung zu übernehmen, zumal die bayerischen Aerzte die wichtigsten Hüter der Volksgesundheit und hiermit des Volksstaates sind.

Anträge des Aertzlichen Bezirksvereins Koburg.

I.

Zu § 16: Auf Antrag kann nach Vollendung des 65. Lebensjahres das volle Ruhegeld mit Altersrente gewährt werden. Der Antragsteller muß auf jede hauptamtliche Tätigkeit, Kassen-, Badepraxis, Fürsorge usw. verzichten, kann aber die ihm verbliebene Privatpraxis weiterverfolgen.

Zu § 23: § 23 der Bayer. Aertzerversorgung wolle wie folgt geändert werden. Nach Abs. I: „In diesem Falle werden neun Zehntel der eingezahlten Beiträge dem Mitgliede oder einem Rechtsnachfolger zurückvergütet.“

II.

Anregung: Die Bayer. Aertzerversorgung möge alsbald die Vorarbeiten einleiten, um eine sogenannte Kapitalzusatzversicherung anzugliedern. Das Kapital hieran soll mit dem Tode, spätestens mit 65 Jahren ausgezahlt werden. Ueber dies Kapital hat der Versicherte das Recht der freien Verfügung bei Fälligkeit.

Antrag des Aertzlichen Bezirksvereins Nürnberg.

Der Verwaltungsrat der Bayer. Aertzerversorgung ist zu ersuchen, umgehend in eine eingehende Prüfung darüber einzutreten, ob die Satzung der Bayer. Aertzerversorgung dahin geändert werden kann, daß die Mitglieder die Beiträge, soweit sie die Mindestsätze überschreiten, nach freiem Ermessen als Kapitalversicherung anlegen können. Wenn das möglich ist, ist über die Angelegenheit auf einem baldigst einzuberufenden außerordentlichen Aertzetag, spätestens am nächsten ordentlichen Aertzetag, zu verhandeln.

Anträge des Aertzlichen Bezirksvereins Neu-Ulm-Günzburg-Krumbach.

I.

Der Rentenbezugsberechtigte soll künftig die Wahl haben für eine Rente oder Kapitalabfindung.

II.

Denjenigen Versorgungsberechtigten, die Beiträge aus höherem Einkommen leisten, soll nach einer festzusetzenden Karenzzeit ein erhöhter Rentenzuschlag gewährt werden, wenn und soweit es die Finanzlage der Aertzerversorgung gestattet.

Antrag des Vorstandes der Bayer. Landesärztekammer.

I.

Die Aertzerversorgung soll grundsätzlich zum Rentendeckungsverfahren übergehen. Es soll dauernd geprüft werden, ob nicht das Anwartschaftsdeckungsverfahren eingeführt werden kann.

II.

Das Wesen der Aerzteesorgung beruht grundsätzlich auf der Auszahlung von Renten. Eine Kapitalabfindung für die Hinterbliebenen wird abgelehnt. Die Bayer. Aerzteesorgung wird gebeten, zu berechnen, ob und in welchen besonders gelagerten Fällen eine Kapitalabfindung in Frage kommen kann.

Antrag der Aerztl. Bezirksvereine Neustadt a. d. H. und Pirmasens zu den Satzungen der Landesärztekammer.

In wichtigen Fragen, die die bayerische Aerzteeschaft betreffen, ist die Urabstimmung durchzuführen. Dazu ist notwendig, daß entweder die Landesärztekammer oder fünf Bezirksvereine die betreffende Frage als wichtig bezeichnen und daß entweder die Landesärztekammer oder fünf Bezirksvereine formell Urabstimmung beantragen.

Das neue bayerische Kassenarztrecht.

Von Dr. Jäger, Direktor des Städt. Versicherungsamtes München.

(Schluß.)

C. Vertragsrichtlinien.

Die Vertragsrichtlinien umfassen im ganzen 49 Paragraphen gegenüber den bisherigen 12 Paragraphen des KLB. Der Grund liegt darin, daß das neue Recht gegenüber der etwas unübersichtlichen Fassung des KLB. klarer gehalten werden sollte. Die Vertragsrichtlinien, welche unter dem 14. Juni 1929 im Staatsanzeiger Nr. 143 veröffentlicht worden sind, sind in vier Abschnitte gegliedert, welche von der Vertragsbildung (§§ 1 mit 3), dem Vertragsinhalt (§§ 4 mit 47), der Krankenordnung (§ 48) und den Schlußbestimmungen (§ 49) handeln.

Was die Vertragsbildung anlangt, so wird hinsichtlich der Aktivlegitimation zum Vertragsabschluß festgelegt (§ 1), daß der schriftlich niederzulegende Vertrag durch die kassenärztliche Organisation einerseits und die einzelnen Krankenkassen oder Krankenkassenverbände andererseits abgeschlossen wird. Als kassenärztliche Organisation gilt hierbei eine Vereinigung von Kassenärzten bzw. von Aerzten, die durch Eintragung im Arztregister ihre Bereitwilligkeit zu erkennen gegeben haben, Kassenpraxis zu betreiben. Zuständig für den Vertragsabschluß ist diejenige kassenärztliche Organisation, in deren Tätigkeitsbereich die zu regelnde ärztliche Behandlung stattfinden soll. Wie bisher, muß von beiden Seiten ein Verpflichtungsschein unterschrieben werden (§ 2). Auf der Aerzteseite hat die Unterschrift durch jeden zugelassenen Arzt zu erfolgen. Der Verpflichtungsschein ist gegenüber dem bisherigen Wortlaute erweitert, wenn die Verfolgung bürgerlicher Rechtsstreitigkeiten, insbesondere auch vermögensrechtlicher Ansprüche vor den ordentlichen Gerichten vertraglich ausgeschlossen werden soll. Die im Landesausschuß vertretenen Verbände der Krankenkassen und der Bayer. Aerzteeverband haben in der Sitzung vom 12. Juni 1929 diesen Ausschluß der ordentlichen Gerichte ausdrücklich neuerdings vereinbart und festgelegt, daß über vermögensrechtliche Streitigkeiten jeder Art die Schiedsstellen zu entscheiden haben. Die Verpflichtungsscheine selbst werden künftighin beim Zulassungsausschuß hinterlegt.

In Uebereinstimmung mit dem Reichsrecht wird ausdrücklich bestimmt (§ 3), daß Arztverträge, die nicht durch den Vertragsausschuß gelaufen sind, der rechtlichen Wirksamkeit entbehren. Nur dort, wo der Dienstvertrag mit dem einzelnen Arzte unter Bezugnahme auf einen bereits geläufigen, dem Vertragsausschuß vorgelegenen und von ihm gebilligten kassenärztlichen Ge-

samtvertrag erfolgt, bedarf es der Mitwirkung des Vertragsausschusses nicht mehr.

Der wichtigste Abschnitt ist derjenige über den Vertragsinhalt. Er zerfällt in allgemeine Bestimmungen (§§ 4 mit 15), in Vorschriften über die Vergütung (§§ 16 mit 32), über die Zahlung der Vergütung und Abrechnung (§§ 33 mit 38), über die Pflichten der Vertragsschließenden (§§ 39 mit 41), über die Prüfungsbestimmungen (§ 42), über den Arztausschuß (§§ 43 mit 45), über die Schiedsstellen (§ 46) und über die Vertragsdauer (§ 47).

Gemäß dem Reichsrecht wird allgemein festgelegt (§ 4), daß künftighin im kassenärztlichen Verträge festzustellen ist, welches Arztsystem bei der Kasse gilt. Der für das Arztsystem maßgebende Zulassungsrahmen muß deutlich gekennzeichnet werden. Änderungen im Arztsystem sind nur bei Uebereinstimmung beider Parteien möglich, im Streitfalle nur aus einem wichtigen Grunde.

Die freie Arztwahl unter den zugelassenen Kassenärzten (§ 5), die Anlage eines Arztverzeichnisses (§ 7), die Bestimmungen über den Arztwechsel (§ 8), über ausländische Aerzte in Grenzbezirken (§ 11), über Nichtärzte (§ 13) und über Vertrauensärzte (§ 14) entsprechen dem bisherigen Rechte. Die Einbeziehung der Fachärzte in den Kassenarztvertrag (§ 9) ist den Reichsrichtlinien nachgebildet. Wie im bisherigen Rechte ist festgelegt (§ 10), daß Kassenärzte nur in Ausnahmefällen Assistenten halten dürfen; in Abweichung von dem bisherigen Rechte entscheidet jedoch über das Vorliegen eines Ausnahmefalles der Zulassungsausschuß in der Besetzung mit dem Vorsitzenden endgültig.

Von besonderer Bedeutung ist die vom Reichsrecht übernommene Vorschrift über die Errichtung von diagnostischen Instituten (§ 12). Den Kassen ist das Recht eingeräumt, diagnostische Institute, Beratungsstellen, Behandlungsanstalten für physikalische oder mediko-mechanische Heilmethoden zu errichten, aber nur „zur Ergänzung und Förderung der kassenärztlichen Behandlung und zur Ausgestaltung der gesundheitlichen Fürsorge“. Die Benutzung dieser Einrichtungen steht nur den Kassenmitgliedern und ihren anspruchsberechtigten Angehörigen frei, und zwar nach den gleichen Grundsätzen wie die Inanspruchnahme derjenigen zugelassenen Aerzte, die nach den entsprechenden Methoden behandeln. Das bedeutet, daß ein Zwang zum Aufsuchen dieser Institute, solange entsprechend behandelnde Aerzte vorhanden sind, nicht ausgeübt werden kann.

In § 15 wird gemäß dem Reichsrecht die selbstverständliche Bestimmung wiederholt, daß der Kassenarztvertrag gewisse aus den örtlichen, wirtschaftlichen und persönlichen Verhältnissen sich ergebende Sonderbestimmungen enthalten kann.

Was die Vergütung betrifft, so wird gemäß dem bisherigen Rechte zunächst festgelegt (§ 16), daß sie entweder im Wege der Vereinbarung der beiderseitigen Reichs- oder Landesorganisationen getroffen oder von diesen dem engeren Ausschuß des Landesausschusses zur Festsetzung überwiesen werden kann, und daß bei Nichteinigung der weitere Ausschuß des Landesausschusses die entsprechende Festsetzung trifft. Die Bezahlung der ärztlichen Verrichtungen hat nach Art und Höhe und, soweit erforderlich, auch hinsichtlich des Weggeldes im Kassenarztvertrage geregelt zu werden. Als Form der Zahlung kommt, wie bisher, das Pauschsystem oder die Bezahlung nach Einzelleistungen in Frage.

Gegenüber dem bisherigen Rechte neu, aber dem Reichsrecht entnommen ist (§ 18), daß künftighin auf Verlangen der Kasse jede bei einem Kranken ausgeführte einzelne Leistung von den Aerzten nach näherer Vereinbarung bei Einreichung der Arztrechnung

nachzuweisen ist. In Abweichung vom Reichsrecht wird aber bestimmt, daß es der örtlichen Vereinbarung vorbehalten bleibt, ob und inwieweit diese Verpflichtung auch bei Pauschbezahlung gilt.

Die Bezahlung für die Behandlung auswärtiger Mitglieder ist verschieden geregelt, je nachdem es sich um sogenannte „überwiesene“ oder um auswärtige andere Mitglieder handelt. Unter „überwiesenen Mitgliedern“ versteht man in einem Kassenbezirk wohnende oder sich aufhaltende Mitglieder einer auswärtigen Krankenkasse, die zwecks Durchführung einer etwa notwendigen Behandlung der Kasse des Bezirkes ihres Wohn- oder Aufenthaltsortes überwiesen worden sind. Für solche Mitglieder hat die auswärtige Kasse bei Berechnung der ärztlichen Vergütung nach Einzelleistungen die gleichen Sätze wie für die Mitglieder der aus helfenden Kasse; wenn aber bei der aus helfenden Kasse ein Pauschsystem besteht, die Mindestsätze der amtlichen Gebührenordnung zu berechnen, die für den Ort gilt, an dem die Leistung gewährt wird. Die Bezahlung aller anderen auswärtigen Kassenmitglieder, für die also der behandelnde Arzt im Sinne des bisherigen Rechtes „bezirksfremder“ Arzt ist, erfolgt nach Einzelleistungen; die Prüfung obliegt der für die Kasse und nicht für den Arzt zuständigen Prüfungsstelle. Wenn es die auswärtige Kasse wünscht und wenn eine entsprechende Zahl ihrer Mitglieder in dem fremden Bezirk vorhanden ist, ist mit der kassenärztlichen Organisation des Wohn- oder Aufenthaltsortes dieser auswärtigen Mitglieder ein Sondervertrag hinsichtlich der Vergütung abzuschließen. Die Frage, ob und inwieweit die Haus- und Sprechstundenbehandlung nicht überwiesener auswärtiger Mitglieder aus dem Pauschale zu bezahlen ist, bleibt jedoch der Regelung im örtlichen Vertrage überlassen.

Die Krankenhausbehandlung regelt § 20. Er definiert hierbei in Anlehnung an die Reichsrichtlinien den Begriff Krankenhausbehandlung dahin, daß sie, soweit nichts Abweichendes vorgesehen ist, umfaßt:

- a) stationäre ärztliche Behandlung, die in einem Krankenhaus durch einen von diesem angestellten und bezahlten Krankenhausarzt erfolgt;
- b) stationäre Behandlung, die von Kassenärzten in solchen Krankenanstalten jeder Art erfolgt, die keinen angestellten Krankenhausarzt haben und bei denen die Bezahlung der Krankenhausbehandlung nicht durch das Krankenhaus erfolgt; als Krankenhausbehandlung in diesem Sinne wird auch stationäre Behandlung in Privatkliniken angesehen.

Soweit ein Kassenarzt in dem Krankenhaus befindliche Kassenpatienten nicht für Rechnung des Krankenhauses behandelt, richtet sich seine Bezahlung und deren etwaige Begrenzung und Pauschalierung nach den vertraglich hierfür getroffenen Bestimmungen.

Der Begriff der Sachleistungen ist in § 21 nach dem bisherigen Rechte festgelegt. Dem Reichsrecht entnommen ist, daß die Untersuchungen nach Nr. 20 b bis e, 21 a bis e, 27 e, 62 b, 91 b bis e, 113 b bis e, 128 a der Preugo besonderer Begründung bedürfen und nur vorgenommen und berechnet werden sollen, wenn sie unbedingt notwendig waren, und daß sie sowie die Untersuchungen nach Nr. 19, 64, 91 a und 113 a der Preugo nicht mehr als zweimal in einem Behandlungsvierteljahr berechnet werden sollen.

Die bisher im KLB. vorgesehene grundsätzliche Gewährung eines Epidemiezuschlages ist gefallen. Der neue § 22 überläßt es dem örtlichen Vertrage, ob im Falle des Ausbruches einer Epidemie die Bestimmungen über die ärztliche Vergütung besonders zu vereinbaren sind, wenn ihre Beibehaltung eine unbillige Härte darstellen würde. Die Bestimmungen über die Aufnahmeuntersuchungen (§ 23) entsprechen

dem bisherigen Rechte. Das gleiche gilt für die verschiedenen Krankheitsbescheinigungen (§ 24), wobei jedoch eine Erweiterung dahin erfolgt ist, daß auch Auskünfte „entsprechend Nr. 15 a der Preugo und gutachtliche Äußerungen“ ohne besondere Vergütung zu erteilen sind, und daß die bisher vorgesehene Portorerstattung entfallen ist.

In § 25 wird entsprechend den Reichsrichtlinien und der bisher bereits geübten Praxis der Begriff des Behandlungsfalles erläutert. § 26 bringt die bisherige Vorschrift, daß Richtlinien für Strahlenbehandlung vom Landesauschuß zu erlassen sind; die Bestimmung, daß auch für Operationen, die in der staatlichen Gebührenordnung nicht enthalten sind, der Landesauschuß Richtlinien aufstellt, ist entfallen.

Die Vorschriften über die Vergütung der ärztlichen Verrichtungen nach dem Pauschsystem (§ 27) entsprechen im wesentlichen dem bisherigen Rechte. Neu ist, daß die Abgeltung aller ärztlichen Leistungen mit Ausnahme der Krankenhausbehandlung, der Sachleistungen und des Wegegeldes nunmehr grundsätzlich festgelegt ist („werden abgegolten“ gegen bisher „sollen abgegolten werden“), und daß sich diese Abgeltung ausdrücklich auch auf die fachärztlichen Leistungen, die Gebühren für geburtshilfliche Leistungen und für sonstige Sonderleistungen erstreckt. Wieweit auch Leistungen nach II b Nr. 20, 21 der Preugo unter das Pauschale fallen, war bisher örtlich zu vereinbaren, während es nunmehr „für den einzelnen Fall“ festzulegen ist.

Für die Vergütung der ärztlichen Verrichtungen nach Einzelleistungen und hinsichtlich der Begrenzungsbestimmungen schließt sich § 28 gleichfalls dem bisherigen Rechte im wesentlichen an. Aus dem Reichsrecht übernommen ist die Bestimmung, daß die Begrenzung angemessen sein soll und keine der beiden Parteien einseitig belasten darf. Die drei Beispiele der Begrenzung nach dem Vielfachen der Beratungsgebühr (Beispiel I), der Berechnung nach dem Durchschnittssatz von Beratungen und Besuchen auf den Fall pro Vierteljahr (Beispiel II) und der Begrenzung je nach der überwiegend landwirtschaftlichen oder gewerblichen Zusammensetzung der Versicherten (Beispiel III) ist beibehalten worden.

Im Interesse einer klareren Gliederung wurden jedoch die auf Beispiel I und II bezüglichen Ausnahmen von der Begrenzung nunmehr vor Beispiel III gestellt. Dabei wurden gleichzeitig wesentliche Änderungen an den Bestimmungen vorgenommen. So soll die Begrenzung künftighin nur mehr Anwendung finden, wenn bei einer Kasse auf die Gesamtheit der Kassenärzte eine „im Vertrage festzulegende“ Zahl von Behandlungsfällen im Vierteljahre entfällt (bisher Beschränkung auf Aerzte, die im Vierteljahre mehr als 100 bzw. 50 Kranke behandeln). Gleichzeitig wird gestattet, daß sich im Bereiche desselben Versicherungsamtes mehrere Kassen zum Zwecke der Abrechnung im Wege des örtlichen Vertrags zusammenschließen können, so daß sie also dann an der Möglichkeit der Begrenzung teilnehmen.

Für die Vergütung zahnärztlicher Leistungen gilt (§ 29) die bisherige Bestimmung; doch hat sich ein Arzt, der zahnärztliche Praxis ausübt, den Abmachungen zu unterwerfen, die zwischen der Kasse und den Zahnärzten beschlossen worden sind.

Die Vergütung der Wegegelder ist in verschiedenen Punkten wesentlich geändert worden. Ihre zentrale Vereinbarung oder ihre Festsetzung durch den Landesauschuß und ihr Wesen als Richtpreise, die je nach Lage der Verschiedenheit des Geländes in beiderseitigem Einvernehmen nach oben oder unten abgerundet werden können, bleibt zwar beibehalten (§ 30). Auch

ihre Berechnung (§ 31) entspricht im wesentlichen dem bisherigen Rechte; doch ist die bisher grundsätzlich ausgeschlossene Berechnung von Wegegeldgebühren innerhalb des Wohnortes des Arztes und bei einer Entfernung von weniger als 2 km nunmehr in eine Sollvorschrift gemildert worden. Das gleiche gilt für die Anlage des Entfernungsverzeichnisses. Wesentliche Änderungen bringt erst die Beschränkung der Wegegelder (§ 32). Das Reichsrecht sieht hier sechs Möglichkeiten vor, von denen nur zwei, nämlich die Ermäßigung um örtlich zu vereinbarende Hundertsätze bei Besuch von Orten ohne Arzt durch mehrere Aerzte und die Verteilung des Wegegeldes nach Wegegeldkassen bisher schon im KLB. enthalten waren. Neu hinzugekommen ist die Beschränkung durch Einführung von Dorfsprechstunden, wobei jedoch Einverständnis der Kasse und der kassenärztlichen Organisation gefordert wird, ferner durch Zuschlag zu den Besuchsgebühren durch Führung von Wegegeldlisten und durch Anmeldung der Ueberlandbesuche bis zu einer bestimmten Tagesstunde. Aus dem bisherigen Rechte ist geblieben, daß eine Beschränkung des Wegegeldes durch prozentuale Herabsetzung des Wegegeldsatzes für sämtliche Aerzte des Bezirkes oder für einzelne Orte eingeführt werden kann, und daß bei Beschränkung der Wegegelder das Wegegeld niemals weniger als 80 Proz. der zentral vereinbarten oder vom Landesausschuß festgesetzten Sätze betragen darf. Dem Reichsrecht entspricht es, daß bei Kassen, für welche das Wegegeld in dieser Weise beschränkt ist, der Verzicht auf die Bildung von Arztbezirken empfohlen wird.

Die Bestimmung über die Zahlung der Vergütung und Abrechnung, die das Reichsrecht nur allgemein regelt, sind in den §§ 33 mit 38 den bisherigen Bestimmungen des § 10 KLB. entsprechend gefaßt worden.

Für die Pflichten der Vertragsschließenden bestimmt zunächst (§ 39), daß wie bisher eine Anweisung für die kassenärztliche Tätigkeit erlassen werden wird und daß im übrigen die Richtlinien für Prüfungseinrichtungen, für Strahlenbehandlung und für die Anwendung der Preugo von den Aerzten beachtet werden müssen. Den Kassen ist in § 40 die Beachtung der für sie in der Anweisung für die kassenärztliche Tätigkeit einschlägigen Vorschriften noch besonders auferlegt. Neu aus dem Reichsrecht übernommen ist die Vorschrift über die Nachuntersuchung (§ 41). Danach ist die Kasse berechtigt, Kranke jederzeit durch einen Vertrauensarzt oder durch den hierfür bestimmten Ausschuß (§ 42) untersuchen zu lassen. Vor der Nachuntersuchung soll dem behandelnden Arzt nach Möglichkeit Gelegenheit zur Äußerung gegeben werden, wenn dies ohne Verzögerung der Nachuntersuchung geschehen kann. Das Ergebnis der Nachuntersuchung ist dem behandelnden Arzte mitzuteilen. Die Entscheidung des Vertrauensarztes oder des Ausschusses über die Arbeitsfähigkeit ist maßgebend. Die Einholung vom Obergesundachten kann mit der Maßgabe verbindlicher Wirkung vereinbart werden. Der Kassearzt selbst kann die Nachuntersuchung durch den Vertrauensarzt oder den Ausschuß beantragen; er ist hierzu verpflichtet in besonderen Fällen, namentlich wenn der Kranke bei seinen Angaben verharrt und die Feststellungen des Arztes dafür keinen Anhalt bieten.

Die Ueberwachung der kassenärztlichen Tätigkeit kann entsprechend dem bisherigen Rechte durch einen von der kassenärztlichen Organisation bestellten Prüfungsausschuß erfolgen, an dessen Tätigkeit die Kasse angemessen zu beteiligen ist (§ 42).

Wollständig neues Recht bringen die dem Reichsrichtlinien entnommenen Bestimmungen über den Arztausschuß. Er muß zur Erledigung allgemeiner

Arzt- und Kassenangelegenheiten und zur Förderung der gedeihlichen Zusammenarbeit der Kassen und ihrer Aerzte in paritätischer Zusammensetzung bei jeder einzelnen Kasse errichtet werden (§ 43). Abweichend vom Reichsrecht hat der Landesausschuß aber auch die Möglichkeit geschaffen, daß ein gemeinsamer Ausschuß für alle Kassen des Versicherungsamtsbezirkes errichtet werden kann. Besetzung und Geschäftsführung obliegen der Vereinbarung beider Parteien, doch können Mitglieder nur Kassenärzte und Vorstandsmitglieder der Krankenkassen oder Angestellte der Vertragsparteien sein (§ 44). Der Vorsitz wird abwechselnd zwischen beiden Parteien geführt; die Beteiligten sollen im Arztausschuß gehört werden; das Ergebnis der Verhandlungen hat eine Niederschrift zusammenzufassen. Als Aufgaben des Arztausschusses bezeichnet § 45: die Durchführung des bestehenden Arztvertrages sowie die Regelung und Förderung der sich daraus ergebenden gemeinsamen Beziehungen zwischen den Vertragsparteien; die gütliche Erledigung der die Kasse und die Gesamtheit der Kassenärzte oder einzelne von ihnen berührenden Streitigkeiten, soweit nicht der Prüfungsausschuß zuständig ist; die Vorbereitung der vertraglichen Regelung aller die ärztliche Versorgung der Versicherten und die Stellung der Kassenärzte betreffenden Fragen; die Mitwirkung bei einer zweckmäßigen und friedlichen Lösung dieser Frage, die Einwirkung auf dauernd unbeschäftigte oder minderbeschäftigte Aerzte zum freiwilligen Verzicht auf die Kassenarztstätigkeit. Aus begrifflichen Gründen wird der Arztausschuß im Hinblick auf seine aus den Parteien genommene Zusammensetzung als nicht geeignet zum Tätigwerden als Schiedsstelle bezeichnet.

Diese in § 46 behandelten Schiedsstellen sind gleichfalls neu und dem Reichsrecht entnommen. Sie gehen zurück auf § 338m Abs. 1 Satz 1 RVO., wo festgelegt ist, daß an Stelle des Schiedsamtes bei Streit über die Bedingungen eines Arztvertrages oder bei Streitigkeiten aus abgeschlossenen Arztverträgen auch ein besonderes Schiedsgericht tätig werden kann. An ihm dürfen am Streit beteiligte Personen nicht mitwirken. Seine Zusammensetzung ist paritätisch unter Leitung eines unparteiischen Obmannes, über den sich die Parteien zu einigen haben. Wenn das Schiedsgericht auch für die Entscheidung in bürgerlichen Rechtsstreitigkeiten aus dem Dienstvertrag im Sinne des 10. Buches der Zivilprozeßordnung tätig werden soll, so müssen diese Rechtsstreitigkeiten im Arztvertrage genau bestimmt sein. Die Schiedsgerichtsabrede ist dann auch in die mit den einzelnen Aerzten auf Grund eines kassenärztlichen Gesamtvertrages abgeschlossenen Dienstverträge, insbesondere in den Verpflichtungsschein (s. oben) aufzunehmen.

Die Vertragsdauer ist in § 47 dahin geregelt, daß jeder Vertrag mindestens ein Jahr läuft und daß er auf ein weiteres Jahr sich verlängert, wenn er nicht mindestens drei Monate vor Ablauf jedes Jahres schriftlich gekündigt ist.

Die dem Reichsrecht unbekanntenen Bestimmungen des § 48 über die Krankenordnung sind wortwörtlich dem § 6 KLB. entnommen.

Die neuen Vertragsrichtlinien sind am 1. Juli 1929 im Kraft getreten (§ 49). Mit diesem Tage hat der kassenärztliche Landesvertrag in Bayern (KLB.) zu bestehen aufgehört. Von den zu seiner Ausführung ergangenen Bestimmungen gelten jedoch die Anweisung für die kassenärztliche Tätigkeit, die Anleitung zur wirtschaftlichen Verordnungsweise, die Richtlinien für Prüfungseinrichtungen, für die Anwendung der Preugo und für Strahlenbehandlung fort. Ihre Aenderung und Anpassung an die Vertragsrichtlinien bleibt weiteren Verhandlungen im Landesausschuß vorbehalten, die im Herbst dieses Jahres stattfinden werden.

Rede des I. Vorsitzenden des Deutschen Aerztereinbundes Geh. San.-Rat Dr. h. c. Stauder am Freitag, den 28. Juni 1929, in Essen beim Festessen.

Wenn wir deutschen Aerzte bei unserer Jahresagung uns zu gemeinsamem Festmahle zusammenfinden, das durch die Anwesenheit hochgeehrter Ehrengäste und einen reichen Kranz von Damen verschönt ist, dann erheben sich zunächst unsere Herzen im Gedenken an das, was uns alle ungeachtet bestehender Meinungsverschiedenheiten vereint und umschließt, an unser liebes deutsches Vaterland.

Wir deutschen Aerzte wandern bei unseren Tagungen durch die deutschen Lande. In jedem Jahre grüßt uns eine andere Landschaft, ein anderer Volksstamm. Bald tagen wir am Strande des Meeres, dann wieder umgeben vom deutschen Wald; bald sehen wir auf zu unseren schönen Bergen, bald hinunter zu den deutschen Strömen. Die Verschiedenheit der deutschen Stämme in Dialekt und Art und Auffassung, die Lebensbedingtheit derselben aus dem Boden, der sie trägt und dem sie entwachsen, wird uns vertraut und lieb, und die Schönheit der alten deutschen Kulturstätten und Lande, die unendliche Mannigfaltigkeit der Landschafts- und Städtebilder geht uns auf. So singen wir, erfüllt von einer fast romantischen Liebe zum deutschen Boden, mit dem Dichter:

O Vaterland, wie bist du schön
Mit deinen Aehrenfeldern,
Mit deinen Bergen, deinen Höhn
Und deinen stillen Wäldern.

Aus diesem Erkennen der Verschiedenartigkeit der deutschen Lande und ihrer Natur- und Kulturschönheit fühlen wir in uns ein umfassendes Bild des deutschen Vaterlandes erstehen und staunen über den vielgestalteten Reich unserer Heimat.

So werden wir auf diesen Wanderschaften durch die deutschen Lande immer mehr erfüllt von einem Gefühle wachsender Zusammengehörigkeit unseres aus allen Gauen und Ländern Deutschlands sich zusammensetzenden Standes, und darüber hinaus durch das persönliche Kennenlernen unseres Volkes an den Stätten, an denen es wohnt und lebt, ringt, strebt und stirbt, zu Bewunderern und Bekennern der deutschen Volksgemeinschaft.

Das scheint mir die erste Wurzel tiefer Vaterlandsliebe zu sein, die in der Seele eines Menschen heranwächst zu Stamm und Blüte, daß er die Art und Schönheit deutscher Lande und deutscher Kultur in allen ihren Beziehungen erkennt und aus der Pflege dieser Erkenntnis zur Liebe fortschreitet.

In diesem Jahre grüßt uns ein anderes Bild als sonst an Deutschen Aerztetagen. Nicht die romantische deutsche Natur in ihrer Gestalten Fülle mit Burgen, Wäldern und Seen hat uns in diese Stadt gezogen. Eine vom menschlichen Geist und unermüdlicher Tatkraft geschaffene Landschaft umgibt uns mit Gebilden, zu denen wir staunend und bewundernd emporblicken. Wir sind in die Hochburg deutscher Arbeit, in das Land an der Ruhr und um den deutschen Rhein eingezogen. Das gewaltigste Werk schöpferischer Menschenhand, das wir in deutschen Landen kennen, hat uns umschlossen. Dieses Land herber deutscher Tat und Kraft kündet von unverwüßlichem, nie erlahmendem Arbeitswillen all seiner schöpferisch tätigen Bevölkerungsschichten. Unermüdliches Ringen menschlichen Geistes und deutscher Wirtschaft, nie erlahmende Tätigkeit arbeitsgeübter Männerarme haben dieses Land und die in ihm tausendfach drängende Arbeit geschaffen. Kohle und Stahl stellen die Größe

dieses Landes dar. Neue erschütternde Eindrücke von der Größe unseres schaffenden Volkes gehen in uns auf. Wir lernen Bewunderung und Achtung vor deutschem Geist und deutscher Tat und reiche Erweiterung unseres Wissens um unser Volk und seine nie versagende, auch in Zeiten der Not nie erlahmende innere Größe.

Wir huldigen diesem Geist der Arbeit und lernen aus ihm und begreifen so aufs neue, daß nur aus dem Erkennen und Verstehen die Liebe zum Deutschtum wachsen kann. Und das scheint mir die zweite Wurzel deutscher Vaterlandsliebe zu sein, daß man versucht, zu verstehen und zu erkennen und daß man das Ringen und Streben, die schaffende Tat des deutschen Volkes ehrfürchtig in sich aufnimmt.

Zum dritten glaube ich, daß die Schicksalsverbundenheit des ganzen deutschen Volkes in all seinen Schichten geeignet ist, die Gegensätze in ihm zu überbrücken und die für das deutsche Volk so notwendige Einigung zu fördern. Schwer und nahezu unerträglich liegt auf uns das durch den Zusammenbruch im großen Krieg über uns verfügte deutsche Schicksal. Gerade am heutigen Tage, da der zehnjährige Gedenktage an die Unterzeichnung des Versailler Friedensvertrages mit seinen so unerträglichen Auswirkungen für das Leben des deutschen Volkes und seine Zukunft uns vor dem geistigen Auge steht, willenslähmend und niederdrückend und entmutigend, gerade in dieser Zeit, da wir nach Abschluß der Tributverhandlungen in Paris zu der ernüchternden Erkenntnis gekommen sind, daß zwei Generationen des deutschen Volkes unter der überschweren Bürde von Zahlungsverpflichtungen leiden, deren Ausmaße kaum zu begreifen sind, deren Folgen aber erschreckend vor uns stehen, erscheint es mir unwahrscheinlich, daß ein Besinnen durch die deutschen Volksgenossen geht und die Erkenntnis reift, daß wir alle, die wir die deutsche Sprache sprechen und uns Deutsche nennen dürfen, ein gleiches schweres Schicksal für uns und unsere Kinder zu tragen haben, daß kein einziger Stand, keine einzige Berufsschicht ausgenommen ist von der schweren Last und Bürde dieser grauenvollen Verpflichtung, daß es im Sinne der Pflichterfüllung gleich ist, an welcher Stelle der einzelne schafft und wirkt, und daß die Arbeit aller Hände künftighin belastet ist mit dem Schuldzoll des verlorenen Krieges.

Die Auswirkungen dieser Schicksalsverbundenheit müssen über den Hader dieser Zeit hinüber zu einer Einigung des deutschen Volkes unter gleichen Pflichten führen, wenn anders nicht das Deutsche Reich in sich zerfallen soll.

Und darum wird die innere Kraft und der Lebenswille eines so reich begabten Volkes gar keinen anderen Weg finden können, als aus dieser Schicksalsverbundenheit heraus den Willen zum Leben und zur Geltung wieder zu finden und die Kraft zum Aufstieg aus härtester Prüfung, geläutert zu neuer Entwicklung.

So sind es meines Erachtens drei starke Wurzeln, die das Vaterlandsgefühl in jedem Deutschen aus der Verwirrung dieser Zeit heraus neu schaffen und erstarren lassen: Die Erdverbundenheit, die Arbeitsverbundenheit und die Schicksalsverbundenheit des gesamten deutschen Volkes. Sie sind es, die uns die Gewißheit geben, daß wir trotz allem ein Volk sind und bleiben, und daß eine Klärung und Läuterung der deutschen Volksseele in diesem Sinne unausbleiblich ist.

Wir deutschen Aerzte brauchen solch große und eindringliche Gedanken, um aus ihnen für uns selbst und für das Leben unseres Standes die rechten Folge-

rungen ziehen zu können. Auch wir sind ein Stand arbeitsverbundener Brüder, gleiche Pflichten, gleiches Schicksal ist uns deutschen Aerzten allen beschieden.

Und so darf ich wohl zusammenfassend sagen, ein Volk, das nicht strebt und ringt und aus Knechtung durch Arbeit sich befreit, verliert das Recht auf Leben. Ein Stand wie der ärztliche, der nicht von der gleichen Entschlossenheit zur schaffenden und dienenden Tat beseelt ist, wird sich auch den Anspruch auf Geltung und Achtung verschmerzen. Ein Volk, das in Zeiten der schwersten Not mit hartem Willen den Kampf mit widrigstem Schicksal unverdrossen kämpft, in der Tiefe der Bergwerke, in Dampf und Feuer der Eisenessen täglich und stündlich das Recht auf Bestehen und Aufstieg sich schafft und erzwingt, kommt auf diesem harten Weg schrittweise und mühsam, aber bestimmt voran auf dem dornenreichen, mit Qual und Not, Kampf und Gefahr erfüllten Weg des deutschen Aufstiegs.

Eine deutsche Aerzteschaft, die sich täglich und stündlich das neu erkämpft und erwirbt, was für die Wesensart des Standes, seine inneren Werte und Ideale unentbehrlich ist, hat das Recht auf Achtung des Gesetzgebers und aller öffentlichen Faktoren des Reiches, erwirbt sich aus innerster Kraft das Recht auf Mitarbeit und hingebende schöpferische Betätigung für unsere Volksgesundheit.

Und so möchte ich wünschen, daß aus solchen Gedanken ernstester Art, die fernab liegen von dem Rausch der Begeisterung und des Stolzes, mit dem wir ehemals das deutsche Vaterland preisen durften, in Ihnen allen, meine hochverehrten Damen und Herren, der feste und unerschütterliche Vorsatz lebe, durch dienende Tat unserem deutschen Vaterlande neue Einigung, Kraft und Freiheit zu verschaffen, damit es geachtet lebe und blühe und einen erfolgreichen Aufstieg nehme, der seinen Fähigkeiten und seiner Bedeutung im Rahmen der Kulturstaaten entspricht.

Vereinigen Sie sich in dem Gelöbniß dieser Treue, und rufen Sie mit mir:

Unser deutsches Vaterland, es lebe!

Sozialhygienisches von der Tuberkulosetagung in Pymont.

Von Stadtarzt Dr. Roeder, Treptow.

Das Hauptthema des ersten Tages lautete: Arbeitsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit, Invalidität und Berufsunfähigkeit bei Tuberkulose und wurde von zwei Juristen und zwei Aerzten behandelt.

Oberregierungsrat Dr. Unger vom Reichsversicherungsamt führte ungefähr folgendes aus:

Es ist unbestrittene Aufgabe des Arztes, die Verhältnisse von Körper und Geist eines Versicherten zu beurteilen; bei der Frage nach Erwerbsunfähigkeit sind jedoch noch andere Gesichtspunkte, wie Arbeitsmarkt, Berufsverhältnisse, Lohnverhältnisse zu berücksichtigen. Da bezüglich dieser Fragen die Reichsversicherungsträger zuständig sind, ist eine Zusammenarbeit beider Organe notwendig, wobei vorausgesetzt wird, daß die Gutachten der Aerzte auch hinsichtlich der letzten Gesichtspunkte sich so weit verbreiten, daß sie dem Juristen eine Grundlage für sein Urteil bieten können. Darin wird niemand Ueberschreitung ihrer Befugnisse erblicken. Erwerbsunfähigkeit und Arbeitsunfähigkeit sind

zwei verschiedene Begriffe, der erste der weitere, der letzte der engere. Erwerbsunfähigkeit kann auch bei Arbeitsfähigkeit vorliegen, wenn diese z. B. durch Weigerung der Berufsgenossen zur Zusammenarbeit wegen ansteckender Krankheit auf dem Arbeitsmarkte nicht realisiert werden kann, oder wenn durch Aufnahme der Arbeit sofortige Verschlimmerung droht. Allerdings ist die Gefährdung noch nicht gegeben, wenn der Versicherte sie nur befürchtet; auch eine rein theoretische Möglichkeit der Gefährdung reicht noch nicht aus, sondern sie muß objektiv im Einzelfalle nach dem Zustande begründet sein. Dagegen besteht nicht Erwerbsunfähigkeit, wenn der vorhandene Rest der Arbeitsfähigkeit vielleicht durch Ueberfüllung des Berufes nicht in Tätigkeit treten kann; hier liegt Arbeitslosigkeit und keine Beziehung zu einer Krankheit vor. Eine nach Heilstättenkur vom Arzte vorgeschlagene Schonung reicht zur Begründung der Arbeitsunfähigkeit aus. Hinsichtlich der Rentenurose ist Arbeitsunfähigkeit dann gegeben, wenn der bewußte Wille zur Nichtarbeit ausgeschaltet ist. Freilich ist der Nachweis hierfür sehr schwierig. Wenn ein Tuberkulöser durch Abkapselung seines Lungenherdes in medizinischem Sinne geheilt ist, brauchen sich medizinische und juristische Arbeitsunfähigkeit nicht zu decken. Diese Differenz spielt eine sehr erhebliche Rolle in der Frage, ob bei Wiedererkrankung dieselbe nicht gehobene Ursache anzuschuldigen ist oder nicht. Wenn ein solcher Kranker mit abgekapseltem Herde sich nur regelmäßig untersuchen läßt, ohne behandlungsbedürftig zu sein, ist seine Krankheit juristisch erledigt, sie geht nicht weiter, desgleichen, wenn er sich nur aus vorbeugenden Gründen in eine Heilstätte aufnehmen läßt; wohl aber geht die Krankheit weiter, wenn der Kranke irgendwelche Beschwerden hat und zur Behandlung ins Krankenhaus geht. Voraussetzung für das Bestehen einer Krankheit und einer eventuellen Arbeitsunfähigkeit ist immer Behandlungsbedürftigkeit in versicherungsgesetzlichem Sinne. In der Invaliditätsversicherung ist der Begriff der Arbeitsunfähigkeit genau definiert, es sind hiernach sehr viele Umstände zu prüfen. Auszugehen ist immer vom Kranken, zu fragen ist, wieviel ihm noch für den allgemeinen Arbeitsmarkt verblieben ist, aber doch in einem Berufe, der von dem seinigen nicht allzu verschieden ist und ihm mit Rücksicht auf seine bisherige Ausbildung zugemutet werden kann. Auch eine andere Berufsausübungsform mit ganz anderer Einkommensart kann einem Versicherten nicht zugemutet werden, z. B. einem unselbständigen Fabrikarbeiter nicht der selbständige Hausiererberuf; auch eine sehr weite Verpflanzung ist nicht statthaft. Maßgebend ist nicht der gerade ausgeübte Beruf, sondern der auf der Höhe des Schaffens ausgeübte. Da der Begriff der Arbeitsunfähigkeit für die verschiedenen Versicherungszweige verschieden definiert ist, ist ein in einem Verfahren abgegebenes Urteil nicht ohne weiteres für ein anderes maßgebend. Für die Frage der zeitlichen Invalidität ist entscheidend, ob in absehbarer Zeit eine Besserung wirklich eintreten wird, nicht ob eine Besserung theoretisch einmal eintreten kann. Die Rente darf nur entzogen werden, wenn eine entschiedene Besserung in der Krankheit, die Invalidität bedingte, eingetreten ist. In der Angestelltenversicherung decken sich die Begriffe Arbeitsunfähigkeit und Berufsunfähigkeit. Bei dem vielgestaltigen Bilde der Tuberkulose lassen sich aus diesen Erörterungen allgemeine Richtlinien für diese Krankheit nicht ziehen; um so wichtiger sind ausführliche ärztliche Gutachten, die dem Richter einen guten Begriff von dem Stande der Krankheit geben.

Senatspräsident Zielke erörterte die juristischen Grundsätze, die in der Unfallversicherung und Reichsversorgung maßgebend sind.

Hier kennt das Gesetz völlige und teilweise Erwerbsunfähigkeit und geht unter Berücksichtigung der vorhandenen Anlagen und Kenntnisse von dem eigentlichen Berufe aus. Ein Schneider, der, zufällig im Bauhandwerk arbeitend, sich die Finger verletzt, hat das Recht auf diejenige Rente, die für sein Schneiderhandwerk entscheidend gewesen wäre; ebenso hat auch Nebenbeschäftigung, z. B. abends Musizieren, Berücksichtigung zu finden. Wenn aber jemand als Buchdrucker ausgebildet war, ohne jemals den Beruf praktisch ausgeübt zu haben, so gelten seine Kenntnisse nicht als effektiv vorhanden. Berufsumschulung und Berufswechsel kann nur von Jugendlichen verlangt werden, gleiche Verletzungen sind bei verschiedenen Berufen verschieden zu bewerten. Hinsichtlich der Beziehungen Unfall und Tuberkulose hat Redner eine Reihe von Knappschafts-akten durchstudiert und glaubt, daß die positiv ausgefallenen Urteile einer scharfen juristischen Kritik nicht standhalten.

Obermedizinalrat May (Buchwald) führte vom Standpunkt des Arztes aus:

Die bisherige Literatur ergibt nur wenig über den Zusammenhang von Erwerbsunfähigkeit und Tuberkulose. Differenzen sind jedoch vorhanden, nicht nur zwischen Aerzten und Reichsversicherungsträgern, behandelnden und Vertrauensärzten, sondern auch zwischen Fürsorge- und Heilstättenärzten, von denen erstere mehr den Gesichtspunkt der Seuchenbekämpfung, letztere den der Behandlungsbedürftigkeit in den Vordergrund stellen und daher milder urteilen. Klärung ist daher sicherlich notwendig.

Verschiedene Auffassung besteht nicht bei den schweren Fällen, die zum Fortschreiten neigen und ausgebreitet sind, sondern nur bei den beginnenden und mittelschweren Fällen. Beginnen letztere als Frühinfiltrate mit Tuberkelaustritt, so ist die Sachlage klar und die Entscheidung leicht, sie sind erwerbsunfähig. Sind objektive Funde vorhanden, die die Beschwerden des Kranken berechtigt erscheinen lassen, so besteht ebenfalls Einigkeit. Fehlen aber objektive Zeichen, so ist die Beurteilung schwierig. Alles kommt hier auf gute Diagnosenstellung unter Zuhilfenahme der subtilsten Methoden, Röntgendurchleuchtung und Plattenaufnahme, Puls, Temperatur, Blutbild, Senkungsreaktion an, der allgemeine Kräfte- und Ernährungszustand und die bisherige Leistungsfähigkeit im Berufe sind zur Beurteilung heranzuziehen. Weniger ist auf die subjektiven Beschwerden zu geben, in Grenzfällen ist eine Beobachtung in einer Anstalt geboten, die besondere Erfahrungen in psychischer Hinsicht besitzt. Eine wochenlange Beobachtung wird in so gut wie allen Fällen mit Sicherheit zu einer richtigen Beurteilung führen. Zum Beweis führt Redner Beobachtungen aus Schlesien an, die sich auf Fälle bezogen, die als nicht behandlungsbedürftig und nicht arbeitsunfähig von der Entsendung in eine Heilstätte ausgeschlossen wurden. Die Untersuchung eines Jahrganges nach drei Jahren ergab bei ihnen nur in 1,4 Proz. geschlossene, 0,4 Proz. offene Tuberkulose, wodurch nachträglich die Beurteilung als gerechtfertigt sich erwies. Sehr wichtig ist die Unterscheidung, ob eine bestehende Arbeitsunfähigkeit auf Tuberkulose oder eine andere Krankheit zurückzuführen ist, denn erstere bedingt unter Umständen ebensolange monatelange Arbeitsunfähigkeit wie letztere Wochen. Eine vorübergehende Invalidität wird bei Tuberkulose selten anzunehmen sein, am ehesten noch, wenn vorausgehende Gasbrustbehandlung bisher günstig gewirkt hat. Bei geschlossener Tuberkulose sind nur diejenigen als invalide zu bezeichnen, die ausgedehnte Prozesse und vielleicht schon objektive Herzerscheinungen zeigen oder Komplikationen durch verkäsende Drüsen oder Brustfellentzündungen aufweisen. Bei offener Tuberku-

lose ist zu prüfen, ob der Prozeß zur Ausbreitung oder Entzündung oder zur Schrumpfung neigt. Nur im letzten Falle könnte noch Arbeitsfähigkeit bestehen. Da sich allgemeine Richtlinien nicht geben lassen, ist freie Begutachtung auf Grund guter Diagnosenstellung geboten. Der Heilstättenarzt stellt erfahrungsgemäß auf Grund eines unter günstigen äußeren Umständen gewonnenen Befundes zu gute Prognosen, die nach Rückkehr in die alten, schlechten Verhältnisse nicht mehr der Wirklichkeit entsprechen. In der Angestelltenversicherung ist die Beurteilung leichter, da die Invalidität Berufsunfähigkeit bedeutet, die in den meisten Fällen mit der Form der ansteckenden Tuberkulose gegeben ist.

Regierungsmedizinalrat Höchstetter (Weingarten) entwickelte ähnliche Prinzipien für das Gebiet der Unfallversicherung und der Reichsversorgung.

Gründliches Studium der Akten, die die gesamten Gutachten und die Entwicklungsgeschichte des Falles enthalten, gründliche Untersuchung und Vernehmung der Kranken unter Berücksichtigung auch der Erscheinungen der sonstigen Organe und der Psyche bilden die Grundlage für Beurteilung.

In der ergiebigen und interessanten Aussprache kam recht deutlich zum Ausdruck, daß die Verschiedenheit der Begriffe in den verschiedenen Zweigen der Versicherung auf die Aerzte geradezu abschreckend wirke, und daß eine Vereinheitlichung notwendig sei, um die dauernden Zwistigkeiten zwischen den Aerzten untereinander und diesen und den Gerichten zu mindern. Die Berechtigung dieser Kritik gab auch der Präsident des Reichsversicherungsamtes zu, wenn er auch auf die verschiedenen Ziele der verschiedenen Reichsversicherungsträger hinwies.

(Deutsche Krankenkasse 1929, Nr. 24.)

Vereinsnachrichten.

(Originalbericht der Bayerischen Aerztezeitung.)

Bayer. Landesärztekammer und Bayer. Aerzteverband.

(Sitzung des Engeren Vorstandes am 14. Juli 1929 in München.)

Der Vorsitzende, Herr Kollege Stauder, dankt dem ausscheidenden Landessekretär, Herrn Kollegen Steinheimer, für seine ersprießlichen Dienste und hofft auf seine weitere Mitarbeit; er begrüßt den neuen Landessekretär, Herrn Kollegen Riedel (Nürnberg).

Bezüglich der Zulassung von ausländischen Aerzten zur Praxis in Deutschland wird beschlossen, bei den zuständigen Stellen angesichts der Ueberfüllung des Standes energisch dagegen Stellung zu nehmen. Wo noch ausländische Aerzte Kassenpraxis ausüben, müssen dieselben ausscheiden, da nach der neuen Zulassungsordnung nur Aerzte RVO.-Praxis übernehmen können, welche die deutsche Reichsangehörigkeit besitzen. Ebenso können ausländische Aerzte auch keine Ersatzkassen-Praxis treiben, da Voraussetzung dazu die Mitgliedschaft beim Hartmannbund ist, in den aber nur Aerzte aufgenommen werden können, welche die deutsche Reichsangehörigkeit besitzen. Wenn solche Herren in Deutschland Praxis auszuüben wünschen, dann sollen sie eben Deutsche werden.

Gegenüber dem allzu großen Abbau von Bezirksarztstellen wird befürchtet, daß eine Schädigung der Volksgesundheitspflege eintritt. Leider mache man wieder, wie so oft, die Erfahrung, daß in erster Linie an Aerzten gespart wird. Die Landesärztekammer beschließt, nach Rücksprache mit dem Bayerischen Medizinalbeamtenverein, die Interessen der Amtsärzte energisch zu vertreten. Bei der Aussprache wird gewünscht, daß

an wichtige Posten tüchtige, jüngere Kräfte kommen sollen. Dies liege auch im Interesse des Ansehens des ärztlichen Standes.

Eine lange Aussprache entwickelte sich über die Bayerische Aerzteversorgung, insbesondere über die bisher eingelaufenen Anträge einzelner Bezirksvereine. Bei der Aussprache waren anwesend die Herren Direktor Hilger und Dr. Lubert von der Bayerischen Versicherungskammer. Es wurde von vornherein betont, daß der Zweck der Aerzteversorgung eine Versorgung dauernder Art sei; dieser Zweck dürfe nicht gefährdet werden. Es werde vielfach vergessen, daß es sich um ein Gesetz handle, das gewisse Bindungen habe. Es können deshalb nur Abänderungen innerhalb des Rahmens des Gesetzes gemacht werden. Bei stetigem Systemwechsel wäre zu befürchten, daß die Mitglieder mit den Beiträgen zurückhielten. Es liege im Sinne der Aerzteversorgung als soziale Einrichtung und im Sinne der Sicherheit der Anstalt, daß außer dem Sterbegeld nur Renten ausbezahlt werden. Eine Kapitalabfindung habe immer etwas Mißliches; eine solche sollte nur ausnahmsweise und nur bei Witvern und Junggesellen zugelassen werden. Niemals aber dürfe eine Hinterbliebenenversicherung kapitalisiert werden. Der Staat hätte kein Interesse mehr an der Aerzteversorgung, wenn aus derselben etwas anderes gemacht würde, als sie zur Zeit ist. Vor allem müsse betont werden, daß die Anstalt absolut sichergestellt ist. Es sei auf das tiefste zu bedauern, daß gegen die Aerzteversorgung Stimmung gemacht werde und daß die unglaublichsten Gerüchte von Agenten von Privatversicherungen in die Welt gesetzt werden. Darauf sollten die Kollegen doch nicht hereinfliegen. Im übrigen hätten nicht wir Aerzte allein bezüglich der Aerzteversorgung zu bestimmen, sondern auch die Zahnärzte und Tierärzte, die daran beteiligt sind.

Bezüglich der Wahl zur Bayerischen Aerzteversorgung wurde beschlossen, die Wahl durch die Landesärztekammer auf die Dauer der Wahl der Landesärztekammer vornehmen zu lassen. Von allen Seiten wurde die von einem Verein gewünschte Urabstimmung bei wichtigen Anträgen energisch abgelehnt. Eine Urabstimmung bedeute Stimmungsmache, im Grunde genommen Sabotage. Mit solchen Experimenten kann man keinen Stand führen, ihn nur zersetzen.

Die bisher eingelaufenen Anträge wurden gründlich durchbesprochen. Als Referenten für das Thema: „Bayerische Aerzteversorgung“ wurden bestimmt die Herren Direktor Hilger und Geheimrat Kerschensteiner.

Als Vertreter der Landesärztekammer im „Landesverband für Mutterschafts-, Säuglings- und

Kleinkinderfürsorge“ wurde Herr Geheimrat Doerfler bestimmt.

Bezüglich der Volksaufklärung durch Vorträge soll an das Ministerium des Innern herangetreten werden mit der Bitte, eine ähnliche Entschließung zur Unterstützung dieser Vorträge herauszugeben, wie es das Preußische Wohlfahrtsministerium getan hat. Die vom Deutschen Aerztereinsbund für solche Vorträge aufgestellten Herren Lehmann und Dr. Siering haben sich bewährt. Die Vereine werden aufgefordert, davon Gebrauch zu machen.

Die schon in früheren Sitzungen besprochene Angelegenheit Wörishofen fand durch eine kollegiale Aussprache eine allseits befriedigende Lösung. Die Kollegen werden aufgefordert, darauf zu achten, daß ihre Patienten, die nach Wörishofen zur Kur reisen, nicht zu Laienbehandlern gehen, sondern zu den Aerzten von Wörishofen.

Eine längere Aussprache erfolgte über das Thema „Röntgenologie in der ärztlichen Praxis“, das auf dem Bayerischen Aerztetag in Regensburg behandelt werden soll. Herr Kollege Kaestle machte darüber interessante Ausführungen. Es folgte eine lebhaftere Aussprache, in der auch darauf hingewiesen wurde, daß dauerlicher Weise in München die Schilderfrage noch nicht geregelt sei. Es herrscht dort ein großes Durcheinander.

Als Tagesordnung für den 2. Tag in Regensburg kommt wieder in Betracht das Thema: „Wirtschaftsfragen des Standes“ von Dr. Scholl.

Es wird auf dem Aerztetage genügend Zeit zu einer gründlichen Aussprache sein.

Aerztlicher Bezirksverein Gemünden-Lohr.

Am Sonntag, dem 28. Juli, ab 4 Uhr nachmittags, gesellige Zusammenkunft in Bad Brückenau, möglichst mit Damen. Treffpunkt Kurgarten-Café, bei ungünstiger Witterung Restauration Kellerbau. Zahlreiche Beteiligung wird erwartet. Dr. Vorndran.

Sterbekasse des Aerztl. Kreisverbandes Oberbayern-Land.

48. Sterbefall.

Herr Hofrat Dr. Harl, Bad Reichenhall, ist gestorben. Das Sterbegeld wurde umgehend überwiesen. Ich bitte die Herren Kassiere der Vereine Oberbayern-Land, M. 5.— pro Kopf ihrer Mitglieder einzusenden an die Adresse: Gemeindeparkasse Gauting, Postscheckkonto München 21827, unter der Mitteilung: Auf Konto Sterbekasse xmal M. 5.— für 48. Sterbefall.

VERLAG DER ÄRZTLICHEN RUNDSCHAU OTTO GMELIN MÜNCHEN 2 NO 3, WÜRZERSTR. 1b

Diagnose der beginnenden Knochen- und Gelenktuberkulose

Von

Dr. P. PITZEN

a. o. Professor an der Universität München / Oberarzt der Orthopädischen Klinik München.

Mit Geleitwort von Geh. Rat Prof. LANGE,

Mit 100 Röntgenbildern. IX 207 S. Groß-8°. Preis M. 10.—, geb. M. 12.—.

„Das Schicksal eines Kranken, der an Knochen- und Gelenktuberkulose leidet, hängt davon ab, in welchem Stadium der Krankheit die richtige Diagnose gestellt wird. Mit den heutigen Methoden kann in der Regel ohne Operation eine ideale Heilung erzielt werden.“

Die prachtvollen Röntgenbilder bilden eine in der Literatur einzig dastehende Sammlung aller in Betracht kommenden röntgenologischen Veränderungen der beginnenden Knochen- und Gelenktuberkulose und ähnlicher Krankheiten, das Buch ist daher für alle auf diesem Gebiet arbeitenden Institute, Behörden und Aerzte unentbehrlich.

Bücherschau.

Bayerisches Aerztetaschenbuch, enthaltend das Bayerische Aerztengesetz nebst Berufsgerichtsordnung und sonstigen Vollzugsvorschriften, die Satzungen der Berufsvertretungen der Aerzte, Zahnärzte, Tierärzte und Apotheker, die Standesordnung der deutschen Aerzte und die Vorschriften über die bayerische Aerzte- und Apothekerversorgung. Herausgegeben von Dr. h. c. Dr. Alfons Stauder, Geheimer Sanitätsrat, und Dr. h. c. Heinr. Wirsching, Ministerialrat. J.F. Lehmanns Verlag, München 1929. Kart. 6.— RM., geb. 7.20 RM.

Den Zweck des Buches, das sich alle bayerischen Aerzte erwerben sollten, schildert am besten das nachstehende Vorwort: Das Bayerische Aerztetaschenbuch, das in erster Auflage erscheint, dient dreierlei Zwecken. Es soll zunächst eine Zusammenstellung aller gesetzlichen Bestimmungen und der Satzungen bringen, die das Bayerische Aerztengesetz vom 1. Juli 1927 für die Berufsvertretung der Aerzte, Tierärzte, Zahnärzte und Apotheker brachte oder im Gefolge hatte. Das Gesetz selbst und die Berufsgerichtsordnung, welche durch das Gesetz erforderlich wurde, sind ausführlichst kommentiert, so daß die durch das Gesetz umfaßten Stände in der Lage sind, alles das Wissenswerte erfaßt und erläutert zu finden, das für die Kenntnis und die Durchführung der Standesaufgaben notwendig ist. Die gesetzlichen Bestimmungen, Vollzugsvorschriften, die dann durch die Zweiteilung des ärztlichen Standes notwendig gewordenen Satzungsbestimmungen der freien Organisationen der Ärzteschaft haben eine solche Fülle von Satzungsänderungen im Gefolge gehabt, die in den verschiedensten Stellen der ärztlichen Standespresse veröffentlicht wurden, daß es jeder Arzt, insbesondere aber jeder im Standesleben führend tätige Arzt, begrüßen wird, eine solche mit Erläuterungen versehene Zusammenstellung in Händen zu haben, zumal in derselben auch die für die bayerische Ärzteschaft einschlägigen Satzungen der Spitzenverbände der deutschen Ärzteschaft aufgeführt sind.

Das Bayerische Aerztetaschenbuch soll ferner all denen eine Unterstützung und Hilfe sein, die in den Berufsgerichten des Standes, sei es als Richter, sei es als Angeklagte oder Kläger, als Sachverständige oder Zeugen tätig sein werden. Ihnen eine zuverlässige Zusammenstellung aller Bestimmungen über Pflichten und Rechte in die Hände zu geben, erscheint bei der Fülle von formalen Bestimmungen dringend notwendig.

Endlich soll das Buch dem ganzen bayerischen Aerztstand, insbesondere aber seiner Jugend erzieherisch dienen; denn in der Zusammenstellung ist nicht nur das Gerüste unseres ärztlichen Standes und die äußere Form seiner Tätigkeit enthalten, sondern in ihm ist all das Wissenswerte zusammengestellt, das jeder bayerische Arzt braucht oder kennenlernen muß, um überhaupt im Gefüge des Standes tätig sein zu können. Hinter den formalen Bestimmungen steht auf allen Seiten dieser Zusammenstellung der Wille des ärztlichen Standes, sich innerlich gesund und für die Aufgaben, die ihm im Leben des Staates zugewiesen sind, fähig zu erhalten.

Das Bayerische Aerztetagebuch wird aber auch für die verwandten Berufe der Zahnärzte, Tierärzte und Apotheker, für die bayerischen Behörden, die mit dem ärztlichen Stande zu tun haben, für die juristischen Mitglieder der Berufsgerichte und für die allgemeine Standeskunde von Bedeutung sein. Möge es dazu beitragen, die Zusammengehörigkeit des ärztlichen Standes und der verwandten Berufe zu fördern, das Ansehen der ärztlichen Heilberufe zu mehren und die Aufgaben, die durch das Bayerische Aerztengesetz und durch den Willen der freien ärztlichen Berufsverbände in den Zusammenstellungen dieses Buches enthalten sind, zu fördern.
Dr. Stauder.

„Führer“ durch die Münchner Wohlfahrtspflege und durch die sozialpolitischen Einrichtungen Münchens. Herausgegeben vom Verein für Fraueninteressen und Frauenarbeit. Soziales Referat. Verlag von Ernst Reinhardt, München. 88 Seiten, Preis 2.20 RM., bei Bestellung von fünf Exemplaren und mehr 1.80 RM.

Der vorliegende Führer, den der Verein für Fraueninteressen und Frauenarbeit in früheren Jahren schon herausgegeben hat, beruht auf einer vollständigen Neubearbeitung. Er bringt in den sechs Hauptabschnitten: Wirtschaftsfürsorge, Wohnungs- und Siedlungswesen, Arbeitswesen, Sozialversicherung, Gesundheitsfürsorge, Jugendwohlfahrtspflege, die nochmals sehr stark untergegliedert sind, eine klare Uebersicht über die Einrichtungen und Organisationen der Wohlfahrtspflege. Außer der vollständigen Adresse, der Fernsprechnummer und den Sprechstunden gibt der Führer noch stichwortmäßig die Funktion und das Aufgabengebiet der einzelnen Organisationen und Anstalten an. Dem beruflichen Sozialarbeiter in allen Instanzen der Wohlfahrtspflege wird der Führer ein wertvolles, ja unentbehrliches Instrument sein, das ihm den Ueberblick über die verschiedenen Einrichtungen erleichtert und ihm viele mühe-

Bayerische Handelsbank

— Bodenkreditanstalt —

gegründet 1869

München

Gold-Hypothekenbestand Mitte 1928: rund **GM. 203'000,000.-**

Gold-Pfandbriefumlauf Mitte 1928: rund **GM. 198'000,000.-**
(einschl. D.R.R.-M.)

Bisherige Zeilauschüttungen
auf die alten Pfandbriefe **24%**.

6, 7, 7½ und 8% ige

langjährig unkündbare

Gold-Hypothekenspfandbriefe

mündelsicher / stiftungsmäßig / lombardfähig,
in Stücken zu 100, 200, 500, 1000, 2000 und 5000 Goldmark.

An- und Verkauf bei allen Bankstellen.

Zur

Kassen-Verordnung

zugelassen

NOVOPIN
FICHTENNADELBÄDER

K.-P. 3 Stück

das wertvolle ärztlich bevorzugte Fichtennadelbad

Muster auf Wunsch

NOVOPINFABRIK BERLIN SO 16

Calcibiose

Erprobt

Vitaminreiches

Wirtschaftlich

Haemoglobin-Lecithin-Eisen-Kalkpräparat

Bewährt bei Erkrankungen tuberkulöser Art als
Roborans, bei Anämie, Skrofulose, besonders bei allen

Erschlaffungs- und Erschöpfungszuständen des Nervensystems.

Org.-P. 100,0 g = 1.20, 250,0 = 2.50, 500,0 = 4.50 RM.

Arsen-Calcibiose-Tabletten

Calcibiose verstärkt durch Arsen, p. Tabl. 0,0005 Acid. arsenicos. Indikation wie oben, ausserdem bei Hautkrankheiten. Org.-P. 50 Tabletten = 1.50 RM.

Bei Krankenkassen zugelassen
Proben u. Literatur bereitwilligst

Goda A.-G. Breslau 23

Kuranstalt für Nerven- und Gemütskranke

NEUFRIEDENHEIM bei München

Hofrat Dr. Rehm

volle Nachfragen, Korrespondenzen, Telefonanrufe usw. zu ersparen verspricht; er wird ihm insbesondere ermöglichen, die Arbeit über das engste Spezialgebiet hinaus zu überschauen und sie sinnvoll zu verknüpfen mit der übrigen Wohlfahrtspflege.

Dem Arzte, der ja weithin auf dem Grenzgebiet der Wohlfahrtspflege arbeitet, wird der Führer, der die Gesundheitsfürsorge, das Krankenhaus und Versicherungswesen ausführlich darstellt, ein besonders wertvoller Ratgeber sein können. Er wird sich an Hand des ausführlichen Inhaltsverzeichnisses, des eingehenden Schlagwortregisters leicht orientieren können, an welche Hilfsstellen er im gegebenen Falle seine Patienten zu weisen hat.

Es ist daher zu hoffen, daß der Führer gerade in den Kreisen der Ärzteschaft die weiteste Verbreitung findet. Er verfolgt über die reine Information hinaus, wie es das Vorwort ausspricht, noch ein weiteres Ziel:

Er soll die Zusammenarbeit der Persönlichkeiten mit den Einrichtungen, Anstalten, Organisationen der öffentlichen und freien Wohlfahrtspflege fördern, die im Interesse der Organisationen, im Interesse der Sache und ganz besonders im Interesse der Hilfsbedürftigen so dringend notwendig ist.

Der Führer ist zu beziehen durch den Verlag Ernst Reinhardt, durch die Buchhandlungen und durch den Verein für Fraueninteressen und Frauenarbeit, München, Brienerstraße 37 (F. 52931). Er wird auf Wunsch auch zur Ansicht zugesandt.

Arzneimittelreferate.

Die Troponwerke haben einen „Praktischen Ratgeber“ in neuer Auflage herausgegeben. Er hat wesentliche Erweiterungen und Verbesserungen erfahren. Der „Praktische Ratgeber“ kann von der Firma kostenlos bezogen werden.

Ester-Dermasan-Ovula von Dr. Rudolf Feißl, Rheumasan- und Lenicet-Fabrik, Dr. Schoeps, Assistenzarzt an der Gynäkologischen Abteilung des Elisabethinerinnen-Krankenhauses in Breslau, berichtet über Erfahrungen durch Anwendung von Ester-Dermasan-Ovula bei Adnexerkrankungen, besonders bei gonorrhöischen Adnexentzündungen. Kustermann.

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

Allgemeines.

Gyneclorina ist ein wohlriechendes Chloraminpräparat in Tablettenform, das sich durch seine hervorragende bakterizide Wirkung, seine desodorisierende Kraft, ferner durch Ungiftigkeit, leichte Dosierbarkeit und seine feste Form (Tabletten) auszeichnet. Das Hauptanwendungsgebiet der Gyneclorina sind Vaginalspülungen. Sowohl spezifischer als auch unspezifischer Fluor konnte nach dem übereinstimmenden Urteil zahlreicher Autoren rasch zum Verschwinden gebracht werden. Aber auch zu desodorisierenden Waschungen, z. B. bei Achsel-, Fuss- und Körperschweiß, erwies sich Gyneclorina als geeignet. Man wendet hierfür 0,2%ige Lösungen an, die man durch Auflösen von zwei Tabletten auf $\frac{1}{2}$ l Wasser erhält. Zur Desinfektion der Hände und der Instrumente wählt man etwas stärkere Konzentrationen, etwa 0,25–0,5% (3–5 Tabletten auf $\frac{1}{2}$ l Wasser). Im übrigen sei auf die heutige Beilage der Chemischen Fabrik von Heyden A. G., Radebeul-Dresden, verwiesen.

Zur gefl. Beachtung!

Der Gesamtauflage unserer Ausgabe liegt bei ein Prospekt der Firma Vial & Uhlmann, Frankfurt a. M., über »Beitrag zur Behandlung der Hämorrhoiden« und ein Prospekt der Firma Chem. Fabrik von Heyden A.-G., Radebeul-Dresden, über »Gyneclorina«. — Ferner einem Teil unserer heutigen Ausgabe ein Prospekt der Versandbuchhandlung Hermann Jungck, München 13, Schellingstr. 41, über einen »Führer durch die Münchener Wohlfahrtspflege und durch die sozialpolitischen Einrichtungen Münchens«.

Wir empfehlen diese Beilagen der besonderen Beachtung unserer Leser.

D O L O R S A N

D. R. Wz.

Jod an Camphor und Rosmarinöl sowie organisch an NH_3 gebunden, Ammoniak und Alkohol

Analgetikum **Grosse Tiefenwirkung!**

von eigenartig schneller, durchschlagender und nachhaltiger Jod- und Camphorwirkung bei Pleuritis, Angina, Grippe, Gicht, Rheuma, Myalgien, Lumbago, Entzündungen, Furunkulose

In den Apotheken vorrätig

Kassenpackung M. 1.15, große Flaschen zu M. 1.95, Klinikpackung M. 6.10

JOHANN G. W. OPFERMANN, KÖLN 64

Literatur und Aertzeprobe
auf Wunsch!

Staats-  Quelle

Nieder-Selters

Das natürliche Selters

Altbekanntes und bewährtes Heilmittel bei Erkrankungen der Atmungsorgane und des Halses. — Linderungsmittel für Brustkranke.
Ausführliche Brunnenschriften kostenlos durch das Zentralbüro Nieder-Selters, Berlin W 8, Wilhelmstraße 55.

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

Bayerische Ärztezeitung

BAYERISCHES ÄRZTLICHES CORRESPONDENZBLATT

Herausgegeben von Geh. Medizinalrat Prof. Dr. H. Kerschensteiner, München, Geh. Sanitätsrat Dr. A. Stauder, Nürnberg, und Sanitätsrat Dr. H. Scholl, München.

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 Ärztlichen Rundschau Otto Gmelin München 2 NO3, Wurzerstr. 1 b, Tel. 20443, Postscheckkonto 1161 München.

Die »Bayerische Ärztezeitung« erscheint jeden Samstag. Bezugspreis vierteljährlich 4 Mark. — Anzeigen kosten für die 6 gespaltene Millimeterzeile 15 Goldpfennige. — Alleinige Anzeigen- und Beilagen-Aannahme: ALA Anzeigen-Aktiengesellschaft in Interessengemeinschaft mit Haasenstein & Vogler A.-G. Daube & Co. G. m. b. H. München, Berlin und Filialen.

Nr 30.

München, 27. Juli 1929.

XXXII. Jahrgang.

Inhalt: Eröffnungsrede zum 48. Deutschen Aerztetag. — Kassen-Aerztliche Selbstverwaltung. — Unfallneurose. — Anzeigepflichtige Krankheiten. — Oberfränkischer Aerztetag in Koburg. — Tagung der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Kurpfuscherei in Berlin. — Antikonzeptika als Pflichtleistung der Ortskrankenkasse. — Der faule Berghans. — Vereinsmitteilungen: Sterbekasse Oberbayern-Land; Kassenärztlicher Verein Nürnberg; Münchener Aerzteverein für freie Arztwahl. — Familienversicherung. — Bücherschau.

Eröffnungsrede zum 48. Deutschen Aerztetag am 27. Juni 1929 in Essen.

Von Geh. San.-Rat Dr. Dr. h. c. Alfons Stauder,
I. Vorsitzender des Deutschen Aerztleverbundes.

Das vergangene Jahr hat dem Geschäftsausschuß eine Fülle verantwortlicher Arbeit gebracht, die Ihnen der vorliegende Geschäftsbericht in großen Linien schildert.

Der innere Ausbau des Deutschen Aerztleverbundes zu einer Ständevertretung der gesamten deutschen Aerzteschaft in allen ihren Zweigen führte zum Beitritt des Vereins der deutschen Krankenhausärzte, der zwar bereits durch seine einzelnen Mitglieder die Zugehörigkeit in den örtlichen Ständevereinen größtenteils bereits besaß, nunmehr aber als Verband dieser für die öffentlichen Gesundheitsverhältnisse Deutschlands so wichtigen Sondergruppen und als Sachverständige für ein so bedeutungsvolles Gebiet ärztlicher Tätigkeit die Vertretungsmöglichkeit für die deutschen Aerztetage erwarb. Wir heißen diese verehrten Kollegen herzlichst in unseren Reihen willkommen.

Mit den Fürsorgeverbänden wurde gemäß den Beschlüssen des Würzburger Aerztetages 1927 am 12. November 1928 nach langwierigen Verhandlungen ein Zentralausschuß für Fürsorgefragen zum Abschluß gebracht. Drei Fürsorgeärzteverbände: der Deutsche Medizinalbeamtenverein, die Vereinigung deutscher Kommunal-, Schul- und Fürsorgeärzte und der Verein deutscher Tuberkulosefürsorgeärzte traten ihm bei, während sich der Verein ärztlicher Kommunalbeamten lediglich zur Mitarbeit in ihm bereit erklärte, jedoch sich nicht zum Beitritt entschließen konnte.

Der neue Ausschuß hat wiederholt und in sehr bedeutungsvollen Beratungen versucht, ein Fundament zu schaffen, das in seinem Ausmaß die Möglichkeit der Zusammenarbeit auf der ganzen Linie zwischen frei praktizierender Aerzteschaft und den Fürsorgeärzteverbänden zu gewährleisten geeignet ist, welche die gesundheitsfürsorglichen Aufgaben des Staates, der Städte und der Gemeinden berufsmäßig bearbeiten. Die letzten Verhand-

lungen vom 15. Juni in Saalfeld haben, wie ich hoffe, dazu beigetragen, das Arbeitsfeld des praktischen Arztes zu sichern und zugleich den Bedürfnissen des Staates, des maßgebenden Städtebundes und der so einflußreichen Versicherungsträger auf dem sehr weit gespannten Gebiete der öffentlichen Gesundheitspflege gerecht zu werden.

Die neuen Richtlinien für Gesundheitsfürsorge, welche der Reichsarbeitsminister im Februar 1929 auf Grund der Beschlüsse des Reichsrates und eines 28gliedrigen Ausschusses des Reichstags erließ, sichern der Aerzteschaft die von ihr gewünschte, für die Gesundheit unseres Volkes unentbehrliche Mitarbeit in den maßgebenden Arbeitsgemeinschaften, denen die Bearbeitung der Fürsorgeaufgaben zunächst auf dem Gebiete der Tuberkulose- und Geschlechtskrankheitenbekämpfung obliegt.

Noch einmal wie bereits an früheren Aerztetagen möchte ich namens der deutschen Aerzteschaft die Bereitschaft bekunden, an den zur Hebung der Volksgesundheit notwendigen Aufgaben der öffentlichen Fürsorge zur Verhütung der Volkskrankheiten und zur Bekämpfung von Gruppenschäden der werktätigen Bevölkerung mitzuarbeiten. Die deutsche Aerzteschaft glaubt sich dieser Aufgabe um so weniger entziehen zu dürfen, als sie weiß, daß ohne die freudige und sachverständige Arbeit der gesamten und einheitlich für diese Zwecke eingesetzten Aerzteschaft alle organisatorisch noch so gut aufgebaute und durchdachte Fürsorgearbeit letzten Endes Stückwerk bleiben wird und muß. Die deutsche Aerzteschaft glaubt, das Recht auf maßgebende Mitarbeit für sich in Anspruch nehmen zu können und ist dazu bereit, nachdem auf Seite der maßgebenden Stellen der Grundsatz der Trennung von fürsorgeärztlicher Tätigkeit und Heilbehandlung oder Heilfürsorge anerkannt und dem praktischen Arzt das zugebilligt ist, was er im Interesse der erkrankten Bevölkerung bedarf, die Ausübung der freien ärztlichen Heilbetätigung an den einzelnen Kranken und ihren Familien.

Die große Umstellung, die auf dem Boden der örtlichen Gesundheitsfürsorge für die ärztliche Betätigung des Einzelpraktikers sich angebahnt hat, darf und kann

nicht an der Tatsache vorbeigehen, daß die individuelle Fürsorge an Kranken- und Sterbebetten des Volkes und in den Sprechstunden des Arztes nach wie vor unentbehrlich ist, und daß auch die beste hygienische Betreuung und der bestorganisierte Schutz der Bevölkerung gegen Seuchen und Massenschäden auf dem Wege der öffentlichen Fürsorge es niemals erreichen wird, die stille, selbstlose und hingebende Tätigkeit des einzelnen praktischen Arztes überflüssig zu machen oder zu ersetzen. Nach wie vor bedarf der einzelne Erkrankte des Arztes seines Vertrauens. Ich begrüße die Zusammenarbeit zwischen Fürsorgeärzten und den ärztlichen Spitzenorganisationen auf das freudigste. Möge auf dem Boden der Beschlüsse des zentralen Ausschusses bei aller Schwierigkeit der zu lösenden Aufgaben ein gedeihliches Zusammenarbeiten entstehen unter Wahrung der Lebensnotwendigkeiten und der Arbeitsfreiheit des Arztes zum Segen des Volkes!

Möge aber auch in Bälde durch Verhandlungen mit dem Deutschen Städtetag, der in seiner Vorstandssitzung am 29. und 30. April 1929 im Städtehaus zu Berlin Verhandlungen mit der Aerzteschaft beschloß und betonte, daß eine Verständigung mit der Aerzteschaft im Interesse der Städte liege, ein fester Boden gedeihlicher Gemeinschaftsarbeit zum Segen der Volksgesundheit gefunden werden.

Endlich war es Aufgabe des vergangenen Jahres, die notwendige und unentbehrliche Zusammenarbeit mit der wirtschaftlichen Organisation der Aerzte Deutschlands, dem Hartmannbund, erneut und unter dem Gesichtspunkt der Ueberprüfung des am Kölner Aertztag 1903 geschlossenen Abkommens zu sichern bzw. in einer neuen, den Zeitverhältnissen entsprechenden Vereinbarung die Gemeinsamkeitsarbeit niederzulegen. Bei Festlegung der einzelnen Bestimmungen war der leitende Gedanke der, die möglichste Selbständigkeit des großen Wirtschaftsverbandes bei Bearbeitung seines Aufgabengebietes sicherzustellen und dabei doch die Geschlossenheit des gesamten ärztlichen Standes, die Einheitlichkeit einer zielbewußten, den Bedürfnissen der gefahrvollen und stets neu zu sichernden Lage der deutschen Aerzteschaft gerecht werdenden Berufspolitik nach bester Möglichkeit zu wahren.

Die dem heutigen Aertztag als Satzungsergänzung zur Annahme vorliegende Vereinbarung stellt das Ergebnis langwieriger Verhandlungen dar und zielt auf eine möglichste Vereinheitlichung der beiden großen Aufgabengebiete, der Berufspolitik im eigentlichen Sinne und der Wirtschaftspolitik des deutschen Aerztestandes. Dabei soll ausdrücklich betont werden, daß die Notwendigkeit einer selbständigen Bearbeitung der so unendlich vielfältigen Wirtschaftsaufgaben des Standes durch den Hartmannbund ebenso gewährleistet ist, wie die Zusammenfassung der ganzen Aerzteschaft in einem geschlossenen Block durch die Organisation des Aerztevereinsbundes. Die Beschlüsse des Deutschen Aertztages sind durch diese Vereinbarung maßgebend für die Arbeiten beider Spitzenorganisationen.

Der Hartmannbund ist die Wirtschaftsabteilung des Deutschen Aerztevereinsbundes. Eine möglichste Personengleichheit in den Vorständen sichert Zielrichtung und gewährleistet reibungslose Zusammenarbeit in der Bearbeitung der einzelnen Aufgaben sowie Vereinfachung der Arbeit. Mit großer Genugtuung und dem Gefühl, daß ein schweres Organisationswerk zum Abschluß gebracht wurde, lege ich Ihnen namens des Geschäftsausschusses die Vereinbarung zur Beschlußfassung vor. Möge die Essener Vereinbarung 1929, die an die Stelle des Kölner Abkommens vom Jahre 1903 tritt, der Aerzteschaft das bringen, was sie im Lebenskampfe braucht: Einheit und Geschlossenheit!

Uebersehen wir das Gewordene der drei letzten Jahre, so scheint es mir, daß das Ziel, welches mit der Satzungs-

änderung des Jahres 1926 in Eisenach ins Auge gefaßt wurde, in seinen wesentlichen Teilen beträchtlich gefördert wurde.

Die deutsche Aerzteschaft ist im Deutschen Aerztevereinsbund geschlossen. Dieser stellt nicht mehr lediglich die große Mehrheit oder Gesamtheit der örtlichen ärztlichen Standesvereine dar. Er besitzt im Hartmannbund seine nach eigener Satzung ausgebaute, nach eigenem Rechte tätige Wirtschaftsabteilung. In seinem Geschäftsausschusse sitzen die Vertrauensmänner aller bedeutenden Aerztegruppen, der medizinischen Hochschullehrer, der Medizinalbeamten, die Vorsitzenden der großen Aerztekammern, der Vorsitzende des preußischen Aerztekammerausschusses, je ein Vertreter der Fürsorgeärzte, des Reichsverbandes angestellter Aerzte, Interessenvertreter der Krankenhausärzte, der praktischen Aerzte und der Fachärzte.

So stellt der Deutsche Aertztag tatsächlich die Einheit der deutschen Aerzteschaft im besten Sinne des Wortes dar. Das, was der Eisenacher Aertztag 1926 als Bedürfnis unseres Berufsstandes bezeichnete, eine geschlossene, vom Reich durch Gesetz geschützte und anerkannte, mit öffentlichen Rechten umkleidete Reichsärzteschaft zu bilden, welche dem deutschen Arzte die für Ausübung seines öffentlichen, für unser Vaterland unentbehrlichen Berufes notwendige Selbstverwaltung sicherl, scheint mir soweit dies auf dem Wege des freiwilligen Zusammenschlusses denkbar und durchführbar ist, in opferbereiter Einigkeit gestaltet und lebensfähig.

Der Deutsche Aertztag ist das Sprachrohr des geeinigten Aerztestandes für die Öffentlichkeit. Seine Gremien stellen das sachverständige Organ der gesamten Aerzteschaft und aller wichtigen Sondergruppen dar, das bereit ist, für unser Volk und seine gesundheitliche Betreuung nach besten Kräften gemeinsam mit den gesetzgebenden Körperschaften des Reiches und der Länder und allen maßgebenden, öffentlich rechtlichen Faktoren wie insbesondere den Versicherungsträgern tätig zu sein.

Der so geformte, aus freiem Entschlusse organisierte Aerztevereinsbund stellt an seinem 48. Aertztag erneut an Reichstag und Reichsregierung das dringende Ersuchen, die zur Mitarbeit an den Gesamtaufgaben der Volksgesundheit bereiten Aerzte zu dieser Mitarbeit zu berufen, die in ihm liegenden Kräfte zum Besten des Volkswohles zur Arbeit an der Gesunderhaltung des Volkes heranzuziehen und die von ihm schon an den vergangenen Deutschen Aertztagen geforderte Reichsärztekammer mit dem Rechte der Selbstverwaltung des freien Aerztestandes zu schaffen.

Dringender denn je zuvor erhebt der Deutsche Aertztag die Forderung auf baldige Erfüllung seiner Anträge, einer durch Gesetz gesicherten Rechtsstellung des deutschen Arztes, die seinem Charakter als Mitglied eines freien Berufsstandes gerecht wird. Der deutsche Arzt fordert die Sicherung seiner ihm nach Vollendung eines vieljährigen und sehr teuren, behördlich geordneten Bildungsganges und durch das Bestehen einer der staatlichen Prüfungsordnung entsprechenden Abschlußprüfung erteilten Approbation als deutscher Arzt und des ihm dadurch erteilten Rechtes, sich für das Gebiet des Deutschen Reiches als Arzt bezeichnen zu dürfen.

Er glaubt ein Recht darauf zu haben, daß sein Vaterland, das den Bildungsgang des Arztes mit Recht erschwert und ausgestaltet, ihm nicht durch Verleihung der deutschen Approbation an Ausländer, welche an deutschen Hochschulen studierten und dortselbst unter Verzichtserklärung auf die ärztliche Approbation zur Ableistung der ärztlichen Prüfung oft unter günstigeren Bedingungen und Voraussetzungen zugelassen wurden, Stangesenossen anderer Art mit gleichen Rechten schafft, und hält sich zu der Forderung berechtigt, daß die Reichs-

regierung den von ihm mit Recht geforderten Schutz des deutschen Arztes nicht versagt.

Ein Bedürfnis, die große Zahl der Aerzte in Deutschland durch Zulassung von Ausländern zur Ausübung ärztlicher Tätigkeit in unserem Vaterlande noch zu vermehren, ist wahrlich nicht vorhanden. Bei der offenkundigen Ueberfüllung des ärztlichen Standes, bei der nach Tausenden zählenden Schar jung approbierter und niedergelassener Aerzte, welchen die Verwertung des erlernten, oft nach jahrelanger Assistententätigkeit erworbenen Wissensgutes durch die Nichtzulassung zu den staatlichen Krankenkassen verwehrt ist, die viele Jahre lang vergeblich auf praktische Betätigung ihres Könnens unter den größten Entbehrungen warten, bei der Ueberfüllung unserer Hochschulen mit Medizinstudierenden und angesichts des gerade in den letzten Jahren wieder neu einsetzenden Zustromes junger Medizinstudierender auf den Hochschulen, die trotz aller Warnungen von der Aussichtslosigkeit, später als Aerzte Lebensmöglichkeiten zu besitzen, zu Tausenden die Lehrsäle unserer medizinischen Fakultäten füllen, ist eine Erteilung der deutschen Approbation an Ausländer völlig unverständlich, schon um deswillen, weil andere Staaten ein Gegenseitigkeitsverhältnis dieser Art nicht anerkannt haben.

(Fortsetzung folgt.)

Kassen-Aerztliche Selbstverwaltung.

Von F. Okraß.

Eine gesetzgeberische Großtat übertrug den Krankenkassen die ärztliche Versorgung der Versicherten als Sachleistung, und gesetzgeberischer Kleinmut unterließ es, gleichzeitig die Verhältnisse zwischen Aerzten und Krankenkassen zu regeln. Die Pflicht zur Sachleistung hob die Träger der Krankenversicherung empor zu einem mächtigen Faktor praktischer Sozialhygiene, machte sie zu einem wirksamen Instrument der Volksgesundheitspflege. Im Verhältnis zu ihren wichtigsten Mitarbeitern, den Aerzten, aber bleiben sie Krankenkassen, bürokratische Versicherungsbanken, reine Zahlungseinrichtungen. Aus diesem Zwiespalt erwuchs die Arztfrage in der Krankenversicherung. Derselbe gesetzgeberische Entschluß, welcher der Krankenversicherung eine Aufgabe bedeutendsten Umfanges stellte, legte den Grund zu immerwährenden Kämpfen in dem Stande, dessen Mitwirkung die Kassen am wenigsten entbehren konnten, band also einen wesentlichen Teil der Kräfte, die eigentlich für ganz andere Aufgaben hätten freistehen sollen. Was immer später an gesetzgeberischer Flickarbeit geleistet wurde, hat den Riß nie ganz überbrücken können.

Für den rückschauenden Betrachter ist es natürlich leicht, Kritik zu üben. Man muß zugeben: Vielleicht war es seinerzeit tatsächlich unmöglich, die solidaristische und kollektivistische Krankenversicherung mit der individualistischen Aerzteschaft so zu verkoppeln, daß keinerlei Nachteile daraus entstanden. Es hätten dann die Kämpfe der Vergangenheit wenigstens den Vorteil gehabt, den Aerzten die besonderen Notwendigkeiten der Krankenversicherung sichtbar zu machen. Das scheint gelungen. Undeutlich noch in den Umrissen, schärfer ausgeprägt schon im Kern, bereitet sich anscheinend die Lösung der Arztfrage vor. Daß sie dem auch sonst in der Krankenversicherung gültigen Grundsatz der Selbstverwaltung entspricht, ist nur folgerichtig.

Schon die Verordnung über Aerzte und Krankenkassen vom 30. Oktober 1923 zeichnet neue Linien grob vor. „Man kann den Reichsausschuß für Aerzte und Krankenkassen etwa als Selbstverwaltungskörper mit einer behördlichen Spitze ansehen.“ (Lehmann, 4. Auflage, Seite 39.) Das gilt entsprechend für die Schieds-

instanzen. Wir dürfen annehmen, daß der Gesetzgeber diesen Weg weitergehen wird, wenn nicht beide Gruppen sich auf andere Vorschläge einigen. Noch sieht es nicht so aus, als ob ein gemeinsamer Vorschlag möglich wäre; es fehlt auf beiden Seiten noch an hinreichender Klarheit. Das zeigt uns u. a. auch der Essener Aerztleitag.

Unsere Leser wissen („DK.“ Nr. 27, Sp. 721), daß der eine Referent in Essen, San.-R. Dr. Streffer, gefordert hat:

„Um die Mitarbeit des ärztlichen Standes an der Durchführung der Sozialversicherung möglichst ausgiebig und fruchtbar zu gestalten, soll in den Organen aller Versicherungsträger ein unabhängiger Arzt Sitz und Stimme haben.“

Am selben Tage hat aber der zweite Hauptreferent, Prof. Dr. Hellpach, diese Forderung abgelehnt. Hellpach verlangt die Regelung aller ärztlichen Angelegenheiten als reine Selbstverwaltungsaufgabe der Aerzteschaft; konsequenterweise müsse dann aber die Regelung aller Kassenangelegenheiten reine Aufgabe der Kassen bleiben.

In der Festnummer des „Aerztl. Vereinsblattes“ zur Essener Tagung vertritt San.-R. Dr. Scholl die alte Forderung der Aerzteschaft nach einer

„Zwangorganisation der Kassenärzte... Die Gesamtheit der Aerzte bzw. deren Leitung wird verantwortlich gemacht für die Durchführung der Aufgaben. Sie muß deshalb auch genügende Disziplinarbefugnisse erhalten, um diejenigen Mitglieder ihres Standes, die „eine schlechte Arbeit liefern“ oder die die Sache ausnutzen, anhalten zu können zur Pflichterfüllung bzw. sie zu bestrafen oder ganz auszuschalten.“

Nicht so weit geht einer der Geschäftsführer des Leipziger Verbandes, Dr. Sonnenberg, der auf der Essener Hauptversammlung seines Verbandes ausführte:

„Es erscheint mir eine Uebertragung dessen, was wir an kassenärztlicher Selbstverwaltung in unserem Verhältnis zu den Ersatzkassen bereits erprobt haben, auf die Beziehungen zu den reichsgesetzlichen Krankenkassen und ein Ausbau dieser Einrichtungen als ein gangbarer und, wenn auch nicht ohne Widerspruch erreichbarer Weg, um allmählich aus der Abhängigkeit wieder herauszukommen, in die wir im Laufe der Zeit geraten sind.“

Dazu ist einzuschalten, daß die Verhältnisse zu den Ersatzkassen derart geregelt sind, daß als Unterlage der Gebührenberechnung die vom Leipziger Verband aufgestellte Gebührenordnung gilt und daß die Vertragsorgane (Prüfungs- und Beschwerdeausschuß) im wesentlichen nur von der kassenärztlichen Organisation gebildet werden.

Und schließlich vertritt in der Festnummer der „Aerztl. Mitteilungen“ Prof. Dr. Lutz Richter (kein Arzt zwar, aber ärztlichen Anschauungen nicht fernstehend) die Beteiligung der Aerzte an der Selbstverwaltung der Kassen. Prof. Richter stimmt also grundsätzlich mit San.-R. Dr. Streffer überein.

Das ist eine Auslese neuester Äußerungen von ärztlicher Seite, nicht vollständig, aber bezeichnend. So sehr die Vorschläge im einzelnen voneinander abweichen, gemeinsam ist ihnen, daß sie alle ärztliche Organisation in den Vordergrund stellen. Auch die Vorschläge, welche die ärztliche Organisation als solche nicht erwähnen, machen keine Ausnahme, denn auch sie sind im Grunde ohne eine organisatorische Zusammenfassung der Aerzte nicht durchzuführen. Daß die Aerzteschaft dem kollektivistischen Gedanken heute näher steht als früher, findet in diesen Äußerungen seinen sinnfälligen Ausdruck. Wie sehr die kollektivistisch gerichtete Krankenversicherung damit einverstanden sein kann, brauchen wir nicht zu betonen. Die Ansicht, daß die Arztfrage am besten gelöst werden kann durch Ver-

handlungen zwischen der Kasse und dem einzelnen Arzt, die hin und wieder vertreten wird, ist doch nur berechtigt bei sehr kleinen Verhältnissen. Für die überwiegende Mehrzahl der Kassen stimmt sie bei weitem nicht mehr. Die kassen-ärztliche Selbstverwaltung bedingt eine Organisation der Kassenärzte. Fraglich ist nur, welchen Charakter diese Organisation haben muß.

Zunächst kann es, von Kassenseite gesehen, ziemlich gleichgültig sein, ob es sich hier um eine Zwangsorganisation handelt oder um einen freien Zusammenschluß. Entscheidend sind die Befugnisse, welche die Organisation haben soll. Wenn die Aerzte eine Zwangsorganisation für ihre internen Angelegenheiten haben wollen, so geht uns das solange nichts an, als davon Kasseninteressen nicht berührt werden. Diesen Standpunkt können wir aber nur solange halten, als auch die Aerzte sich in innerorganisatorische Fragen der Krankenkassen nicht einmischen. Unter diesem Gesichtswinkel lehnen wir es auf das unterschiedenste ab, daß auf dem Aertztag in die Frage des Zusammenschlusses der Kassen in Hauptverbänden hineingeredet wurde.

Wieder eine andere Frage ist es, wieweit die Aerzteorganisation an der Durchführung der Krankenversicherung beteiligt wird. Es klingt zwar sehr bestechend und auf den ersten Blick überzeugend, daß alles, was im wesentlichen der Mithilfe der Aerzte bedarf, der Aerzteorganisation, und zwar ihr allein, als Aufgabe zuzuweisen ist. Wir betonen hingegen: Fragen, die nur die Aerzte angehen, gibt es in der Krankenversicherung sehr wenig. Das meiste, was von den Aerzten zu erledigen ist, berührt vor allem auch die Kranken und damit die für sie errichtete Gemeinschaft, die Krankenkassen.

Dann wäre es also berechtigt, den Aerzten in den Organen der Krankenkassen Sitz und Stimme zu geben? Gefehlt! Das hilft den Aerzten keinen Schritt weiter und den Kranken und Kassen erst recht nicht. Es mag noch hingehen, daß durch eine solche Beteiligung der Aerzte der bisherige, auf der Beitragsverteilung gegründete Zustand gestört wird, trotzdem selbstverständlich schon hier der Widerstand von Arbeitgebern und Versicherten einsetzen wird. Aber es ist kein praktischer Nutzen von einer solchen Beteiligung der Aerzte an der Kassenverwaltung einzusehen. Schon heute ist es vielfach Aerzten gelungen, auf dem Umweg über ihre Arbeitbereitschaft in die Kassenorgane einzudringen. Bis jetzt ist aber noch nicht erwiesen, daß bei den betreffenden Kassen durch diese Beteiligung der Aerzte irgend etwas an der ärztlichen Versorgung oder in den Beziehungen zwischen Kassen und Aerzten besser geworden wäre als bei anderen Kassen. Im Gegenteil hat sich eine Beteiligung an der Kassenverwaltung für die betreffenden Aerzte häufig als Danaergeschenk erwiesen. Der Arzt als Kassenvertreter gerät fast immer in eine unangenehme Lage, wenn er über Fragen entscheiden soll, in denen er nach Herkunft und Anschauung für seine Standesgenossen, kraft seines Ehrenamtes aber für die Kassen eintreten muß. Sehr starke Naturen mögen in diesem Gewissenskonflikt das Richtige treffen; die bilden aber bei den Aerzten ebensowenig die Regel wie in anderen Berufsständen. Außerdem liegen viele, vielleicht die meisten Fragen, die in den Kassenorganen erledigt sind, auf rein wirtschaftlichem Gebiet, und da machen für gewöhnlich die Aerzte eine sehr viel schlechtere Figur als Arbeitgeber und Arbeiter. Es ist selbstverständlich, wenn Aerzte, die oft genug Leben und Tod ihrer Kranken in der Hand halten, allmählich zu der Ansicht kommen, daß der unumschränkte Herrscher am Krankenbett auch der gegebene Mann am Krankenlager der Wirtschaft wäre. Diese Meinung ist aber falsch und muß nun endlich einmal verschwinden.

Zwar sind die Aerzte nach der griechischen Mythologie göttlicher Abkunft. Aber das ist schon reichlich lange her, und dieser Stammbaum ist allmählich so alt geworden, daß er schwerlich noch fruchtbare Reiser tragen kann. Schließlich — wenn es richtig ist, daß Aerzte in die Kassenorgane eintreten, dann ist es ebenso richtig, wenn Kassenvertreter an den Organen der Aerztereine teilhaben. Denn auch hier werden viele Angelegenheiten behandelt und entschieden, die außerordentlich wichtig für die Kassen sind. Wir stellen die Forderung nach derartigen „Verbindungsoffizieren“ nicht, aber wir lehnen auch die umgekehrte Forderung von Aerzteseite ab. Gewiß ist der Arzt im Laufe der Zeit eine Art Arbeitnehmer der Krankenkassen geworden, der so etwas wie eine Betriebsvertretung fordern könnte. Er ist aber keineswegs ein echter Arbeitnehmer, und die Krankenkassen denken auch nicht daran, gegenüber diesem Arbeitnehmer irgendwie den „Herrn im Hause“ spielen zu wollen. Das verträgt sich mit ihrem ganzen Aufbau nicht, entspricht nicht der Zeitrichtung und wäre beider Gruppen unwürdig. Wir betrachten Aerzte und Krankenkassen als gleichberechtigte Faktoren der Volksgesundheitspflege und glauben auch, daß die Arztfrage nur unter Anerkennung dieser Gleichberechtigung zufriedenstellend gelöst werden kann.

Aus dieser Ueberlegung kommen wir zu einer dreigeteilten Selbstverwaltung: zu einer Selbstverwaltung der Kassenärzte, einer der Kassen und einer gemeinsamen kassen-ärztlichen.

Dabei denken wir uns die Verteilung der Befugnisse etwa so: Die rein ärztlichen Angelegenheiten, die nur die Aerzte, nicht aber die Kassen angehen, bleiben selbstverständlich in der Selbstverwaltung der Aerzte. Im wesentlichen rechnen wir dazu die sogenannten Standesfragen. Es ist richtig, daß auch sie die Kassen vielfach angehen; es muß aber den Aerzten schon zugestanden werden, daß sie diese Angelegenheit allein regeln. Soweit die Kassen davon berührt werden, kann die Einwirkung nur von außen erfolgen.

Unter die Selbstverwaltung der Kassen fallen alle Angelegenheiten, die wiederum nicht die Aerzte berühren. Soweit die Aerzte mittelbar betroffen werden, muß ihnen ebenfalls die Einwirkung von außen überlassen bleiben.

Beide Selbstverwaltungskörper finden sich dann in der zwischen ihnen stehenden kassen-ärztlichen Gemeinschaft. Hier werden die Fragen entschieden, die beide Teile gleichmäßig angehen, oder die Fragen, die zwar ihrem Schwergewicht nach mehr auf die eine oder die andere Seite fallen, die aber doch ein hinreichendes Interesse für die jeweils andere Gruppe haben, um ein Mitrederecht zu begründen. Es hat im Augenblick keinen Zweck, im einzelnen diese Aufgaben aufzuzählen, dazu sind sie zu vielgestaltig; außerdem bringt die Zeit täglich neue Aufgaben, die sehr wohl in die kassen-ärztliche Selbstverwaltung hineinfallen. Doch mögen einige der wichtigsten Punkte herausgehoben werden:

Die wirtschaftlichen Beziehungen zwischen Kassen und Kassenärzten können nur auf der Basis völliger Gleichberechtigung miteinander geregelt werden. Das ist der heute auch schon bestehende Zustand. Ich halte es für durchaus möglich, hier noch eine engere Verbindung als bisher herbeizuführen. Denken wir z. B. an das große Gebiet der Sachleistungen, so scheint mir der Gedanke erwägenswert, ob hier nicht durch geseinschaftlichen Zusammenschluß von Kassen und Kassenärzten Sachleistungsinstitute errichtet werden können, wobei die Kassen ihre wirtschaftliche und finanzielle Kraft zur Verfügung stellen, die Aerzte aber ihr persönliches Sachverständnis. Warum sollen nicht neu zu errichtende Institute auf dieser Basis gegründet werden, statt daß man sie vollständig einer Seite

überläßt, die allein oft nicht stark genug ist, die auftauchenden Schwierigkeiten zu überwinden? Ablehnen möchte ich hingegen die Auffassung, daß die Prüfungseinrichtungen des kassenärztlichen Vertrages, die Nachuntersuchungen, die Kontrolle der Kassenärzte usw. lediglich Angelegenheit der ärztlichen Organisationen sein müßten. Es wird uns immer wieder versichert, daß niemand so scharf die kassenärztliche Tätigkeit prüft wie die Aerzte selbst. Das mag stimmen — aber ebenso sehr stimmt es, daß niemand ein so großes Interesse an einer ordnungsgemäßen Durchführung der Prüfung hat wie die Kassen, die schließlich finanziell daran aufs höchste interessiert sind. Wenn der Vorschlag der Kassen ein Etat wäre, wenn die Aerzteschaft die in diesem Etat ausgeworfenen Summen, und zwar nicht nur für die ärztliche Behandlung, als für sich bindend anerkennen würde, dann allerdings wäre nichts dagegen einzuwenden, wenn ihr die Durchführung der ärztlichen Versorgung als alleinige Aufgabe übertragen würde. Weil aber die Aerzte das nie tun werden und wohl auch nicht tun können, muß es auf dem Gebiete der ärztlichen Prüfungseinrichtungen bei einer Mitwirkung der Kassen bleiben.

Eine weitere Aufgabe kassenärztlicher Selbstverwaltung wäre z. B. die hygienische Volksbelehrung. Auf dem Essener Aerztetag haben zwar die Aerzte dieses Gebiet für sich reklamiert, und zweifellos ist es auch so, daß der Arzt bei der hygienischen Volksbelehrung nicht zu entbehren ist, aber dem gegenüber müssen die Kassen doch darauf hinweisen, daß von den Aerzten auf diesem Gebiete verhältnismäßig wenig aus eigenem Antrieb geschehen ist (erst die letzten Jahre bringen einige Besserung), und daß die Kassen doch auch ein ganz ungeheures Interesse an der hygienischen Volksbelehrung haben. Deshalb ist auch hier die Gemeinschaftsarbeit das einzig Richtige. Es wird den Aerzten sicher sehr angenehm sein, wenn die Kassen ihre wirtschaftliche Kraft auch in den Dienst dieser Sache stellen.

Das alles sind nur Andeutungen. Daß weitere Aufgaben, wie z. B. ökonomische Behandlungsweise, wirtschaftliche Arzneiverordnung und vieles andere mehr, in den Bereich kassenärztlicher Selbstverwaltung fallen, ist selbstverständlich.

Mir scheint es notwendig, daß die hier vorgetragenen Gedanken einmal erwogen werden. Um jedem Zweifel aus dem Wege zu gehen, muß ich betonen, daß auch diese Gedanken zunächst nur Vorschläge eines einzelnen sind, wie auch die von ärztlicher Seite vorgebrachten Ideen die offizielle Billigung der kassenärztlichen Organisationen nicht durchweg gefunden haben. Ich bitte deshalb, diese Ausführungen nur als Anregung zu betrachten. Ob sich daraus einmal ein Programm entwickeln läßt, muß die Zukunft lehren.

(Deutsche Krankenkasse 1929, Nr. 28.)

Anmerkung der Schriftleitung: Vorstehende Ausführungen zeigen ein bedeutsames Entgegenkommen gegenüber der modernen Anschauung der Selbstverwaltung der Aerzte, so daß es sich wohl lohnen dürfte, darüber zu diskutieren.

Kollegen

gedenkt der „Dr. Alfons Stauder-Stiftung“!

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

Unfallneurose.

Zu Nr. 26, 1929, Seite 309 der Bayer. Aerztezeitung.

Von Georg Sittmann, München.

Der Erlaß des Herrn Reichsarbeitsministers vom 18. April 1929 zur Frage der Unfallneurose enthält Weisungen, die den schärfsten Widerspruch der Vertreter der medizinischen Wissenschaft und der ärztlichen Praktiker herausfordern.

Die nachdrückliche Weisung, bei Beurteilung neurologischer Zustände die Umstände des Einzelfalles eingehend zu berücksichtigen, ist als Uebergreif eines Laien zurückzuweisen. Für den Arzt ist es uralte Weisheit, im Kranken den Menschen und nicht nur die Krankheit zu sehen; das Recht, an diese Grundregel zu erinnern, steht nur den Aerzten und ihren Führern zu. Das hätten die ärztlichen Berater des Herrn Reichsarbeitsministers diesem sagen müssen. Statt dessen haben sie sich allzu gefügig bereit gefunden, eine Forderung ärztlicher Ethik, die sich die Aerzte selbst gestellt haben, zum Gegenstand einer Laienvorschrift machen zu lassen und damit den Arzt in seinem Standesbewußtsein zu kränken.

Die Bestimmungen der Ziffer 3, den Nachweis der psychopathischen Veranlagung durch Vernehmung von Lehrern, Geistlichen, Arbeitgebern und Arbeitskollegen zu erbringen, kennzeichnen ihre Geburtsstätte, den grünen Tisch. Es sei abgesehen von der Arbeitsvermehrung, die diese Vernehmungen mit sich bringen müssen — jeder erfahrene Gutachter kennt den Wert derartiger Vernehmungen und lehnt sie im allgemeinen ab. Man kann auf sie ganz allgemein verzichten, nicht bloß für die Begründung der Bescheide.

Das Verbot, Kennzeichnungen als „Psychopath“, „Rentenhysteriker“ usw. zu benutzen, verstößt gegen Wahrheit und Klarheit. Es verschiebt die Angriffsrichtung. Nicht das kurze und klare ärztliche Wort muß verboten werden. Der Herr Reichsarbeitsminister möge seine Bemühungen darauf richten, die unbegründete Empfindlichkeit zu bekämpfen, die eine ärztliche Diagnose als verletzend ansieht. Ein Psychopath bleibt ein Psychopath, und ein Rentenhysteriker bleibt ein Rentenhysteriker; und wenn auch die Arbeit neuzeitlicher Sprachschöpfer Wortbildungen erfindet — so wie z. B. das prächtige „Zwangsgestellung“ für „Verhaftung“ —, sehr bald werden auch die neuen Wörter als verletzend empfunden werden. Und was dann? Eine „Kommission“, die halbjährig neue Bezeichnungen für alte Begriffe zu finden hat.

Die gefügigen Sachverständigen des Herrn Reichsarbeitsministers bekommen ihren Lohn in Absatz A. Obwohl sie die unter a, b, c gestellten Fragen verneinen, geht der Herr Reichsarbeitsminister glatt über sie hinweg, indem er verbietet, schematisch auf den ablehnenden Standpunkt der Sachverständigen zu verweisen. Daß das Wort „schematisch“ in diesem Zusammenhang nur ein Hintertürchen für den Befehlsgeber bedeutet, ist jedem Erfahrenen klar.

Eigenartig und von höchster Bedeutung für die Rechtsphilosophie ist die Anordnung, daß die Entscheidung einer oberen Gerichtsbehörde keine über den entscheidenden Einzelfall hinausgehende Bedeutung habe und daß nicht mehr allgemein auf sie verwiesen werden solle.

Mit diesem in der Geistesgeschichte des Menschen unerhörten Vorstoß gegen den Wert der Erfahrung werden sich zunächst die Rechtsphilosophen zu beschäftigen haben. Aber auch die Aerzte haben allen Anlaß, sich zu wehren gegen den Versuch, das, was als Tatsache der ärztlichen Erfahrung durch eine Entscheidung letzter Instanz festgelegt ist, jedesmal wieder aufs

neue zum Spielball schwankender Meinungen zu machen. Sicherheit ist not, vor allem in einer Frage, die, wie die der traumatischen Neurose, weit hinausgreift über das ehemalige rein ärztliche Gebiet der Betreuung des einzelnen, in einer Frage, die, wie keine andere, mehr noch wie die Bekämpfung körperlicher Seuchen, die Verzahnung des Aertestandes mit der Allgemeinheit beweist. Wird die Zahnstange zerschlagen, dann laufen die Räder nicht mehr, die ganze Maschine, die ohnehin schon an vielen Stellen schlägt und knirscht, wird bald zerfallen. Die Zahnstangen sind die oberst-richterlichen Entscheidungen, in denen die ärztlichen Erfahrungen verankert sind.

Das Unfallversicherungsgesetz gebar die seelische Seuche der traumatischen Neurose. Die Sachverständigen — gering an Zahl —, die sich früh schon zum Kampf gegen sie erhoben, wurden verketzert und verlästert und tragen vielfach noch heute an den Folgen ihres Eintretens für die Allgemeinheit gegen asoziale Einzelbestrebungen. Die Wenigen, die das Ende des großen Krieges erlebten, sahen ihren Kampf zum Sieg geführt durch die Erfahrungen des Krieges, die der traumatischen Neurose ein Ende machten — nicht nur in Deutschland, ihrer Wiege, sondern sogar in Sowjetrußland.

Das geschah einfach dadurch, daß man den Begehrungsvorstellungen, die die traumatische Neurose erzeugen, Inhalt und Ziel nahm, die Begehrungen nicht erfüllte, die traumatische Neurose nicht mehr berentete.

Und nun soll das Ergebnis eines mehr als 30jährigen Kampfes, in dem praktische Erfahrung den Sieg davontrug über weltfremden Doktrinarismus, nun soll das Ergebnis, das zum Segen wurde für den einzelnen und das eine schwere Krankheit der Volksseele beseitigte, wieder zerstört werden! Das dürfen nimmermehr die zulassen, die sich verantwortlich fühlen für das geistige Wohl der Allgemeinheit, das höher steht als ein vermeintlicher materieller Vorteil weniger Einzelmenschen. Das Volk muß uns mehr gelten als der Wunsch einer begehrliehen Minderheit, deren geistige Einstellung gegen das Allgemeinwohl gerichtet ist. Daß das Vorgehen des Herrn Reichsarbeitsministers dieser Minderheit dienen soll, darüber ist kein Zweifel möglich.

Der Arzt ist der erste Diener am Volke; er darf sich nicht zum Verrät an seiner Aufgabe zwingen lassen durch einseitig und eng eingestellten Machtwillen einzelner.

Mit Worten ist's nicht getan. Die ins Ungemessene gestiegene Arbeitslast der Versorgungsbehörden hat diese gezwungen, nach freiwilligen Helfern Umschau zu halten. Die erbetene Hilfe ist ihnen geworden; Aerzte und Anstalten beteiligen sich durch *Untersuchung, Beobachtung und Begutachtung* an der Arbeit der Versorgungsämter.

Diese freiwilligen Helfer haben keinen Grund, ihrer Ueberzeugung demütigende Fesseln anlegen zu lassen; dieses Opfer werden sie nicht bringen. Sie werden die bisher geleistete Hilfe einstellen müssen.

Und die Aerzte der Versorgungsbehörden? Wir werden ihnen tatkräftige Teilnahme nicht versagen, wenn sie sich auflehnen gegen unwürdige Bevormundung. Im übrigen ist ihr Schicksal ein aufrüttelndes Gefährzeichen für die freie Aertzschaft — so, wie es jetzt ihnen geht, wird es jedem freien Arzt gehen können, wenn er einmal Staatsbeamter geworden ist. Das ist das einzige, wofür wir dem Herrn Reichsarbeitsminister dankbar sein wollen, daß er uns die Augen geöffnet hat für die Gefahr der Verbeamtung der Aerzte.

Anzeigepflichtige Krankheiten.

Von Dr. May, Ludwigshafen.

Die Anzeigepflicht von Krankheiten gründet sich auf Reichs- und Landesgesetze.

Laut Reichsgesetz sind anzeigepflichtig:

I. Die sogen. gemeingefährlichen Krankheiten (Reichsgesetz von 1930): Aussatz, Cholera, Fleckfieber, Gelbfieber, Pest, Pocken, und zwar jeder Krankheitsverdachts- und Todesfall.

II. Die sogen. gewerblichen Berufskrankheiten (Verordnung über Ausdehnung der Unfallversicherung auf gewerbliche Berufskrankheiten vom 12. Mai 1925):

1. Erkrankungen durch Blei oder seine Verbindungen.

2. Erkrankung durch Phosphor.

3. Erkrankung durch Quecksilber oder seine Verbindungen.

4. Erkrankungen durch Arsen oder seine Verbindungen.

5. Erkrankungen durch Benzol oder seine Homologen. Erkrankungen der Nitro- und Amidverbindungen der aromatischen Reihe.

6. Erkrankungen durch Schwefelkohlenstoff.

7. Erkrankungen an Hautkrebs durch Ruß, Paraffin, Teer, Anthrazen, Pech und verwandte Stoffe.

8. Grauer Star beim Glasmachen.

9. Erkrankungen durch Röntgenstrahlen und andere strahlende Energie.

10. Wurmkrankheit der Bergleute.

11. Schneeberger Lungenkrankheit.

In Betrieben, in denen Versicherte regelmäßig diesen Stoffen ausgesetzt sind.

In Glashütten.

In Betrieben, in denen Versicherte der Einwirkung von Röntgenstrahlen oder anderer strahlender Energie ausgesetzt sind.

In Betrieben des Bergbaues.

In Betrieben des Erzbergbaues im Gebiete von Schneeberg (Freistaat Sachsen).

Diese gewerblichen Berufskrankheiten sind nur dann anzeigepflichtig, falls sie nach der Ansicht des Arztes durch die berufliche Beschäftigung in den angeführten Betrieben (Spalte III) verursacht sind.

Diese gewerblichen Berufskrankheiten sind im Gegensatz zu allen übrigen Pflichtanzeigen dem Versicherungsamte (also nicht der Distriktpolizeibehörde) unverzüglich anzuzeigen.

III. Die Geschlechtskrankheiten (das Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten von 1927). Anzuzeigen ist der an mit Ansteckungsgefahr verbundener Geschlechtskrankheit Leidende, wenn der Kranke sich der ärztlichen Behandlung oder Beobachtung entzieht, oder wenn er andere infolge seines Berufes oder seiner persönlichen Verhältnisse besonders gefährdet.

Laut bayerischen Gesetzen sind anzeigepflichtig (Kgl. Verordnung von 1911):

a) jede Erkrankung und jeder Todesfall an Diphtherie, übertragbarer Genickstarre, Kindbettfieber, übertragbarer Ruhr, Scharlach, Typhus, Wurmkrankheit, Milzbrand, Rotz, Tollwut, Trichinose, sogen. Fleisch-, Fisch- und Wurstvergiftung (Paratyphus), spinale Kinderlähmung, jede Erkrankung an übertragbarer Augeneiterung (Ophthalmoblenorrhöe) bei Neuge-

borenen und an Körnerkrankheit (Trachom) mit Eiterabsonderung, jeder Todesfall an offener Lungen- und Kehlkopftuberkulose (Lungen- oder Kehlkopfschwindsucht), jede Erkrankung an offener Lungen- und Kehlkopftuberkulose, wenn der Kranke in einer Unterrichts- oder Erziehungsanstalt oder in dazu gehörigen Räumlichkeiten wohnt oder eine solche Anstalt besucht;

- b) jede Erkrankung und jeder Todesfall, die den Verdacht von Kindbettfieber, übertragbarer Ruhr, Typhus, Milzbrand, Rotz begründen;
- c) jede Bißverletzung durch tolle oder der Tollwut verdächtige Tiere;
- d) jeder Wechsel des Aufenthaltsortes und der Wohnung bei Personen, die an einer der obengenannten Krankheiten leiden.

Die Regierungen, Kammern des Innern, und die Distriktspolizeibehörden werden ermächtigt, in ihren Bezirken oder in Teilen von solchen durch polizeiliche Vorschriften die Anzeigepflicht auch einzuführen:

1. für Erkrankungsfälle an offener Lungen- und Kehlkopftuberkulose, wenn die Kranken infolge ungünstiger Wohnungsverhältnisse ihre Umgebung erheblich gefährden;
2. für Erkrankungs- und Todesfälle an Masern und Keuchhusten, wenn die Krankheiten mit besonderer Bösartigkeit auftreten. (Zur Zeit bei uns nicht eingeführt.)

Zur Anzeige verpflichtet sind:

- a) bei Verdachts- und Erkrankungsfällen sowie bei Wechsel des Aufenthaltsortes und der Wohnung der zugezogene Arzt,
- b) bei Todesfällen der Leichenschauer.

Die Anzeige ist mündlich oder schriftlich zu erstatten. Die schriftliche Anzeige gilt mit der Aufgabe zur Post als erstattet. Erfolgt die Mitteilung durch den Fernsprecher, so hat binnen der Anzeigefrist auch noch die schriftliche Benachrichtigung stätzufinden.

Die Anzeigen sind binnen 24 Stunden an die Bezirkspolizeibehörden zu erstatten, die Frist beginnt mit der Erkenntnis des Todes-, Erkrankungs- oder Verdachtsfalles und für die neue Anzeigerstattung bei Verlegung des Aufenthaltsortes in den Bezirk einer anderen Distriktspolizeibehörde mit der Ankunft des Kranken an dem neuen Aufenthaltsorte, die Frist für die Anzeige des Wechsels des Aufenthaltsortes oder der Wohnung mit dem Zeitpunkte des Auszuges des Kranken.

Oberfränkischer Aerztetag am 22. u. 23. Juni in Koburg.

Schon die geschmackvoll ausgestatteten Einladungen mit dem ausführlichen Festprogramm ließen einen schönen Verlauf der diesjährigen Tagung der oberfränkischen Aerzte erwarten.

So trafen sich bereits eine große Anzahl der auswärtigen Kollegen mit Damen am Samstag nachmittag in der Rosenschau, freudig begrüßt von den Koburger Kollegen und ihren Damen. Am Abend fand dann die Festvorstellung im Landestheater statt, die sehr gut besucht war. Infolge einer Programmänderung wurde das Singspiel „Das Dreimäderlhaus“ von Schubert-Berté in geradezu musterhafter Weise vorgeführt. Nach dem Theater vereinte das altberühmte Bahnhofshotel Schumann die Teilnehmer noch zu einem gemütlichen Beisammensein. Herr Hofkammersänger Straube verschönte den Abend durch einige wundervoll vorgetragene Gesangstücke mit Klavierbegleitung.

Die eigentliche Tagung fand am Sonntag, dem 23. Juni, vormittags 9½ Uhr, ebenfalls in den Räumen des Hotels Exelsior (Bahnhofshotel) statt. Anwesend

82 Aerzte und Aerztinnen. Der Vorsitzende, Geh. Rat Dr. Herd, begrüßte die Anwesenden, vor allem Herrn I. Bürgermeister Unverfähr sowie den Referenten der Versicherungskammer, Dr. Luber (München), die der Tagung auch gestern schon beigewohnt hatten, und dankte ihnen sowie allen Anwesenden für ihr Erscheinen. Herr Oberregierungsrat Freiherr Ebner v. Eschenbach (Bayreuth) sowie Herr Oberregierungsrat Dr. Fritsch (Koburg) und Herr San.-Rat Dr. Scholl (München) drückten schriftlich ihr Bedauern aus, nicht kommen zu können, sandten der Versammlung Grüße und wünschten guten Verlauf. Herr Bürgermeister Unverfähr dankte ebenfalls für die freundlichen Worte der Begrüßung und hieß die oberfränkischen Aerzte herzlich in Koburg willkommen. Auch der Bezirksarzt von Koburg, Herr Obermed.-Rat Dr. Hönisch, begrüßt die Kollegen und überbringt zugleich auch Grüße des Herrn Kreisreferenten, Oberreg. Ebner, und Sr. Exzellenz des Herrn Regierungspräsidenten. Herr Dr. Herd dankt allen Herren und geht, nachdem er noch eines verstorbenen Kollegen, Herrn Dr. Schmidt (Höchstädt bei Thiersheim) gedachte, zur Tagesordnung über.

Herr Siebert (Kronach) bringt einige Gedanken zur derzeitigen Lage der Heilkunde:

Redner versuchte, die Ursache der derzeitigen Mißstimmungen der Heilkunde aus den augenblicklichen geistigen Strömungen zu erklären, die er mit Unterganges-Abendlandes-Stimmung bezeichnete. Der Heilkunde sei damit die Grundlage ihrer Tätigkeit, die unbedingte Bejahung des Lebens jedes einzelnen Menschen genommen. In den Fragen der Fortpflanzung sei das dadurch geschehen, daß man nicht die Fortpflanzung, sondern die Geschlechtsfreude in den Mittelpunkt der Betrachtung stelle und die Beschränkung der Kinderzahl als ein bedeutsames Mittel erklärte; das Massenmenschentum, der Proletarismus stelle den einzelnen Menschen vor eine unpersönliche Masse und unpersönliche Aufgabe. Auch dem wissenschaftlichen Arbeiter ginge es in dieser Beziehung nicht wesentlich anders als dem Handarbeiter. Der Weltherrschaftswahn, der Imperialismus habe im alten Rom zur Befriedigung der Völker und zum Schutze der Gesittung Volkspersönlichkeit vernichtet, wie es heute der Völkerbund mache, und damit die unpersönliche und pflichtlose Masse geschaffen, der das Leben zum Schlusse schal wurde. Auch die Rassenhygiene habe die Sicherheit über das Ziel der Heilkunde untergraben durch die Aufstellung der Begriffe vom minderwertigen und lebensunwerten Leben. Als ein Zeichen der Zeit sei es zu betrachten, daß man sich in ärztlichen Zeitschriften auch wieder mit den Fragen der Frömmigkeit befasse, es komme aber nicht sowohl darauf an, welche Vorstellungen man sich über Gott mache, sondern darauf, daß wir wissen, was wir wollen sollen. Hier ist es nun wiederum die Rassenhygiene, die aus den Schwierigkeiten herausführt; sie zeigt über dem Gegensatz Einzelmensch und unpersönliche Masse der allgemeinen Menschheit das höhere Dritte, indem sie aus Familie, Stamm und Volk die völkische Blutsgemeinschaft aufbaut, den Staat erfassen läßt als die Lebensform des Volkes. Damit wird die Stellung der Aerzte sowohl zur sozialen Betätigung wie zu den Kranken geändert, sie stehen nicht mehr außerhalb des Geschehens, wie etwa die hilfreichen Sanitätskolonnen neutraler Staaten unbeteiligt sind am Ausgang des Kampfes, sondern sie stehen mitten inne im Geschehen, sind Mitsreiter geworden und wollen wie die Aerzte im Heere nicht nur die Leiden mildern und die Gesundheit herstellen, sondern sie wollen dies, um weitere Kämpfer für das Volksganze zu haben.

Es folgt nun das spannend erwartete Referat des Referenten der Versicherungskammer, Herrn Dr. Luber (München): Bayerische Aerzteversorgung:

Der Redner dankte zunächst für die Einladung zum Oberfränkischen Aertzetag und wies auf die Bedeutung hin, die die Aertzerversorgung heute für den Aertzestand erlangt hat, an deren Ausbau und für alle Mitglieder zufriedenstellenden Lösung kein Arzt mehr gleichgültig vorübergehen kann. Ausgehend von dem Anlaß der Gründung der Aertzerversorgung, erläuterte der Redner den Unterschied zwischen dem Aufbau der privaten und sozialen Versicherung, indem die Privatversicherung dem Individualrisiko Rechnung tragen muß, während die soziale Versicherung die Beiträge und Renten nach sozialpolitischen und standesethischen Gründen gestaltet. Dann führte der Vortragende die Einwände auf, die aus Mitgliederkreisen gemacht werden, so von Junggesellen und verwitweten Mitgliedern, wenn sie nicht in den Genuß des Ruhegeldes treten; er erwähnte dann die Einwände der jungen und alten Aerzte, sodann die Einwände wegen Gleichheit der Beiträge und zum Schluß die teilweise Unzufriedenheit mit der Rentenzahlung und das Lautwerden des Wunsches nach Kapitalauszahlung. Diesen Einwänden fügte er dann noch die verschiedenerseits auftretenden Befürchtungen wegen der angeblichen Unsicherheit des Aufbaues der Aertzerversorgung an. Zur Widerlegung dieser Einwände erläuterte der Redner das versicherungstechnische Gutachten des Herrn Prof. Dr. Böhm und wies auf den Zweck des Gutachtens hin. Er besprach die drei Beitragssysteme, wie sie auch im Aertzlichen Korrespondenzblatt bereits ausgeführt waren, und ihre Anwendung und Auswirkung auf die Anstalt. An praktischen Beispielen zeigte er vor allem die Auswirkung des Gutachtens, um so auch die Zahlen des Gutachtens verständlich zu machen.

Dann ging er auf die Widerlegung der vorgebrachten Einwände ein und wies zahlenmäßig auf die bisher schon sehr große Invaliditätsziffer der Junggesellen, der großen Sterblichkeit der Aertzesehaft und des jungen Witwenstandes hin, die eine außerordentlich große Belastung der Anstalt bedeuten. Daß gewisse Wünsche ihre Berechtigung haben, gab der Redner ohne weiteres zu und wies darauf hin, daß diesen Wünschen nunmehr auch Rechnung getragen werden soll. So sollen die Junggesellen und verwitweten Mitglieder, soweit sie nicht in den Genuß des Ruhegeldes getreten sind, jemanden bestimmen können, der eine Beitragsrückgewähr erhält. Ausführlich äußerte sich dann der Redner noch darüber, welches der drei Beitragssysteme der Aertzerversorgung wohl am besten zugrunde gelegt werden kann und legte den Mitgliedern nahe, das Rentendeckungsverfahren zu wählen, da bei diesem Verfahren dann auch dem Wunsche „Wahl zwischen Rente und Kapital“ stattgegeben werden kann. Sollte allerdings der Nachwuchs in einer Weise gefährdet sein, wie verschiedenerorts geäußert wird, so wäre der Uebergang zum Anwartschaftsdeckungsverfahren das geeignetste.

Der Vortragende gab dann noch einen Ueberblick über die Regelung der Verhältnisse der beamteten Aerzte und der Vermögensanlage.

Zum Schluß gab er noch einen kurzen Einblick in die bisherigen Erfahrungen der Aertzerversorgung.

Die Ausführungen des Redners wurden mit reichem Beifall begrüßt, ein Zeichen, daß derselbe es verstanden hatte, den oberfränkischen Aerzten ein klares Bild von der Aertzerversorgung zu geben, viele Mißverständnisse und falsche Ansichten aufzuklären und Einwände zu widerlegen. In diesem Sinne dankte auch der Vorsitzende dem Herrn Referenten auf das herzlichste. Als Diskussionsredner schloß sich an Bullinger (Burgkunstadt), der in gewohnter sachlicher Weise seine Ausführungen zu Gehör brachte und ebenfalls gut mit den einzelnen Punkten der Versorgung vertraut war. Auch ihm wurde kräftiger Beifall und Dank zuteil.

Dr. Bullinger geht aus von der Feststellung im Gutachten, daß der Mindestbeitrag knapp die Grundrente decke; es müßte der Mindestbeitrag um 130 Mark auf 450 Mark erhöht werden, wenn durch ihn außer der Grundrente auch die Mindestzuschläge gedeckt sein sollen. Daraus sei zu folgern, daß ungenügend nicht bloß die Beitragsleistung jener Gruppe sei, welche die heutigen Mindestbeiträge von 320 M. leiste, sondern auch einer Gruppe, welche mit den Zahlungen unter 450 M. bleibe. Die Größe dieser Gruppen, welche sozusagen Horizontalschnitte bedeuten, kennen wir nicht. Prof. Böhm nennt diese Folge der Satzung vom versicherungstechnischen Standpunkt recht bedenklich. An einer anderen Stelle des kurzen Auszuges, nämlich bei der Darstellung des Durchschnittseinkommens, erhalten wir etwas Einblick; der Mindestbeitrag von 320 M. entspricht bekanntlich einem angemeldeten Einkommen von 4000 M., der als notwendig berechnete Mindestbeitrag von 450 M. würde einem Einkommen von 6500 M. entsprechen; erst von dieser Einkommenshöhe an würden die Zuschläge ganz gedeckt sein. Nun blieb auch bei der stetigen Steigerung der Durchschnittseinkommen im Jahre 1927, wo das Gesamtdurchschnittseinkommen 8135 M. war, dasjenige der Gruppe Zahnärzte 6300, jenes der Gruppe Tierärzte gar 5130 M.; beide Gruppen leisteten also in ihrer Gesamtheit zu wenig Beiträge für die Deckung der Zuschläge. Ob sich dabei bei der Gruppe der Zahnärzte die Unterbilanz durch den Altersaufbau und die geringere Invaliditätswahrscheinlichkeit bessert, läßt sich an Hand des Auszuges nicht ergründen.

Gar nichts wissen wir leider über die Größe jener Arztgruppe, welche zeitweilig oder dauernd auf 320 M. bzw. unter 450 M. geblieben ist, sei es, weil sie nicht mehr Einkommen bezogen, oder sei es, weil sie nur nicht mehr Einkommen anmeldeten. Man darf annehmen, daß durch die Feststellung des Gutachtens der Anreiz zum Mehranmelden nicht zunehmen wird; denn bisher war es nur intuitiv erfüllt, daß die Einzahlung in der Höhe des Mindestbeitrages in gewissem Sinne Vorteile in sich birgt.

Für diejenigen, welche nicht mehr Reineinkommen beziehen, muß der Aertzestand als solcher nach der sozialen Grundidee der Aertzerversorgung einspringen; ihnen möchte man die Zuschläge nicht verringern. Wie man aber bei allen anderen, welche unter 450 M. Beitrag bleiben, die Anwartschaft auf Zuschläge in ein richtiges Verhältnis zu den geleisteten Beiträgen bringt, ist ein ernstes Problem schon aus ethischen Erwägungen.

In der Frage der teilweisen Umänderung in Kapitalversicherung ist Bullinger der Ansicht, die Aertzerversorgung müsse ganz der Gründungsidee treu bleiben, als wirtschaftliche und soziale Versicherung der Arztfamilie in Analogie der Versorgung der Beamtenfamilie. Diese Seite der Aertzerversorgung müsse noch weiter ausgebaut werden.

Das Anwartschaftsdeckungsverfahren solle zunächst nicht eingeführt werden, da die Aertzerversorgung auf gesetzlicher Grundlage ihren steten Zugang habe und hierin mit der privaten Lebensversicherung nicht zu vergleichen sei.

Es sprach noch Masur (Koburg), der ebenfalls einige Punkte erwähnte und betonte, daß er durch das Referat des Herrn Dr. Luber in vielen Punkten aufgeklärt sei und ihm dafür danke.

Nachdem noch Herr Dr. Luber das Schlußwort gesprochen, wurden einige Anträge für den Bayerischen Aertzetag in Regensburg besprochen und diesem überwiesen. Dann wurden wirtschaftliche Fragen besprochen. Der Beschwerdeausschuß soll den Sitz in Bamberg haben. Der Aertzliche Bezirksverein Bamberg soll drei Herren wählen, dazu werden noch als Mitglieder

des Beschwerdeausschusses von der Aerztetagung gewählt die Herren: Dr. Alkan (Koburg), Hering (Bayreuth), Sammeth (Forchheim) und Ueberall (Hof).

Die Herbsttagung findet wie gewöhnlich in Kulmbach statt. Dort soll über die nächstjährige Tagung beschlossen werden. Einladung liegt vor von Dr. Margerie (Adlerhütte) für Wirsberg.

Schluß des offiziellen Teiles nachmittags 1/2 Uhr.

Nun folgte nachmittags 2 Uhr das gemeinsame Mittagessen. Dasselbe fand ebenfalls in den geschmackvollen zwei Sälen des Hotels Exzelsior statt. Es nahmen zirka 150 Aerzte, Aerztinnen und Aerztfrauen teil. Das Essen war vorzüglich, desgleichen auch der Wein. Die Speisekarte reizend ausgestaltet. Herr Geh. Rat Dr. Herd begrüßte die anwesenden Kollegen und Kollegenfrauen herzlichst, ebenso den Herrn Bürgermeister mit Gemahlin, Dr. Luber von München, Dr. Lenz von Koburg mit Gemahlin, ging von der schönen Rosenschau aus und kam in gewohnter beredter Weise auf die Zusammengehörigkeit der Aerzte und ihre gelungenen Tagungen zu sprechen, diesmal in dem schönen Koburg. Sein Hoch galt den oberfränkischen Kollegen und ihren Frauen. Die eigentliche Damenrede war diesmal nun insofern eine Damenrede, als sie eine Dame hielt. Die Kollegin und Arztfrau Frau Dr. Zapf (Koburg) brachte in humorvoller, gediegener Weise die Entwicklung der Arztfrau zur Sprache und schloß zuletzt mit einem Hoch auf die Männer der Arztfrauen. Leider gestattet der Platz nicht, näher auf die gediegenen Tischreden einzugehen. Nachdem auch Schicker (Koburg) und Schmidt (Bischofsgrün) gesprochen, neigte sich die Tafel ihrem Ende zu. Erwähnt muß noch werden, daß jeder Teilnehmer und jede Teilnehmerin ein schönes Geschenk, Kästchen und Körbchen — Erzeugnisse der Koburger Industrie — mit auf den Weg bekamen, gewidmet vom Bezirksverein Koburg. Leider verhinderte ein stark einsetzender Regen den weiteren Besuch der Rosenschau, und so mußte die Nach- und Schlußfeier im Hotel Exzelsior abgehalten werden.

Beim Schluß des Berichtes muß nochmals im Namen der teilnehmenden oberfränkischen Aerzte den lieben Koburger Kollegen und ihren Damen, vor allem der Vorstandschaft, Herrn Dr. Klausner und Schicker, nebst ihren Gemahlinnen der herzlichste Dank ausgesprochen werden für die wirklich schöne und gelungene Tagung, an die wir alle gern zurückdenken.

Dr. Kröhl.

Tagung der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Kurpfuscherei in Berlin.

Bericht von Dr. Zimmer, Wien, aus den „Mitteilungen der Wiener Aerztekammer“.

Die „Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Kurpfuscherei“ in Berlin ist seit Jahren bemüht, ein Kurpfuschereiverbot, ähnlich dem in Oesterreich in Geltung stehenden Kurpfuschereiparagraphen, auch in Deutschland, wo noch Kurierfreiheit besteht, gesetzlich festzulegen. Die im Zuge befindliche Rechtsangleichung beider Länder gab diesem Bestreben aktuelle Bedeutung, und die am 25. April 1929 von der genannten Gesellschaft im Reichstagsgebäude in Berlin veranstaltete Tagung, zu welcher neben den Spitzen der Justiz- und Wohlfahrtsbehörden sowie den Vertretern des parlamentarischen Rechtsausschusses aller Fraktionen auch Delegierte der österreichischen Aerzteschaft eingeladen waren, sollte in Form einer Aussprache die gegenwärtige Situation klären. Bei dieser Gelegenheit konnten die Wiener Vertreter, Vizepräsident der Wiener Aerztekammer Dr. Zimmer und Vorstandsmitglied Regierungsrat Dr.

Gerber, sich durch eigene Anschauung ein Urteil bilden über die gegenwärtigen Verhältnisse in der Aerzteschaft und über den Stand des sehr ausgebreiteten Kurpfuschertums im Deutschen Reiche, Zustände, die — kurz gesagt — für österreichische Verhältnisse als unfafbar zu bezeichnen sind.

Das deutsche Volk scheint sich gerade in der Frage der Kurpfuscherei in einer völligen Verknennung der Sachlage zu befinden und bei Einhaltung dieses Kurses gesundheitlich enormen Schaden zu erleiden. Daß es zum Beispiel möglich ist, daß ein notorischer Kurpfuscher nach Abbüßung einer längeren Freiheitsstrafe, die er wegen Vergewaltigung und Infizierung einer seiner Patientinnen mit einer Geschlechtskrankheit erhielt, nach Verlassen des Zuchthauses sofort wieder unangefochten seinem Beruf als Kurpfuscher nachgehen kann, wird uns ebenso in Erstaunen setzen wie die Merkwürdigkeit der verschiedenartigsten Annoncen in den Tageszeitungen, von denen unter anderen eine lautet: „Sichere Existenz (Biochemie — Augendiagnose — Homöopathie) tausche ich sofort gegen einen betriebssicheren Opelwagen, Zweisitzer. Laie wird angelernt für Praxis. Offerten unter . . .“

Daß solche Verhältnisse geeignet sind, das ethische und wissenschaftliche Niveau der deutschen Aerzteschaft zu schädigen, ist die logische Folge, da ja nur zu leicht in ihrer wirtschaftlichen Existenz bedrohte Aerzte die Praktiken der Kurpfuscher nachahmen, um auf diese Weise unter Hintansetzung der Standesehre der Konkurrenz mit denselben standzuhalten. Daraus erklärt sich wieder in zwangsläufiger Folge, daß sich in der deutschen Bevölkerung vielfach der Glaube an den Kurpfuscher festgesetzt hat und sie daher zu ihrem Aerztestande nicht das nötige Vertrauen besitzt und dann den Kurpfuscher dem Arzte vorzieht. Bedenkt man, daß Berlin mit seinen zirka 4 Millionen Einwohnern etwa 4500 Aerzte besitzt, also weniger als die Zweimillionenstadt Wien, so müßte man daraus schließen, daß die Berliner Aerzteschaft wesentlich günstigere Existenzbedingungen besitzt als die Wiener Kollegen. Die Tatsache, daß dies keineswegs zutrifft, ist darauf zurückzuführen, daß gerade Berlin von den Naturheilern und Pfuschern überflutet ist, die in Kursen und Schulen gegen geringes Entgelt für ihren „Beruf“ dressiert werden. Mit welcher unerhörten Skrupellosigkeit hierbei vorgegangen wird, möge folgende Zeitungsannonce erläutern: „Gewissenhafte Ausbildung, Damen und Herren, ehemalige Offiziere usw., die eine sichere Existenz suchen und Lust und Liebe zur Naturheilkunde besitzen, werden in 3 bis 4 Tagen gewissenhaft ausgebildet. Nähere unverbindliche Auskunft das . . . sche Naturheilinstitut, Neu-Ulm, Friedrichstraße 13a.“

Bedenkt man ferner, daß hinter der Kurpfuschergilde und einem großen Teil der dem Kurpfuschertum geneigten Bevölkerung politische Parteien stehen, die aus politischen Gründen einer Beseitigung dieser Kulturschande auf gesetzlichem Wege energischen Widerstand entgegensetzen, so ist die Aussicht auf ein erfolgreiches Ende in diesem Kampfe mindestens sehr zweifelhaft, um so mehr, als aus den früher bereits erwähnten Gründen eine lückenlose Einigkeit der deutschen Aerzte in dieser für sie so vitalen Frage nicht besteht.

Aus den Referaten der deutschen Aerzte und Juristen — es sprachen San.-R. Lennhof, Generaloberarzt Dr. Friedheim, Generalarzt Dr. Neuburger, Geheimrat Prof. Dr. Rost, Prof. Fischer (Universität Würzburg), Landesgerichtsdirektor Dr. Hellwig und andere — konnte man mit tiefem Bedauern entnehmen, zu welchen medizinischen und moralischen

Ausschreitungen der Mangel eines Kurpfuschereiverbotes in Deutschland geführt hat.

Die anwesenden Parlamentarier der verschiedenen Parteien erklärten, das Gehörte zur Kenntnis zu nehmen und im Schoße ihrer Partei besprechen zu wollen; einmütig aber kam von dieser Seite zum Ausdruck, daß die lange Dauer des Bestehens der Kurpfuscherei im Reiche die Erledigung dieser Frage auf parlamentarischem und gesetzgeberischem Wege erschwere.

Redner erklärt weiter, daß die österreichischen Aerzte jedem Versuche, dem Kurpfuschereiwesen die Wege zu ebnen, unbeugsamen Widerstand entgegensetzen werden. Die Kurpfuscherei sei nicht nur ein eminenter Schaden für die Volksgesundheit, sondern drohe auch den für diese aufopfernd tätigen Aerztestand zu entwurzeln.

Daraus ergibt sich für alle diejenigen, welchen in Oesterreich die Gesundheit des Volkes anvertraut ist — seien es nun Aerzte, Volksbeauftragte oder Behörden —, die zwingende Notwendigkeit, an dem bisherigen gesetzlichen Kurpfuschereiverbote nicht nur festzuhalten, sondern es noch im Texte klarer und eindrucksvoller zu gestalten.

Antikonzeptika als Pflichtleistung der Ortskrankenkasse.

Der Vorstand der Allgemeinen Ortskrankenkasse für die Stadt Leipzig hat beschlossen, empfängnisverhütende Mittel auf ärztliche Verordnung als Pflichtleistung gemäß § 19 Abs. III der Satzung in solchen Fällen an weibliche Mitglieder (nicht aber Familienangehörige) abzugeben, in denen der behandelnde Arzt eine etwaige künftige Schwangerschaft als eine schwere Gesundheitsgefährdung ansieht. Patientinnen mit solchen Verordnungen werden dem Vertrauensarzt vorgestellt.

(Korrespondenzblatt der ärztl. Kreis- u. Bezirksvereine in Sachsen 1929/13.)

Der faule Berghans.

Von Dr. Schiefer in Memmelsdorf (Oberfr.).

Es war einmal ein Mann, der wußte mit seinen Armen und Beinen nichts Rechtes anzufangen. Alle Arbeit war ihm nicht recht und zu schwer. Trotzdem wollte er essen und trinken und leben. Von seinen Kameraden wurde er der faule Berghans genannt. Der Berghans wurde alt und starb und lebt heute noch in aller Munde fort als der faule Berghans. Wozu nun diese Erzählung? — Bei der Erstellung von Unfallgutachten, bei der Abschätzung von Erwerbsunfähigkeitsgraden, bei der Festsetzung von Militärrenten ist es wichtig, zu wissen, ob der zu Begutachtende vorher als fleißiger Mann oder als fauler Berghans bekannt war. Wichtig ist bei der Beurteilung die genaue ärztliche Untersuchung, wichtig ist eventuell das Röntgenbild und sonstige diagnostische Hilfsmittel, wichtig ist das Aktenstudium, aber ebenso wichtig ist der Leumund und der Ruf des zu Begutachtenden. Das Volksurteil stellt öfters die Diagnose: „Morbus Berghansii“, als wir Aerzte denken.

Amtliche Nachrichten.

Dienstesnachrichten.

Vom 1. August 1929 an wird der mit dem Titel und Rang eines Obermedizinalrates ausgestattete Medizinalrat bei der Gefängenenanstalt Nürnberg, Dr. Gustav Kunz in Nürnberg, zum Obermedizinalrat der Besoldungsgruppe A 2b am Landgerichte Nürnberg in etatmäßiger Weise befördert.

Vom gleichen Zeitpunkt an wird der Bezirksarzt Dr. Wilhelm Bergleiter in Hilpoltstein zum Landgerichtsarzt der Besoldungsgruppe A 2c in Eichstätt in etatmäßiger Weise befördert. — Dr. Bergleiter wird bis auf weiteres mit der Wahrnehmung der Geschäfte des Bezirksarztes für den Verwaltungsbezirk Eichstätt (Stadt und Bezirksamt) betraut.

Vereinsmitteilungen.

Sterbekasse des Aerztl. Kreisverbandes Oberbayern-Land.

49. Sterbefall.

Herr Dr. Fries (Murnau) ist gestorben. Das Sterbegeld wurde umgehend überwiesen. Ich bitte die Herren Kassiere der Vereine Oberbayern-Land, 5.— RM. pro Kopf ihrer Mitglieder einzusenden an die Adresse: Gemeindeparkasse Gailing, Postscheckkonto München 21827, unter der Mitteilung: Auf Konto Sterbekasse xmal 5.— RM. für 49. Sterbefall.

Mitteilungen des Kassenärztlichen Vereins Nürnberg e. V.

1. Es wird daran erinnert, daß bei den gewerblichen Ersatzkrankenkassen für die Leistungen des Abschnittes E der Adgo 1928 (Sachleistungen) Genehmigungspflicht besteht.

2. Die Krankenscheinabrisse der kaufmännischen und gewerblichen Ersatzkrankenkassen müssen mit dem Namen des Arztes versehen und an die Krankenlisten angeheftet werden. Die Krankenkassen sind nach dem Vertrag nicht verpflichtet, Rechnungen zu bezahlen, für welche ein Beleg nicht vorliegt.

3. Wir bitten, bei Einsendung der Berechtigungsscheine für Behandlung fürsorgeberechtigter Personen darauf zu achten, daß nicht versehentlich die Berechtigungsscheine für die Apotheken miteingeschickt werden. Das Wohlfahrtsamt lehnt die Bezahlung der in Frage kommenden Fälle ab.

4. Wir wiederholen unser dringendes Ersuchen, schwache Personen nicht direkt zum Optiker zwecks Brillenbestimmung zu schicken. Steinheimer.

Mitteilungen des Münchener Aerztereins für freie Arztwahl.

1. Der Sanitätsverband für München und Umgebung hat sein Mitgliederverzeichnis übersandt; es liegt auf der Geschäftsstelle zur jeweiligen Einsichtnahme für die Herren Kollegen auf.

2. Die Monatskarten für Juli sind am Donnerstag, dem 1. August 1929, bis spätestens nachmittags 5 Uhr auf der Geschäftsstelle abzugeben.

Die Auszahlung des Honorars erfolgt ab Samstag, dem 10. August, auf der Bayer. Hypotheken- und Wechselbank.

3. Die persönliche Abrechnung für das I. Vierteljahr 1929 ist ab Donnerstag, den 1. August, auf der Geschäftsstelle erhältlich. Eventueller Einspruch gegen die Abrechnung kann schriftlich unter Beigabe der Abrechnung und Monatskarten bis Mittwoch, den 14. August, erhoben werden.

4. Zur Aufnahme hat sich gemeldet: Frau Dr. Ruska Maurer, prakt. Aerzlin mit Geburtshilfe, Tengstr. 43.

Auskunft.

1. In einer kürzlich abgehaltenen Sitzung zahlreicher Aerzlevertreter Oberbayerns ergaben sich Unklarheiten über die Familienversicherung nach § 205b/1 RVO. („Krankenpflege an solche Familienangehörige der Versicherten, welche darauf nicht anderweit nach diesem Gesetz Anspruch haben.“)

Diese Familienversicherung ist eine Kann- (Mehr-) Leistung der Kassen. Unter Familienbehandlung im Sinne des § 1 der Zulassungsgrundsätze (jetzt § 45 ZO.) des RAu. für Krankenkassen und Aerzte ist nur die Gewährung ärztlicher Behandlung an Familienangehörige als Sachleistung (im Gegensatz zur Barleistung) zu verstehen (Reichsschiedsamt vom 19. November 1926). Die Satzung der Kasse darf nicht bestimmen, daß an versicherungsfreie Familienmitglieder statt ärztlicher Behandlung und Hilfeleistung solche durch Heilkundige gewährt wird (RVA. 4. April 1914). Es ist aber unter Berücksichtigung des Arztsystems zulässig, zu bestimmen, durch wen die ärztliche Behandlung gegeben werden soll (Kassenarzt, Ambulatorium usw.). Ferner kann die Satzung den Begriff der Familienangehörigen festlegen, wobei die Ersetzung des Wortes „Familienmitglied“ durch das Wort „Familienangehörige“ den Kreis der Bezugsberechtigten nicht ändert. Träger des Anspruchs auf Familienhilfe sind nicht die Familienangehörigen, sondern die Versicherten selbst. Die Familienversicherung darf nicht nur auf die versicherungsfreien Ehefrauen der männlichen Kassenmitglieder abgestellt werden. Eine Satzungsbestimmung, welche die Gewährung freier ärztlicher Behandlung an versicherungsfreie Familienangehörige der Versicherten auf solche Familienangehörige beschränkt, die mit dem Versicherten in einem bestimmten Bezirk in häuslicher Gemeinschaft leben, widerspricht dem Grundsatz der Gleichberechtigung von Kassenmitgliedern und ist unzulässig. Ein Versicherter, der von seiner Familie getrennt wohnt und beschäftigt ist, hat Anspruch auf Familienhilfe, und zwar gegen die für seinen Beschäftigungs-ort zuständige Kasse. Zu den ehelichen Kindern gehören auch die auf Grund der §§ 1741—1772 BGB. an Kindes Statt angenommenen. Das voreheliche, uneheliche Kind der Frau eines Kassenmitgliedes ist familienangehörig jedenfalls dann, wenn das Mitglied das Kind in den Familienkreis aufgenommen und die Fürsorge für es, wie für einen Angehörigen übernommen hat. Angehörige sind auch uneheliche Kinder, wenn die Vaterschaft des Versicherten festgestellt ist. Pflegekinder eines Versicherten gehören nicht zu den Familienangehörigen im Sinne dieser Vorschrift. Erfüllungsort für die Familienhilfe ist der außerhalb des Bezirkes befindliche Wohnort des Mitgliedes dann, wenn der Familienversicherte wöchentlich nach Abschluß der Arbeitswoche zur Familie zurückkehrt. „Für auswärts wohnende Familienangehörige von Mitgliedern, in deren Wohnort kein Kassenarzt zur Verfügung steht, sind Nichtkassenärzte in dringenden Fällen auch

dann aus Kassenmitteln zu bezahlen, wenn die Satzung die Familienhilfe ausdrücklich auf Kassenärzte beschränkt, da die Gleichberechtigung der Mitglieder zu wahren ist und eine Beschränkung auf einen Teil der Mitglieder unstatthaft ist.“ (RVA. 4. Oktober 1921.)

Da die Krankenkasse die ärztliche Behandlung nicht selbst durchführen kann, hat sie ein Rechtsverhältnis herzustellen, auf Grund dessen der Arzt die Personen zu behandeln hat, denen die Kasse ärztliche Behandlung zu leisten verpflichtet ist. Ein solches Rechtsverhältnis ist weder durch Gesetz begründet, noch kann es einseitig durch obrigkeitlichen Akt (etwa von der Kasse oder einer Versicherungsbehörde) begründet werden. Zu seiner Schaffung steht nur der privatrechtliche Vertrag zur Verfügung, für den die Schriftform vorgeschrieben ist (§ 368 RVO.). Daher die Entscheidung des RSchA. vom 6./7. Mai 1927: „Zur Ausführung jeder ärztlichen Behandlung, welche die Krankenkassen den Versicherten oder den Familienangehörigen gewähren, ist die Schaffung vertraglicher Abmachungen zwischen den Kassen und Aerzten erforderlich.“ Die ärztliche Behandlung umfaßt die Beratung im Sprechzimmer des Arztes oder im Hause des Kranken oder sonstige Hilfeleistungen. Die dabei entstehenden Kosten für Wegegebühren gehören zu den ärztlichen Behandlungskosten. So besagt ein Entscheid des sächsischen LAu. vom 16. April 1921, daß auch eine Satzungsbestimmung, „daß außerhalb eines bestimmten Arztbezirkes wohnende Mitglieder im Erkrankungsfall ihrer Kinder die Kosten des Arztes mit Ausnahme der vom Arzt berechneten Kilometergebühren erstattet erhalten, während an sich die Satzung als Familienhilfe freie ärztliche Behandlung der Kinder eingeführt hat, unzulässig ist.“ Nach dem Entscheid des RVA. vom 27. Mai 1918 kann ein Erkrankter, der eine tatsächlich

KÖNIG OTTO-BAD
 bei Wiesau am Bayer. Fichtelgebirge,
 512 m ü. d. M.
 Kurheil / Altbewährtes, heilkräftiges
 Stahl- und Moorbad.
 Grosse Erfolge bei Blutarmut, Schwäche, Rheuma,
 Gicht, Zipperlein, Ischias, Lähmungen, Bein-
 leiden, Nerven-, Frauen-, Herzkrankheiten usw.
 Kurzeit: 1. Juni—15. Sept. Keine Kurtaxe.
 Prospekt: SAN.-RAT Dr. med. BECKER.

Fieberkurven
 100 Stück M. 1.75
 500 Stück M. 8.—
 Zu beziehen vom Verlag der
 Aertztlichen Rundschau
 Otto Gmelin München 2 NO 3,
 Wurzerstrasse 1b.

ÄRZTLICHE RUNDSCHAU

Heft 14

Inhalt: Oberarzt Dr. Quirin: Fehlformen des Fusses und ihre Behandlung. Unter besonderer Berücksichtigung der Mitarbeit des praktischen Arztes. — Oberarzt Dr. Volmer, Leipzig: Behandlung der Keratitiden. — Dr. Adolf Bauer, Lindhardt b. Naunhof: Zur Behandlung der Sekretstauung bei Bronchiektasien. — Streiflichter aus dem Standesleben. — Bücherschau. — Zeitschriftenübersicht.

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

Aertztliche Rundschau allein M. 3.—, **mit Tuberkulose**, M. 4.50 vierteljährl., portofrei.

Tuberkulose allein M. 4.— vierteljährlich (in besserer Ausstattung)

vom an.

Name: Adresse:

notwendige Fahrt zum Arzt im eigenen Fuhrwerk ausgeführt hat, von der Krankenkasse Erstattung der ihm dadurch entstandenen Kosten beanspruchen. Selbstverständlich hat auch der Vertragsarzt Anspruch auf Kilometergelder, wenn er eine notwendige Fahrt zum Erkrankten zu machen hat. Vollkommen klaggestellt ist die Frage weiterhin durch den Entscheid des RSchA. vom 28. Juli 1925: „Wenn die Kasse die Ausübung kassenärztlicher Tätigkeit verlangt, muß sie auch deren Bezahlung in vollem Umfange dem Arzte gegenüber übernehmen. In welcher Weise die Kasse etwaige Kosten z. B. bei satzungsgemäßer Beschränkung der ärztlichen Behandlung in der Familienhilfe auf einen bestimmten Teil von anderer Seite ersetzt verlangt, ist ihr überlassen.“

2. Es ist unter anderem die Frage aufgeworfen worden, ob bei der Begrenzung nicht das Jahreshonorar zugrunde gelegt werden könne. Dies ist, wie schon in der Sitzung bemerkt wurde, nicht möglich. Die Entscheidung des RSchA. vom 19. September 1926 dazu lautet: „Eine Bestimmung, wonach bei der Begrenzung der Bezahlung nach Einzelleistungen mit einem Mehrfachen der Beratungsgebühren ein Ausgleich innerhalb sämtlicher Vierteljahre des Vertragsjahres stattfinden soll, ist unzulässig.“ Kallenberger.

Bücherschau.

Deutscher Bäderkalender. 9. Jahrgang, herausgegeben vom Allgemeinen Deutschen Bäderverband E. V., Abt. A. Redigiert von Prof. Dr. Weissbein. 624 Seiten mit einer Uebersichtskarte der deutschen Bäder und Luftkurorte. In Dermathoid gebunden. Bäder- und Verkehrs-Verlag G. m. b. H., Berlin SW II.

Die Neuausgabe des »Deutschen Bäderkalenders«, der von Behörden, Aerzten, amtlichen deutschen Auslandsstellen, Reise- und Verkehrsbüros im In- und Ausland, sowie von der Fach- und Tagespresse als das zuverlässigste und übersichtlichste Auskunftsbuch über die reichsdeutschen Bäder- und Luftkurorte anerkannt ist,

hat in dem soeben erschienenen 9. Jahrgang wieder eine wesentliche Ergänzung und Umarbeitung erfahren. Der redaktionelle Teil unter der Schriftleitung von Prof. Dr. Weissbein bringt im Anschluss an eine Einführung von Ministerialdirektor i. R. Prof. Dr. Dietrich eine alphabetische Zusammenstellung der deutschen Heilbäder, Luftkurorte, Ost- und Nordseebäder mit kurzgefassten Angaben über Kurzeit, Kurmittel und Heilanzeigen. Im Anschluss hieran folgt eine Anzahl wichtiger Beiträge aus dem Gebiete der Bäder- und Klimakunde, bearbeitet von anerkannten Fachleuten, wie Prof. Dr. Winkler, Geheimerat Prof. Dr. Strauss, Ministerialrat Dr. Bauer, Prof. Dr. Bürger, Prof. Dr. Weissbein und führenden Badeärzten. Das Kapitel »Die deutschen Kurorte nach ihren Heilanzeigen« ist von dem Generalsekretär der Balneologischen Gesellschaft, Dr. Max Hirsch, bearbeitet. Ueber »Badekuren für Angehörige der Krankenkassen« berichtet der geschäftsführende Vorsitzende des Hauptverbandes deutscher Krankenkassen, Helmut Lehmann. Ueber »Sport in den deutschen Kurorten« berichtet Hauptmann a. D. G. Schmidt, Syndikus des Allgemeinen Deutschen Bäderverbandes, der durch Beigabe eines Verzeichnisses der in den einzelnen Kurorten vorhandenen Sportmöglichkeiten ergänzt ist. Ein Verzeichnis der Badeärzte, bearbeitet von Sanitätsrat Dr. Lachmann, und eine Zusammenstellung der Neueinrichtungen in den Bädern und Kurorten, ferner ein Verzeichnis der Kurverwaltungen mit Angabe der Zeit der Begründung des Kurbetriebs, seiner Betriebsform und der Anschrift der leitenden Persönlichkeiten schliessen sich an. Neu aufgenommen wurde ein unter Mitarbeit des Reichspostministeriums zusammengestelltes Verzeichnis der Kraftpostlinien im Gebiete der deutschen Bäder und Kurorte. Dem redaktionellen Teil folgen ausführliche illustrierte Beschreibungen der Bäder und Kurorte, ein Verzeichnis der Heilanstalten in den Bädern und Kurorten, bearbeitet von Prof. Dr. Eichelberg in Hedemünden, Vorsitzenden des Verbandes ärztlicher Heilanstaltsbesitzer und -leiter, und zum Schluss eine Zusammenstellung der Hotels in den Bädern und Kurorten, herausgegeben in Verbindung mit dem Reichsverband der deutschen Hotels und verwandter Betriebe. Eine mehrfarbige Bäderkarte ermöglicht eine schnelle Uebersicht über die einzelnen Eisenbahnverbindungen. In der vorliegenden Form stellt der »Deutsche Bäderkalender« ein Nachschlagewerk dar, wie es in gleichumfassender Weise und in gleichartiger wissenschaftlicher Einstellung in keinem anderen Lande zu finden ist.

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

Für die Inserate: Adolf Dohn, München.

D O L O R S A N

D. R. Wz.

Jod an Camphor und Rosmarinöl sowie organisch an NH_3 gebunden, Ammoniak und Alkohol

Analgetikum **Grosse Tiefenwirkung!**

von eigenartig schneller, durchschlagender und nachhaltiger Jod- und Camphorwirkung bei Pleuritis, Angina, Grippe, Gicht, Rheuma, Myalgien, Lumbago, Entzündungen, Furunkulose

In den Apotheken vorrätig

Kassenpackung M. 1.15, große Flaschen zu M. 1.95, Klinikpackung M. 6.10
JOHANN G. W. OPFERMANN, KÖLN 64

Literatur und Aertzeprouben auf Wunsch!



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

Aerztejournal wird jederzeit auf Wunsch zugesandt.