

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 Aerztlichen Rundschau Otto Gmelin München 2 NO 3, 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.

N 40.

München, 5. Oktober 1929.

XXXII. Jahrgang.

Inhalt: Aerztlicher Kreisverband Oberfranken. — Mitteilung der Bayerischen Landesärztekammer. — Mitteilung des Bayerischen Aerzteverbandes E. V. — 11. Bayerischer Aerztetag in Regensburg. — Bayerische Aerzteversorgung. — Erste Steuerberatungsstelle für die Aerzteschaft. — 10. Tagung des Landesverbandes Bayerischer Landkrankenkas sen. — Starke Vermehrung der weiblichen Aerzte in Deutschland. — Vereinsnachrichten: Oberfranken; Amberg; Kulmbach. — Zulassungsausschuss Oberpostdirektion München. — Zulassungsausschuss Augsburg. — Zulassungsausschuss Nürnberg.

Gemeindewahlen in Bayern.

Die Gemeindewahlen in Bayern werden am 8. Dezember stattfinden. Für die Aerzteschaft werden die Wahlen von größter Wichtigkeit sein, insbesondere in den größeren Städten, wo Gesundheitsämter bestehen. Bei der Bedeutung, welche diese Gesundheitsämter bei der Ausdehnung der Fürsorgetätigkeit haben, vor allem im Hinblick auf die „Richtlinien über Gesundheitsfürsorge in der versicherten Bevölkerung“, ist es dringend nötig, daß sich die Vereine und Kollegen ernstlich um diese Wahlen kümmern und mit allem Nachdruck versuchen, Kollegen, welche mit der ärztlichen Organisation ständig in Fühlung sind, für diese Wahlen an aussichtsreicher Stelle kandidieren zu lassen. Bei der Wichtigkeit der Frage der Gesundheitsfürsorge der Gemeinden sind die Parteien heute wohl eher geneigt, einen sachverständigen Arzt aufzustellen, als dies früher der Fall war.

Einladungen zu Versammlungen.

Bayerischer Landesverband für Krüppelfürsorge e. V.

Mitgliederversammlung am 8. Oktober, abends 8 Uhr, im Chirurgisch-orthopädischen Hörsaal der Poliklinik, München, Pettenkoflerstraße 8a. Tagesordnung: 1. Vortrag von Geheimrat Prof. Dr. F. Lange: „Die Bedeutung der Rachitis für die Orthopädie und die Krüppelfürsorge“. 2. Geschäftliche Sitzung des Landesverbandes Aerzte, welche an der Krüppelfürsorge Interesse nehmen, sind zu der Sitzung freundlichst eingeladen. Der Vorsitzende: Prof. Dr. F. Lange.

Nürnberger Medizinische Gesellschaft und Poliklinik e. V.

Wissenschaftliche Sitzung am Donnerstag, dem 10. Oktober, abends 8 Uhr, im Gesellschaftshause, Marienformauer 1. Tagesordnung: 1. Herr Voigt: Demonstrationen, 2. Herr Bingold: Ueber Thrombophlebitis im Pfortadergebiet. I. A.: Voigt.

Aerztlicher Kreisverband Oberfranken.

Die diesjährige Herbsttagung der oberfränkischen Aerzte findet am Sonntag, 27. Oktober, mittags 12 Uhr c. t. in Kulmbach in den Sauermannschen Gaststätten statt.

Etwaige Vorträge für den wissenschaftlichen und wirtschaftlichen Teil bitte ich bis spätestens 12. Oktober dem Vorsitzenden, Herrn Geheimrat Dr. Herd (Bamberg), die Teilnahme an dem anschließenden gemeinsamen Essen (gegen 4 Uhr nachm.) Herrn Facharzt Dr. Engel (Kulmbach) gefälligst zu melden. Die zu haltenden Vorträge sollen in der Nr. 42 der „Bayer. Aerztezeitung“ vom 19. Oktober bekanntgegeben werden, weshalb um rechtzeitige Anmeldung gebeten werden muß. I. A.: Dr. Kröhl.

Mitteilung der Bayerischen Landesärztekammer.

Zur Zeit gelangen die Anmeldebogen der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege zur Versendung. Wir bitten, zwei dieser Fragebogen sowie den Fragebogen zum Zwecke der statistischen Erhebungen raschestens an uns zurückgeben zu wollen. Der dem Textteil anhängende Fragebogen verbleibt in den Händen der Aerzte.

Gleichzeitig bitten wir, darauf achten zu wollen, daß die Briefe genügend frankiert sind.

Mitteilung des Bayerischen Aerzteverbandes E. V.

Der Landesverband Bayern des Hauptverbandes deutscher Krankenkassen macht darauf aufmerksam, daß schon eine Reihe von Ersatzstreitigkeiten zwischen einzelnen Krankenkassen und Berufsgenossenschaften aus dem sogenannten berufsgenossenschaftlichen Krankenkassenabkommen vom 31. Dezember 1926 dadurch entstanden sind, daß der behandelnde Arzt entweder den Krankenschein zu spät einsandte oder die auf dem ersten Meldeschein oder Arztschein vorgesehene Frage nach dem Betriebsunfall verneint hatte, obgleich die

Krankheit bzw. die Verletzung des Versicherten tatsächlich auf einen Betriebsunfall zurückzuführen war.

Wenn in solchen Fällen nicht schon aus der Art der Diagnose das Vorliegen eines Betriebsunfalles zu vermuten ist — so daß also die Kassen sofort die entsprechenden Erhebungen anstellen können — so hat dies für die Kassen, weil sie sonst außerstande sind, die nach § 1503 RVO. vorgeschriebene unverzügliche Anzeige an die Berufsgenossenschaft zu erstatten, oftmals große finanzielle Nachteile, indem sie nach § 1509 Abs. 4 RVO. keinen Anspruch auf Ersatz ihrer Aufwendungen für das berufsgenossenschaftliche Heilverfahren mehr haben.

Einem Ansuchen des genannten Verbandes entsprechend, bitten wir die Herren Kollegen, für genaue Ausfüllung der ersten Melde- oder Arztscheine, vor allem für die gewissenhafte Beantwortung der Frage, ob ein Betriebsunfall vorliegt, besorgt zu sein. Bei dieser Gelegenheit wird noch darauf hingewiesen, daß als Betriebsunfall auch ein Unfall gilt, der sich auf dem Wege nach und von der Arbeitsstätte ereignet.

Dr. Riedel.

Der 11. Bayerische Aerztetag in Regensburg, 5.—8. September 1929.

Von Geheimrat Dr. Herd, Bamberg.

(Schluß.)

VIII. Punkt der Tagesordnung: Anträge.

Vorstand der Landesärztekammer:

Zur Deckung der bei der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege seit 1. Juli 1928, dem Tage des Inkrafttretens des Reichsgesetzes, angefallenen Rentenlasten wird zunächst rückläufig ein Kopfbeitrag von 5 Mark von jedem Arzt-Unternehmer erhoben, der später auf die von der Berufsgenossenschaft zu bestimmenden endgültigen Beiträge verrechnet wird. Dieser Beitrag ist neben dem Beitrag zur Ärztekammer von den einzelnen praxisausübenden Ärzten durch die Bezirksvereine einzuheben und an die Landesärztekammer abzuführen.

Annahme ohne Widerspruch.

Aerztlicher Bezirksverein Neustadt a. d. H.-Pirmasens:

In wichtigen Fragen, die die bayerische Aerzteschaft 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.

Der Vorsitzende stellt fest, daß die Durchführung des Antrages im Widerspruch mit dem Aerztegesetz stehe. Herr Ministerialrat Dr. Wirsching bestätigt diese Anschauung. Der Antrag wird darauf zurückgezogen.

Um 5½ Uhr schließen die Verhandlungen der Landesärztekammer.

Die 3. Hauptversammlung des Bayerischen Aerzteverbandes wurde von Herrn Stauder am 7. September, 9¼ Uhr vormittags, eröffnet.

Der diesjährigen Hauptversammlung kommt ganz besondere Bedeutung zu. Fällt ihr doch als der ersten größeren ärztlichen Tagung die Aufgabe zu, Stellung zu nehmen zu den am 18. August d. J. in Nürnberg vom 33. Deutschen Krankenkassentag angenommenen Leitsätzen zur Reform der Reichsversicherungsordnung. In diesen Leitsätzen ist ein ungeheurer Vorwurf gegen die deutsche Aerzteschaft enthalten.

Vor Eintritt in die Tagesordnung begrüßt der Vorsitzende den Vertreter des Staatsministeriums für Landwirtschaft und Arbeit, Herrn Regierungsrat 1. Klasse Dr. Eichelsbacher, sowie den II. geschäftsführenden Vorstand des Hartmannbundes, Herrn Dr. Reichert (Leipzig). Auch die Vertreter der Kassenhauptverbände sind anwesend.

Herr Reichert stellt sich der Versammlung vor und ersucht um eifrige Mitarbeit. Dem diesjährigen Bayerischen Aerztetage kommt eine ganz besondere Bedeutung zu. Es geht in der nächsten Zukunft um das Ganze. Wenn auch die Leitsätze des Herrn Dr. Lehmann seit dem Vorjahre etwas verändert wurden, der Geist und Sinn ist geblieben.

* * *

Die Aufgabe, über Wirtschaftsfragen des Standes zu sprechen, fiel dem hierzu berufensten Mann, Herrn Scholl, zu. Herr Scholl löste diese Aufgabe in gewohnt meisterhafter Weise. In zweistündiger Rede ging er auf alle Fragen ein. Den Hauptteil der Rede bildete die Stellungnahme zum Vorstoß des Krankenkassentages. In würdigerer und doch entschiedenerer Form konnte die Antwort nicht gegeben werden. Das Referat wurde in der „Bayer. Aerztezeitung“ veröffentlicht. Es sei der aufmerksamen Durchsicht empfohlen. Redner begann: Die schweren Angriffe, die gegen die Aerzte auf dem Krankenkassentag in Nürnberg erfolgten, und die Leitsätze, die vom Referenten, Herrn Lehmann verteidigt wurden, sowie dessen Streitschrift „Die Sünde wider das Volk“ machen es dringend erforderlich, daß bei der ersten Gelegenheit eine Abwehr erfolgt und eine Antwort erteilt wird. Leidenschaft ist kein guter Berater, deshalb keine Antwort im Zorn. Ich will sachlich bleiben und im Interesse der Sache positive Vorschläge machen. Die sozialen Lasten müssen herabgesetzt werden, weil die Wirtschaft die Lasten nicht mehr tragen kann. Die Krankenversicherung sollte nicht nach Parteirücksichten geregelt werden. Die Sozialversicherung muß entpolitisiert werden. Wir Aerzte sind zweifellos Sachverständige auf diesem Gebiete, werden aber kaum gefragt. — Herr Lehmann hat bei Abfassung seiner Leitsätze es an der nötigen Objektivität fehlen lassen, auf dem Kassentage hat er sie auch sachlich nicht begründet. Auf die friedlichen und aufrichtigen Worte Stauders ging Herr Lehmann gar nicht ein.

Zu den Leitsätzen: Die Rationalisierung darf nicht auf Kosten der Gesundheitspflege erfolgen. Die frühere Forderung, im Bezirke eines Versicherungsamtes nur eine allgemeine Ortskrankenkasse zu errichten, wurde fallen gelassen. Aber es soll ein Kassenverband gegründet werden. Die bei uns so verpönte Zwangscoalition wird für die Kassen verlangt. Die Kassen müssen einem Hauptkassenverbande angehören. Diese Verbände bilden einen Zentralausschuß, ein Analogon zu der von uns verlangten Reichsärztekammer.

Die Kleingewerbetreibenden und Kleinbauern sollen einbezogen werden. Es entsteht so eine Volksversicherung statt einer Arbeiterversicherung. Die Versicherungspflichtgrenze soll auf 6000 Mark erhöht werden. In Nürnberg wurde sogar eine Grenze von 8400 Mark verlangt, aber abgelehnt. Andererseits hat die Tagung der bayerischen Krankenkassenbeamten am 29. und 30. Juni in Bamberg eine Erhöhung auf nur 4800 Mark gefordert. Der bayerische Staatssekretär Oswald und der preußische Minister Hirtsiefer haben sich gegen die Erweiterung der Versicherung ausgesprochen.

Rationalisierung der Leistungen — Neuordnung des kassenärztlichen Dienstes. Wir haben uns in Essen bereit erklärt, unsere ganze Tätigkeit für die soziale Versicherung einzusetzen. Aber es gibt auch eine Grenze: Berufsfreiheit und Berufsfreudigkeit muß erhalten blei-

ben. Was Herr Lehmann als Neuregelung vorschlägt, bedeutet nichts weiter als eine Militarisierung des kassenärztlichen Dienstes. Anstellung von Vertrauensärzten, die bei der Feststellung der Diagnose und Gestaltung des Heilplanes mitzuwirken haben. Ein solches System würde grenzenlose Erbitterung hervorrufen. Man muß sich wundern, daß man es wagt, den Versicherten ein solch entwürdigendes Verfahren anzubieten. Die deutschen Aerzte würden auch vor dem Auslande diskreditiert werden. Eine erfolgreiche Heilbehandlung wäre nicht mehr möglich. Solche Vertrauensärzte — besser Mißtrauensärzte — lehnen wir mit aller Entschiedenheit ab. Die Hauptschuld an dem Mißbrauch der Versicherung hat der Gesetzgeber, der schwere Konstruktionsfehler gemacht und die psychologische Einstellung der Menschen außer acht gelassen hat.

Eine Aufhebung der sozialen Versicherung wäre untragbar für das Volk und eine wirtschaftliche Katastrophe für die Aerzte. Es müssen Hemmungen für die Versicherten eingeführt, andererseits den Aerzten die Gelegenheit genommen werden, zu konnivent zu sein. — Der springende Punkt: Die ganze Krankengeldpolitik der Kassenärzte muß geändert werden. An und für sich hat die Krankengeldanweisung mit ärztlicher Behandlung nichts zu tun, wohl aber die Anweisung von Arbeitsruhe. Gutachter muß der Arzt bleiben. Die Anweisung von Geldbezug sollte der Vertrauensarzt vornehmen. Bei der Auswahl der Vertrauensärzte muß mit besonderer Vorsicht vorgegangen werden. Das System der Nachuntersuchung muß weiter ausgebaut werden. Man muß den Mut haben, gegen alte Gewohnheiten vorzugehen, die sich nicht bewährt haben.

Ein 10prozentiger Anteil der Versicherten an den Arzneikosten sei etwas zu gering; auch bei physikalischen Heilmethoden müßte ein Anteil festgesetzt werden.

Beschränkung der Praxis auf eine angemessene Höchstzahl von Krankheitsfällen und Leistungen. Wir müssen uns ganz entschieden dagegen verwahren, daß die Rationalisierung ganz auf Kosten der Aerzte vorgenommen werde. Mit den Vorschlägen und Berechnungen Lehmanns (20 Beratungen, 4 Besuche für den Tag, Durchschnittseinkommen hieraus 11000 M.) können wir nicht einverstanden sein. — Solange der ärztliche Beruf zu den freien zählt, muß er die Möglichkeit haben, unbegrenzt zu verdienen. Falsch wäre eine Beschränkung auf eine Höchstzahl von Kranken. Der Kassenarzt muß jeden Kranken, der zu ihm kommt, annehmen, sonst würde er gegen den Vertrag verstoßen. Die Arbeitsmethode der einzelnen Aerzte kommt sehr in Betracht. Der Mensch ist keine Arbeitsmaschine mit gleichem Mechanismus und gleicher Leistungsfähigkeit. Psychologische Fragen spielen eine große Rolle. Die Prüfungsstellen müssen auch auf die Sorgfältigkeit der Behandlung unter Berücksichtigung des zeitlichen Momentes sehen.

Ueber das geforderte Pauschale braucht in unserem Kreise nicht viel gesprochen zu werden. Ein Kopfpauschale widerspricht eigentlich den guten Sitten, weil das Risiko der Versicherung ganz auf den Arzt abgewälzt ist. Wir müssen grundsätzlich an der Bezahlung nach Arbeitsleistung festhalten.

Wir haben uns im wohlverstandenen Interesse mit der Sozialversicherung abgefunden. Unser Kampf richtet sich nur gegen die unwürdige Stellung der Aerzte in der Verordnung. Wir müssen verlangen, daß wir gehört werden.

Schließlich bleibt uns die Selbsthilfe als einzige Waffe.

Nicht das politisch Erreichbare hat zu geschehen, sondern das sachlich Notwendige. Der Gesundheits-

zustand des Volkes ist der größte Reichtum und darf nicht zum Spielball politischer Meinungen werden. Nicht gegen die Aerzte, sondern nur mit den Aerzten könne eine richtige Reform gemacht werden. Wir sind zu Verhandlungen bereit. Wir weisen den Vorwurf, wir hätten Interesse an Krankheiten, zurück. Wir wollen jederzeit an der Verhütung von Krankheiten mitarbeiten. — Der Arzt muß Herrenmensch sein, wenn er erfolgreich tätig sein will. Es geht nicht um uns allein, es geht um die Gesundheit unseres deutschen Volkes.

Unser Wahlspruch sei nicht „ich verdien“, sondern „ich dien“.

Durch lebhaften, langanhaltenden Beifall bekundete die Versammlung ihre Zustimmung zu den ausgezeichneten Ausführungen des Redners.

In der Aussprache nahm zuerst Herr Regierungsrat I. Klasse Dr. Eichelsbacher das Wort. Er überbrachte Grüße des Staatssekretärs Oswald und des Ministerialrates Dr. Ziegler. Er betonte, daß er mit Genugtuung das Bekenntnis der Aerzte zur Sozialversicherung entgegennehme. Die Forderungen der beiden Partner gehen noch sehr auseinander. Ob die Arztfrage jetzt bei der Reform geregelt wird, steht noch nicht fest. Man sollte meinen, eine Regelung wäre möglich. Im Ausland hat sich die Sache ja auch einrichten lassen. Die Staatsregierung kann nur eine Regelung der Arztfrage begrüßen, welche die Berufsfreudigkeit der Aerzte nicht beeinträchtigt.

Herr Dr. Nürnberger (Nürnberg), Vorsitzender des Landesverbandes des Krankenkassenverbandes, dankt für die Einladung. Er habe seinen Dank bei der feierlichen Eröffnung nicht ausgesprochen, weil die Rede Stauders im Reichssaal weit über den Rahmen einer Begrüßungsrede hinausgegangen sei und programmatische Erklärungen zur Arztfrage enthalten habe, die er nicht unwidersprochen hätte lassen können. Er müsse ein wenig Wasser in den Wein gießen, der uns heute so prächtvoll kredenzt wurde. Es freue ihn, daß die Aerzte sich zum Gedanken der Sozialversicherung bekennen. Nach manchen Veröffentlichungen hätte man anderer Meinung sein können. Die Schrift Lehmanns „Sünde wider das Volk“ ist eine Gegenschrift gegen andere Veröffentlichungen, besonders gegen die Schrift Dr. Horneffers „Frevel am Volk“. Es sei eine Verteidigung, kein Angriff. Lehmann sei nur zu so radikalen Vorschlägen gekommen, weil es so nicht weitergeht. Es muß zu einer Verbilligung der Sozialversicherung kommen. Kein Mensch denke an eine kalte oder warme Sozialisierung der Aerzteschaft. Von beiden Seiten wird selbstverständlich das Höchstmaß der Forderungen aufgestellt. Die Vorschläge Scholls stehen dem Standpunkte des Hauptkassenverbandes nahe. Ob man von Vertrauensarzt oder Kontrollarzt spricht, ist unerheblich. Ein anderer Weg wurde nicht gezeigt. Zuschlag bei den Heilmitteln hat sich nicht bewährt. Mißbräuche bei physikalischen Heilmitteln sind nicht zu bestreiten. Die Aerzte müßten dem Arznehunger der Patienten mehr entgegenreten. Daß die beiden Parteien in der Frage der Versicherungsgrenze so weit auseinander gingen, sei nicht so tragisch: man werde sich auf einer mittleren Linie finden. Gegen eine Reichsärztekammer sei vom Standpunkt der Kassen nichts einzuwenden. Ein großer Teil unserer Forderungen ist bei großen und bedeutenden Kassen schon durchgeführt. Das Kassenlöwentum muß energisch bekämpft werden. Es stehe fest, daß der Arzt den meisten Zulauf habe, der den Kranken am weitesten entgegenkommt: er braucht nicht immer der tüchtigste Arzt zu sein. Mehr Mut den Versicherten gegenüber!

Auf den Kernpunkt, der die lebhafteste Empörung bei den Aerzten erregt hat: „Mitwirkung des Vertrauens-

arztes bei der Feststellung der Diagnose und bei der Gestaltung des Heilplanes“ ging der Redner nicht ein.

Herr Stauder erwiderte sofort: Der Zweck seiner gestrigen Rede sei gewesen, programmatisch zu sein. Auch beim Krankenkassentag habe man die gleiche Beobachtung über programmatische Reden machen können. Es hat sich gezeigt, wie geschickt die Vertreter der Kassen vorgehen. Wenn es bei Forderungen an den Gesetzgeber um unsere Existenz geht, dann haben wir das Recht, uns zu wehren. Er habe kein Wort vom Abbau der Sozialversicherung gesprochen, nur davon, daß verbilligt werden müßte. Wenn auch in den Veröffentlichungen des Kassenverbandes nicht ausdrücklich von der Sozialisierung die Rede sei, so werden doch die Vorschläge der kalten Sozialisierung zwangsweise vorbereitet. Die Aerzteschaft hat das Schrifttum gegen die Versicherung nicht propagiert. Dr. Hornegger ist übrigens nicht Arzt. Mögen Sie dafür sorgen, daß auch Herrn Lehmann und dem Kassenhauptverband Wasser in den Wein gegossen wird.

Herr Glasser (Brannenburg) als Vertreter der Landärzte: Wenn verlangt wird, daß die Vertrauensärzte bei der Behandlung mitwirken sollen, dann beißt man auf Granit. Vertrauensärzte auf dem Lande sind immer gleichzeitig Konkurrenten. Auch bei den Kassenbeamten ist mehr Courage den Kranken gegenüber oft nötig.

Herr Geheimrat Dr. Schieck (Würzburg) als Vertreter der medizinischen Fakultäten. Die Stellung des Vertrauensarztes ist eine sehr schwierige. Er müßte eigentlich in allen Fächern gut ausgebildet sein. Eine Erweiterung der Rechte des Vertrauensarztes muß das Vertrauen der Kranken zum Arzte vollständig untergraben.

Herr Wiedemann (Straßkirchen): Gegen die Lehmannschen Leitsätze.

Ebenso Herr Katz (Ludwigshafen), der auf Einzelfälle in der Pfalz eingeht.

Herr Schömig (Rottendorf): Die Zuzahlung bei Heilmitteln hat sich bei manchen Kassen bewährt. Wieviel Besuche kann der Vertrauensarzt am Tag machen? Herr Lehmann gesteht dem Kassenarzt 4 Besuche, 20 Beratungen zu. Herr Direktor Adler von der Ortskrankenkasse Nürnberg spricht davon, daß der Vertrauensarzt täglich 35 vertrauensärztliche Untersuchungen vornehmen kann. Wie reimt sich das zusammen?

Herr Gilmer (München): Uns wird die Schuld an allen Schriften gegen die Sozialversicherung zugeschoben. Die Lehmannschen Vorschläge seien nicht durchführbar. Bei Einführung würde die Sache bald ad absurdum geführt werden. Das Arzttum kann nicht schematisiert werden. Es ist durchaus nicht richtig, daß nur der Arzt den meisten Zulauf hat, der möglichst konnivent ist.

Herr Griebing (Aschaffenburg): Wie kann von Sparmaßnahmen gesprochen werden, wenn die Versicherungsgrenze erhöht wird? Hierdurch werden die Kassen höher belastet. Es mangelt an Courage bei den kleinen Kassen den Kranken gegenüber. Wenn sich ein Arzt bei den Kassen mißliebig gemacht hat, wird ein neuer Arzt zugelassen.

Herr Reichert (Leipzig): Die Schrift von Hartz wird dem Hartmannbund immer zu Unrecht an die Rocksöhne gehängt. Die Berechnungen Hartz' sind teilweise unrichtig, die Vorschläge teilweise absolut undurchführbar. Die Kassenlöwen sind vielfach Lieblingkinder der Kassen. Der Kassenlöwe ist meist auch der billigste Arzt, da er nicht viel Zeit zum Schreiben von Rezepten hat und dadurch den Kassen Ersparungen macht.

Herr Reichstagsabgeordneter Geheimrat Bayersdörfer (Neustadt a. d. H.): Wir müssen Einfluß auf die

Gesetzgebung zu gewinnen suchen, und zwar schon vor Einbringung der Gesetzentwürfe. Darum mehr Aerzte in die Parlamente! Der Vertrauensarzt wird sich vielfach in der Zeit, die ihm zu Gebote steht, kein richtiges Urteil über den von einem anderen Arzt ständig behandelten Patienten bilden können. Die Krankengeldzuweisung sollte nicht durch den Vertrauensarzt erfolgen. Wir können uns nur durchsetzen durch straffste Organisation.

(Einige Redeb Blüten aus der Aussprache: Ein Redner nannte den verstorbenen Kollegen Preuß „den umgedrehten Scholl“; ein anderer sprach: „Da liegt der steuerliche Hund begraben.“)

Herr Scholl (Schlußwort): Der Gesetzgeber hat gegen psychologische Gesetze verstoßen. Wir dürfen bei unseren Verhandlungen aber auch nicht gegen die Gesetze verstoßen. Ich hätte gewünscht, daß sich auch Vertreter der anderen Kassenverbände geäußert hätten. Man müßte gemeinsame Tagungen von Krankenkassenverbänden und Aerzten abhalten; dann würde man sich näherkommen.

Die Kollegen hatten Gelegenheit, sich offen auszusprechen. Sie haben dies getan, und es hat sich Uebereinstimmung in unseren Anschauungen gezeigt. Wir freuen uns, daß die Fakultäten Stellung nahmen und unsere Belange warm vertraten. Die ärztliche Presse hat die Pflicht, auf neue Schriften hinzuweisen, ohne daß sie sich mit dem Inhalt der Neuerscheinungen identifiziert.

Mein Referat hatte die Hauptaufgabe, Protest dagegen einzulegen, daß Fragen der Gesundheitspflege Objekt der Politik sein sollen.

Durch die einstimmige, mit lautem Beifall begleitete Annahme der Entschliebung hat die bayerische Aerzteschaft würdig Antwort auf den Vorstoß der Gegenseite gegeben. Die Aussprache stand durchaus auf bemerkenswerter Höhe und wurde rein sachlich geführt, wenn auch manches kräftige Wort fiel.

Durch die Aussprache wurde der Eindruck des ausgezeichneten Referates noch verstärkt.

Die bayerische Aerzteschaft ist der ihr gestellten Aufgabe gerecht geworden.

* * *

Die vom Vorstand vorgelegte Entschliebung wurde einstimmig angenommen. (Veröffentlicht in Nr. 37 der „Bayer. Aerztezeitung“.)

Der Rest der Tagesordnung wurde nach einer kleinen Pause in einer geschlossenen Sitzung erledigt.

2. Jahres- und Kassenbericht.

Herr Schmitz (Abbach) legt den nachstehenden Antrag vor und begründet ihn:

„Unter Bezugnahme auf die Essener Referate und Aussprache über die Krankenhausarztfrage, mit Rücksicht auf die besonders an vielen kleinen Krankenhäusern bestehende, unglaublich niedrige Bezahlung der ärztlichen Tätigkeit, deren Annahme eine Unterbietung gegenüber den übrigen Aerzten und den Privatheilanstaltsbesitzern ist, sowie mit Rücksicht auf den an einzelnen Orten seitens der Verwaltungen unternommenen Versuch, bessere vertragliche Vorkriegs-Krankenhaushonorare durch Kündigung und Erzwingen von Neuverträgen auf eine unmögliche Stufe zu erniedrigen, statt an einen angemessenen Geldwertungszuschlag zu denken, stellt der Aerztlich-wirtschaftliche Verein Kelheim-Rottenburg-Mainburg an den Bayerischen Aerzteverband den Antrag, daß:

1. sämtliche bestehende Krankenhausarztverträge unverzüglich einer Nachprüfung durch den Aerztleverband unterzogen werden;
2. sämtliche Verträge, die eine standeswürdige, der Geldentwertung angepaßte Vergütung vermissen lassen, sofort gekündigt werden;
3. eine allein berechnete und den ärztlichen Belangen angepaßte Vergütung für jede ärztliche Krankenhaus-tätigkeit nach den Bestimmungen der staatlichen Gebührenordnung unter Kontrollbegrenzung auf das notwendige Maß der Leistungen eingeführt wird;
4. evtl. Pauschalvergütung nur zugänglich ist für Mitglieder der RVO.-Kassen und der Armenverbände.“

Herr Amesmaier (München) spricht über die Not der nicht zu den Krankenkassen zugelassenen jungen Aerzte. Er stellt den Antrag: Es möchten Herren, die wenig Kassenpraxis haben, ersucht werden, auf ihre Tätigkeit zu verzichten, damit Stellen frei werden.

Herr Steinheimer (Nürnberg) unterstützt den Antrag Amesmaier.

Herr Alkan (Koburg) bringt eine Reihe von Wünschen für den neuen Vertrag mit den Ersatzkassen, übt dabei scharfe Kritik an den bisherigen.

Herr Steinheimer glaubt, daß der Vertrag nicht gar so ungünstig war, übrigens ist er gekündigt.

Herr Wille (Kaufbeuren) spricht zur Krankenhausarztfrage.

Herr Wiedemann (Straßkirchen) bringt einige Ergänzungen zu seinen Ausführungen von heute vormittag.

Herr Hummel (Spiegelau) wünscht, daß die Rechnungen für die Mittelstandskassen unmittelbar an die Aerzte ausbezahlt werden.

Herr Scholl: Verträge mit Mittelstandskassen dürfen nicht abgeschlossen werden. — Der Antrag Amesmaier wird zur Annahme empfohlen. — Der Vertrag mit den Ersatzkassen hat für die Nichtzugelassenen doch eine große Bedeutung.

Herr Reichert (Leipzig) hebt die Bedeutung des Ersatzkassenvertrags für die Organisation hervor.

Herr Gilmer (München) hat schwerwiegende Bedenken gegen den Antrag Schmitz.

Herr Dörfler (Weißenburg): Es sollen die Mindestsätze der Gebührenordnung in den Krankenhäusern bezahlt werden.

Herr Niedermaier (Passau) spricht zur Frage des Krankengeldes.

Der Antrag Schmitz wird unter Billigung als Material überwiesen.

Der Antrag Amesmaier wird einstimmig angenommen.

Die vorgeschlagene Beitragsfestsetzung wird genehmigt.

Jahres- und Kassenbericht liegen gedruckt vor. Auf Verlesung wird verzichtet.

Herr Herd hat gemeinsam mit Herrn Stark (Fürth) die Kassenführung eingehend geprüft und alles in musterhafter Ordnung getroffen, stellt den Antrag auf Entlastung.

Herrn Steinheimer wird Entlastung erteilt und ihm auch hier der Dank für seine eifrige, erfolgreiche Geschäftsführung und seine jahrelange Mühewaltung ausgesprochen. Seine Stelle wird auch beim Aerztleverband künftighin von Herrn Riedel versehen.

Wahlen: Durch Zuruf wurden in die engere Vorstandschaft gewählt:

Stauder, I. Vorsitzender,

Gilmer, II. Vorsitzender,

Glasser,

Scholl.

Nachdem die Herren Reichold (Laut) und Preuß (Pyrbaum) durch Tod als Mitglieder des Landesaus-

schusses für Aerzte und Krankenkassen ausgeschieden sind, ist eine Ergänzungswahl notwendig. Die Abstimmung erfolgt mit Stimmzetteln. Abgegeben wurden 99 Stimmen, davon sind 2 ungültig. Mit Mehrheit wurden gewählt die Herren: Reichel (Kronach) und Graf (Gauting). Durch diese Wahl sind sie auch Mitglieder des Vorstandes des Bayerischen Aerztleverbandes geworden.

Als Kassenprüfer wurden gewählt: Herd und Stark.

Herr Stauder stellt in seinem Schlußwort fest, daß vertreten waren 116 Abgeordnete mit 130 Mandaten. Insgesamt waren anwesend 12 Ehrengäste und 158 Aerzte. Redner spricht allen beteiligten Stellen, die zum Gelingen der Tagung beigetragen haben, den herzlichsten Dank aus, vor allem den Kollegen aus Regensburg und der Oberpfalz, an ihrer Spitze die Herren Kohler, Joachim, Weidner, Ludwig Schneider. Er schließt um 3½ Uhr die Tagung.

Einigkeit tut not bei den widrigen Zeitläuften!

Herr Kohler dankt in warmen Worten dem Vorsitzenden für die glänzende, umsichtige Geschäftsführung und für all das, was er so erfolgreich für die bayerische und deutsche Aerzteschaft geleistet hat.

Regensburg! — Die Stadt, die gar manchem von uns bisher unbekannt war, ist uns in diesen Tagen lieb und vertraut geworden. Die Stadt, die, stolz am Donauström gelegen, durch den reizvollen Zauber ihrer Anlage auf uns wirkt. Es wird wenig Städte in deutschen Landen geben, in denen 18 Jahrhunderte in sichtbaren Bauwerken auf uns niederschauen. Hier ist es der Fall. Die altrömische Porta praetoria, aus unbehauenen Kalkblöcken gefügt. Die zum Teil veränderten Bauten aus der Karolingerzeit, die wundervollen romanischen Kirchen, der gotische Dom mit seinen Turmhelmen, der allenthalben das Stadtbild beherrscht, sei es über enge, winklige Gassen, sei es über weite, malerische Plätze hinweg, das alte gotische Rathaus mit seiner stimmungsvollen Außenseite und seinem Reichssaal, der uns den festlichen Rahmen zu unserer Eröffnungssitzung bildete; das lebensfreudige, prunkvolle Barock, das die meisten Kirchen im Innern schmückt, die Bauwerke König Ludwigs I. in der Umgebung, die kraftvolle steinerne Brücke, die seit Jahrhunderten den Strom überspannt; das wirkt alles zusammen in symphonischem Einklang; das wirkt erhebend und macht uns stolz. Hier spiegelt sich unsere deutsche Geschichte wieder in ihrem bunten Wechsel von guten und schlimmen Tagen und weckt in uns die Liebe zu unserer lieben Heimat, zu unserem teuren Vaterlande.

Die Kollegen und ihre Damen verstanden es aber auch, uns den Aufenthalt möglichst angenehm zu machen, so daß wir uns rasch heimisch fühlten.

Am Nachmittag des 6. September fuhren unsere Damen, aber auch mancher der Aerzte zur Walhalla, zu jenem Ruhmestempel, den Ludwig I. den deutschen Schwertes- und Geisteshelden zum Ruhme erbaut. Auf waldiger Höhe blickt sie weit hinaus in die Donauebene, und im Innern umweht uns die Erinnerung an große Tage unserer Geschichte. Erhöht wurde die Stimmung beim Besuche durch die meisterhafte Wiedergabe eines Schubertschen Streichquartetts. Möchte den Geisteshelden der Walhalla bald auch ein deutscher Arzt zugesellt werden!

Nach Schluß der Verhandlungen nahmen uns am gleichen Tage die weiten Hallen des Domes auf. Mystisches Dunkel hüllte uns ein, das durch ein draußen auf-

ziehendes Gewitter noch mehr verstärkt wurde. Da schwangen sich wundervolle Klänge empor. In prächtige Einheit verwoben, wetteiferten Knaben- und Männerstimmen; glockenrein erklangen die Knabenstimmen, übertönt von den Tenören und Bässen, bald jubelnd, bald gehalten in den reichen, herb wie mild gezeichneten Harmonien alter Meisterkompositionen. Der weitberühmte Domchor unter Führung des Domkapellmeisters Herrn Dr. Schrems gab uns zu Ehren ein Konzert. Dazwischen brauste in mächtigen Klängen die Orgel, gemästert von Herrn Prof. Renner, durch die weiten Hallen. Fürwahr, es war eine Stunde reinsten Erhebung und Erbauung.

Am Abend fanden wir uns im festlich geschmückten Velodromsaale zum Begrüßungsabend ein. Zahlreich waren die Aerzte Regensburgs und der Oberpfalz mit ihren Damen versammelt. Auch eine große Reihe von Ehrengästen war anwesend. Die Kapelle der Reichswehr verschönte den Abend durch ein ausgewähltes Programm. Für den heiteren Teil sorgte das Quartett des Liederkranzes, das uns eine Reihe prächtiger Gaben bot.

Namens der Stadt brachte nochmals den Willkommgruß Herr Bürgermeister Herrmann, namens der Kollegen begrüßte uns der II. Vorstand des Aerztlichen Bezirksvereins, Herr San.-R. Ludwig Schneider, in warmer, formvollendeter Rede. Herr Stauder dankte der Stadt und den Kollegen für den festlichen Empfang. Zum Schlusse kam dann noch das „Bruckmandl“, begrüßte uns in launigen Versen und überraschte mit den Donaunixen die Gäste mit den Regensburger Spezialitäten: Knackwürsten und Weichser Radi.

Am 7. September wurden unsere Damen vormittags von sachkundigster Seite mit den Hauptsehenswürdigkeiten vertraut gemacht, nachmittags wurden sie von den Damen unserer Kollegen ins Hotel Maximilian zum Kaffee gebeten.

Am Abend vereinte uns das Festmahl im Velodromsaale. Auch die Ehrengäste nahmen teil, ein reicher Damenflor verschönte den Abend. Küche und Keller boten Vorzügliches. Herr Stauder erschütterte in einer ganz wundervollen, gedankenreichen Vaterlandsrede unsere Herzen bis ins Innerste. Herr Geheimrat Kohler (Regensburg) brachte in prächtigen, humorvollen Worten den Damen seine Huldigung.

Am Sonntag, dem 8. September, beschauten wir uns das Fürstlich Thurn und Taxische Schloß mit seinem wundervollen alten Kreuzgang (St. Emmeran), seinen Wagenpark und seine Prunkgemächer. Nachmittags zogen wir teils im Kraftwagen, teils mit Sonderzug nach Kelheim. Dort erhebt sich auf ragender Höhe ein wundervoller Rundtempel, die Befreiungshalle, ein Mahnmal, das ein deutschgesinnter, kunstbegeisterter, hochsinniger König den Kämpfern der Befreiungskriege erbaut. Ernst mahnend, wie ein Hinweis auf die Zukunft, sprechen die Worte zu uns: Möchten die Teutschen nie vergessen, was den Befreiungskampf notwendig machte, und wodurch sie gesiegt. Vor dem Eingang sprach Stauder in zündenden Worten zu uns. Dann überließen wir uns der zauberhaften Stimmung, mit der das Innere des Bauwerkes unsere Herzen erhebt. Durch Hochwald, im Sonnenschein des Spätsommertages zogen wir über die Donau nach Kloster Weltenburg. Der Herr Abt führte uns in sachkundigen Worten in die Schönheiten seiner von den Brüdern Asam erbauten und geschmückten Barockkirche, eine rauschende Symphonie von Licht und Farbe, ein. Im Klosterhof weilten wir noch kurze Zeit beisammen. Herr Kollege Niedermaier (Passau) erfreute uns mit einer humorvollen Damenrede. Dann trugen uns breite Nachen durch das enge Donautal auf den Wellen der Donau zurück.

Der Sonderzug brachte uns zurück nach Regensburg. Die Stunde des Abschieds war gekommen!

Zum Schlusse sei nochmals namens der bayerischen Aerzte den Kollegen Regensburgs und Umgegend und ihren Damen gedankt für die sorgsame Vorbereitung und glanzvolle Durchführung der Tagung, für die Erinnerungsgaben des Bezirksvereins und seiner Damen. Dank sei aber auch der Presse ausgesprochen für ihre Willkommgrüße, für ihre historischen Festartikel, für ihre eingehende Berichterstattung. Nochmals besten Dank den Herren des Festausschusses, des Vergnügungsausschusses, des Wohnungsausschusses, an ihren Spitzen die schon von Stauder genannten vier Herren: dem langjährigen Führer der oberpfälzischen Aerzte, Herrn Geheimrat Dr. Kohler, dem I. Vorsitzenden des Aerztlichen Bezirksvereins Regensburg, Herrn S.-R. Dr. Joachim, den wir zu seiner Wiederherstellung nach schwerer Krankheit beglückwünschen, dem II. Vorsitzenden, Herrn S.-R. Dr. Schneider, und dem, der wohl die Seele des Ganzen war und auf dessen Schultern die Hauptlast ruhte, Herrn S.-R. Dr. Weidner.

Die Bayerische Aerzteversorgung.

Von Direktor Hilger, München.

Bei den Erörterungen über das Wesen und die Aufgaben der Bayerischen Aerzteversorgung muß man, wie mir scheint, zunächst die grundsätzliche Frage zu klären suchen: „Was hatte man bei den langwierigen Vorverhandlungen, die sich vom Frühjahr 1921 bis zum Sommer 1923 hinzogen, geplant, und was hat das am 16. August 1923 im „Bayer. Gesetz- und Verordnungsblatt“ veröffentlichte und damit rechtsverbindlich gewordene Gesetz über die Bayerische Aerzteversorgung den Aerzten und den mit ihnen in der Anstalt verbundenen Zahnärzten und Tierärzten gebracht.“

Wenn man die gesamten Verhandlungen durchgeht, die eingehenden Berichterstattungen auf den Aerztetagen der Jahre 1921, 1922 und 1923 liest, muß man feststellen, daß über die Art der geplanten „Versorgung“ eigentlich kein Zweifel bestehen kann. Hatte man doch, sobald der zuerst erwogene Gedanke des Anschlusses an eine Privatversicherung in Form eines Kollektivvertrages — also eine Kapitalversicherung, die allerdings auf Wunsch auch in eine Rentenversicherung dürftiger Art umgewandelt werden konnte — aufgegeben worden war, zunächst geprüft, ob etwa der Anschluß an den Bayerischen Versorgungsverband möglich sei, an den Versorgungsverband, der nur die Rentenversicherung kennt, bei dem eine Kapitalversicherung nach seiner Satzung gar nicht möglich und zulässig wäre. Als sich dann zeigte, daß dieser Anschluß nicht zum Ziele führen werde, kam man zu der Ueberzeugung, daß es am rätlichsten sei, die Hilfe für den damals besonders notleidenden Stand einer von den Standesgenossen selbst zu errichtenden Anstalt zu übertragen, die eine „Versorgungsanstalt“ sein müsse. Aus diesen Erwägungen heraus wurden auf dem 3. Bayerischen Aerztetag in Nürnberg am 9. Juli 1921 die grundlegenden Leitsätze — soviel ich sehe, einstimmig — angenommen, deren erster besagte, daß eine Versorgungsanstalt geschaffen werden solle, die „dem Arzt (für den Fall der Berufsunfähigkeit) ein Ruhegeld und seinen Hinterbliebenen Sterbe-, Witwen- und Waisengelder gewährt“. An diesem Grundsatz wird in den weiteren Verhandlungen in den Standesvereinigungen und in den Ministerien unverrückbar festgehalten, er findet sich auch in allen Entwürfen der Satzung. Und wenn schließlich in den Verhandlungen des Landtages über den Entwurf des Gesetzes über die Aerzteversorgung die Frage, ob Kapital- oder Rentenversicherung, von keiner Seite mehr

berührt wurde, so hängt das eben damit zusammen, daß niemand an etwas anderes wie an eine Rentenversicherung dachte. Das Gesetz enthält nur das Notwendigste und verweist alle Einzelheiten in die Satzung; diese aber, die damals schon dem Ministerium im Entwurf vorlag, kennt — wie Sie ja wissen — nur die Versorgung durch Renten, gebraucht also den im Beamtenrecht eingebürgerten technischen Begriff der Versorgung, unter dem immer nur der Rentenbezug, niemals aber die einmalige Kapitalauszahlung verstanden wird. Letztere ist keine Versorgung im Sinne des Beamtenrechtes. Meiner Ansicht nach muß man das Aerzteversorgungsgesetz und die Satzung als eine Einheit betrachten, wenn auch die Satzung nur mittelbar, nicht unmittelbar der Genehmigung des Landtags unterstellt war, man muß daher weiter sagen, daß die innere Einrichtung der Bayerischen Aerzteversorgung nur insoweit ohne vorherige Zustimmung des Landtags geändert werden könnte, als an dem grundsätzlichen Aufbau nichts geändert wird. Eine solche grundsätzliche Aenderung würde meines Erachtens vorliegen, wenn etwa jetzt allgemein statt der Versorgung durch Renten die regelmäßige Auszahlung eines Kapitals, ja auch nur die freie Wahl zwischen Rente und Kapital in allen Fällen eingeführt werden sollte; denn das wäre ein Abgehen von dem dem Gesetz zugrunde liegenden Willen und würde nach meiner Ansicht nicht ohne eine Aenderung des Gesetzes möglich sein.

Diese Feststellung ist von großer Wichtigkeit, wie ich später bei der Besprechung der einzelnen Anträge zur Ausgestaltung oder Abänderung der Satzung näher zeigen werde; schließen Sie sich meiner Anschauung an — und die Geschichte der Errichtung der Bayerischen Aerzteversorgung muß wohl zu meiner Ansicht führen —, so müssen Sie dazu kommen, alle Anträge abzulehnen, die eine grundsätzliche Umstellung von der Rentenversicherung, also der „Versorgung“ im technischen Begriff, zur allgemeinen Kapitalversicherung fordern, falls Sie nicht den etwas unsicheren Weg über den Landtag beschreiten wollen.

Ich glaube nun, dargetan zu haben, daß die Aerzteversorgung entsprechend dem Willen ihrer Gründer errichtet wurde, um ihren Mitgliedern durch laufende Renten eine Versorgung zu gewähren. Hat die Anstalt in ihrem nun fast 6jährigen Bestand ihren Zweck erfüllt? In welcher Richtung hat sie allenfalls versagt? Was kann geschehen, um aufgetretenen Wünschen zu entsprechen, ohne an dem Grundgedanken der Rentenversorgung zu rütteln?

I.

Im allgemeinen darf man wohl feststellen, daß die Anstalt, so wie sie von Anfang an eingerichtet worden ist, ihren Zweck bisher erfüllt hat und auch in Zukunft erfüllen kann. Sie gibt die sichere Anwartschaft auf eine, wenn auch bescheidene, so doch ausreichende, sichere monatliche Rente, die gegen Beiträge erworben wird, die im Vergleich zu der Leistung als mäßig bezeichnet werden müssen. Sie gibt die Möglichkeit, bei entsprechender Erhöhung der Einzahlungen des einzelnen Mitgliedes auch höhere Renten aus der Kasse herauszuholen. Freilich daran, daß Beitrag und Rente — wie in jeder Versicherung — in einem Abhängigkeitsverhältnis stehen und stehen müssen, kann auch die Aerzteversorgung nicht vorbeigehen, wenn sie nicht den sicheren Boden verlieren soll. Ich muß auch an dieser Stelle wieder daran erinnern, daß die Gründung der Anstalt ein Schritt in Neuland war, daß keine unmittelbar brauchbaren Vorbilder zu finden waren, daß die Zeit drängte, weil der Währungsverfall und damit die Not der freien Berufe von Tag zu Tag schlimmer wurde. Wenn man manchmal als Vorwurf zu hören bekommt, es hätte damals vor der Errichtung der Anstalt eine

genaue versicherungsmathematische Prüfung aller Verhältnisse, eine genaue Erhebung nach Zahl, Alter, Familienstand, Einkommensverhältnissen der für die freiwillige und Zwangsmitgliedschaft in Frage kommenden Aerzte vorhergehen müssen, so ist dazu zu sagen, daß damals zur Prüfung im einzelnen keine Zeit mehr war, sollten nicht kostbare Monate verlorengelassen, ganz abgesehen davon, daß z. B. die Einkommensverhältnisse bei den von Tag zu Tag fortschreitenden phantastischen Zahlen damals schon überhaupt nicht mehr zu ermitteln gewesen wären. Und dann: von diesen Erhebungen konnte man absehen, ohne sich dem Vorwurf des zu großen Optimismus auszusetzen, wenn man, wie es ja beabsichtigt war und auch durchgeführt wurde, zur Aufbringung des erforderlichen Bedarfes das sogenannte Umlageverfahren wählte, bei dem es nur galt, eine richtige Mindestumlage zu finden. Hier war ein ziemlich sicherer Anhalt aus den Erfahrungen bei dem damals 7 Jahre bestehenden Bayerischen Versorgungsverband zu schöpfen, und der bisherige Verlauf hat den Erwartungen durchaus Recht gegeben, die eine Mindestumlage von 7 Proz. des reinen Berufseinkommens als ausreichend erscheinen ließen, um die in der Satzung vorgesehenen Leistungen zu decken. Ich darf hier wohl nochmals mit einigen Ausführungen auf diese mehr versicherungstechnische Seite eingehen, weil immer noch hin und wieder Verwechslungen und unrichtige Folgerungen vorkommen.

Die Versicherungswissenschaft kennt — abgesehen von einigen hier nicht zu erörternden Zwischenstufen — drei Verfahren bei der Aufbringung der Mittel zur Befriedigung der Ansprüche der Versicherten, nämlich: das Umlageverfahren, das Rentendeckungsverfahren und das Anwartschaftsdeckungsverfahren.

Beim Umlageverfahren werden für das abgelaufene Geschäftsjahr die tatsächlich ausgezahlten Einmalleistungen und Renten sowie die Verwaltungsausgaben auf die Gesamtheit der Versicherten nach einem besonderen Schlüssel — bei der Bayerischen Aerzteversorgung nach Verhältnis der im Geschäftsjahre erzielten ärztlichen Reineinkommen — umgelegt. Das jährliche Erfordernis, das durch Umlagen gedeckt werden muß, wird also vom Beginn der Versicherung an anhaltend steigen, weil zu den in den Vorjahren bewilligten Renten immer wieder neue hinzukommen. Erst wenn der sogenannte Beharrungszustand erreicht ist, d. h. wenn der Abgang an Renten dem Zugang neuer Renten das Gleichgewicht hält, wird ein Stillstand im dauernden Steigen der Umlage eintreten. Es ist bei diesem Verfahren also so, daß jeweils die Gegenwart auch für die Vergangenheit aufkommen muß, daß also die Mitglieder in künftigen Jahren mit höheren Umlagen belastet sind als die in den ersten Jahren vorhandenen Mitglieder, die dann später Ruhegeldempfänger geworden oder gestorben sind. Bei diesem Verfahren werden keine Rücklagen für die Zukunft angesammelt. Das reine Umlageverfahren ist ein etwas rohes Deckungsverfahren; es wird von der Versicherungswissenschaft nur in dem Falle als zulässig anerkannt, wo wegen des Zwanges zum Beitritt dauernd mit dem Zugang jüngerer Mitglieder gerechnet werden kann, die Gesamtzahl der Versicherten also dauernd auf ungefähr gleicher Höhe gehalten werden kann.

Beim Rentendeckungsverfahren setzt sich das Erfordernis eines Geschäftsjahres zusammen aus den fällig gewordenen einmaligen Leistungen — also den auf das Jahr treffenden Beiträgen der eingewiesenen Renten samt Verwaltungskosten — und den Bar(Kapital)werten der in diesem Geschäftsjahre zugesprochenen Renten. Für jede neu zuerkannte Rente wird demnach sofort bei ihrem Anfall das für alle Zukunft erforderliche Deckungskapital zurückgestellt und einem eigenen

Fonds zugeführt, so daß jedes Geschäftsjahr für alle Versorgungen, die es gebracht hat, endgültig aufkommt. Es muß daher hier eine Summe angesammelt werden, die mit ihren Zinsen ausreicht, um alle neu entstandenen Rentenforderungen bis zu ihrem Erlöschen auszahlen zu können. Diese Summe wird nach versicherungstechnischen Grundsätzen, d. h. unter Berücksichtigung von Alter, Familienstand, Lebenswahrscheinlichkeit der einzelnen Rentenbezieher, berechnet. Das so ermittelte Deckungskapital wird getrennt von dem übrigen Vermögen der Anstalt verwaltet und nur zur Deckung der Rentenlast verwendet. Auch beim Rentendeckungsverfahren ist natürlich im allgemeinen mit einem allmählichen Ansteigen des Beitragssatzes zu rechnen, bis der Beharrungszustand, ähnlich wie beim reinen Umlageverfahren, eintritt.

Beim Anwartschaftsdeckungsverfahren endlich sollen, wie schon der Name sagt, die Anwartschaften aller Mitglieder auf die späteren Leistungen der Anstalt sichergestellt sein. Das geschieht dadurch, daß ein genügend großes Deckungskapital angesammelt wird, aus dem neben den laufenden Renten auch noch die Erwartungen aller vorhandenen und neu zugehenden Mitglieder auf ihre Rente, mag sie wann immer fällig werden, gedeckt werden können. Also jedenfalls das sicherste und einwandfreieste Verfahren, allerdings auch das teuerste!

Welches von diesen drei Verfahren ist nun für die Bayerische Aerzteversorgung gewählt worden?

Dem Wortlaut der Satzung nach sollte man meinen: wohl das Umlageverfahren. Denn der Absatz III des § 10 sagt: „Die Versicherungskammer verteilt alljährlich nach Einvernahme des Verwaltungsausschusses den Bedarf des Vorjahres auf sämtliche Mitglieder nach Verhältnis der beitragspflichtigen Summen.“ Das wäre das reine Umlageverfahren, der gesamte Bedarf des Vorjahres „umgelegt“ nach Verhältnis der beitragspflichtigen ärztlichen Reineinkommen! Aber diese Bestimmung muß in Verbindung mit dem 3. Satz des genannten Absatzes gebracht werden, der festlegt, daß die Beiträge mindestens 7 Hundertteile des Einkommens betragen müssen, daß mit anderen Worten ein Mindestbeitrag durch die Satzung eingeführt ist, der unter allen Umständen erhoben werden muß, auch dann, wenn der Jahresaufwand auch mit einer niedrigeren Umlage gedeckt werden könnte. Wir haben demnach bei der Bayerischen Aerzteversorgung nicht das reine Umlageverfahren, sondern eine Vermischung des Umlageverfahrens mit dem Rentendeckungsverfahren; denn käme es nur darauf an, den reinen Jahresaufwand des einzelnen Jahres mit der Umlage zu decken, so würde von Anfang an und sicher noch auf eine Reihe von Jahren hinaus ein geringerer Satz als 7 Proz. ausgereicht haben. Diese Feststellung bringt durchaus nichts Neues. Ich darf Sie an Ziff. 8 der schon vorher erwähnten „Leitsätze“ vom 9. Juli 1921 erinnern, der lautet: „Die Umlagen müßten in der ersten Zeit über den Jahresbedarf hinaus in solcher Höhe erhoben werden, daß eine Rücklage angesammelt werden könnte, deren Zinsertrag späterhin dazu dienen würde, den Jahresbedarf teilweise zu decken und so die Umlagen auf angemessener Höhe zu halten. Als Ziel wäre anzustreben, die in jedem Jahre anfallende Rentenlast ihrem gegenwärtigen Werte nach auf die Mitglieder dieses Jahres umzulegen. Der gegenwärtige Wert einer Rentenlast wäre von Sachverständigen auf Grund der maßgebenden amtlichen Sterblichkeitstabellen zu berechnen, mindestens sind 7 Proz. des jährlichen reinen Berufseinkommens zu erheben.“

So lautet der Leitsatz, an dem während des weiteren Verlaufs der Verhandlungen bis zur Errichtung der Anstalt nichts geändert wurde und der, wie ich gezeigt habe, wenn auch nicht in seinem ganzen Wortlaut, so

doch jedenfalls dem Sinne nach in die Satzung übernommen worden ist. Es muß daher meines Erachtens als zweifelsfrei gelten, daß von Anfang an beabsichtigt war, zur Aufbringung des Bedarfes nicht das reine Umlageverfahren, sondern — jedenfalls als das anzustrebende Ziel — das Rentendeckungsverfahren zu wählen, d. h. die notwendige Umlagenhöhe so zu bestimmen, daß neben den Verwaltungskosten die versicherungstechnisch berechneten Kapitalwerte der in dem Beitragsjahr neu anfallenden Rentenlast gedeckt sind. Es bedeutet daher meiner Ansicht nach kein Abweichen von bisherigen Grundlagen, kein Aufgeben bisheriger Grundsätze, wenn die Bayerische Aerzteversorgung sich nunmehr ausdrücklich zum Rentendeckungsverfahren bekennen würde, falls dieses in den „Leitsätzen“ als erstrebenswert bezeichnete Ziel ohne eine Erhöhung des Beitrages erreicht werden kann. Bietet nun die bisherige, nahezu sechsjährige Entwicklung der Anstalt die sichere Gewähr, daß das geschilderte Rentendeckungsverfahren angewendet werden darf, ohne daß die Befürchtung besteht, jetzt oder doch in Bälde mit dem bisherigen Beitragssatz von 7 Proz. hinaufgehen zu müssen? Ich darf hier gleich bemerken, daß, wenn diese Frage bejaht werden kann, es sich erübrigen wird, zu untersuchen, ob man nicht gleich zu dem Anwartschaftsdeckungsverfahren übergehen sollte, wobei allerdings die unvermeidliche Erhöhung des Beitrages mit in Kauf genommen werden müßte. Denn wenn unsere Untersuchung zu dem Ergebnis führen sollte, daß ohne Erhöhung des jetzigen Beitragssatzes die jährlich neu anfallende Rentenlast mit ihrem Barwert dauernd gedeckt werden kann, wenn also jedes Mitglied der Anstalt die Gewißheit hat, daß seine Anwartschaft auf Rente, falls sie einmal in näherer oder fernerer Zeit wirksam werden sollte, im Rentendeckungsverfahren mit dem jetzigen Umlagensatz sichergestellt ist, dann sehe ich nicht ein, warum man dann sich nicht — wenigstens vorerst — mit dem nachgewiesenermaßen billigeren Rentendeckungsverfahren begnügen und schon jetzt zu dem Anwartschaftsdeckungsverfahren übergehen sollte. Denn eine Erhöhung des Beitragssatzes wird, fürchte ich, von vielen Mitgliedern sehr schwer empfunden werden; befinden sich doch unter den derzeit 4779 ärztlichen Mitgliedern nicht weniger als 32 Proz., die nur den Mindestbeitrag von 320 Mark zahlen. (Schluß folgt.)

Die erste Steuerberatungsstelle für die Aerzteschaft.

Von W. Herzing,

Geschäftsführer der Steuerstelle der Aerzteschaft,
Sitz München.

Der Aertzliche Bezirksverein München-Stadt hat in der Mitgliederversammlung von 26. Juli 1929 die Errichtung einer Steuerberatungsstelle (kurz genannt „Steuerstelle“) für die Aerzteschaft beschlossen. Die Tat folgte alsbald dem Beschlusse: Die Steuerstelle hat am 16. August 1929 ihre Arbeit aufgenommen.

Diesen Schritt als bahnbrechende Tat einer Aerzteorganisation zu werten, ist durchaus angebracht, ist doch damit für die Aerzteschaft die erste Einrichtung dieser Art geschaffen. Andere Gruppen unseres Wirtschaftslebens, Gewerbe, Handel, Industrie usw., haben ja schon seit Jahren ihren Verbänden Steuerberatungsstellen angeschlossen, die heute angesichts ihrer ausgezeichneten Wirksamkeit schlechthin unentbehrlich geworden sind.

Verwunderlich ist, daß der Aerztestand als einer der letzten diesen Weg beschreitet, denn gerade seine Angehörigen, mit allen geistigen und physischen Kräften im Berufe aufgehend, stehen Steuer- und Wirtschaftsfragen größtenteils fremd gegenüber. Die Erfahrungen,

Hansaplast

der perforierte Schnellverband
aus Original-Leukoplast

Die mehrreihige Perforation

ermöglicht den ungehinderten Zutritt der Luft zur Wunde, wodurch der Heilungsverlauf wesentlich beschleunigt wird. Auch gestattet die Perforation die Erkennung einer etwaigen Eiterung.

Hansaplast ist zur Kassenverordnung
zugelassen.



P. Beiersdorf & Co. A.-G. Hamburg

Dicodid (Knoll)

(Dihydrocodeinon)

Ein zuverlässiges
Hustenstillungsmittel

Dicodid ist wirksamer
und billiger als Codein.

*Es ruft bei richtiger Dosierung nur selten
Nebenwirkungen (Nausea) hervor.*

Es verursacht nur selten Obstipation.

*Dicodid-Tabletten sind in Originalpackung
bei allen Kassen zugelassen.*

Rp. Dicodid-Tabletten.

0,01 g 10 Stück Orig.-Packg. (RM. 1.—)

0,005 g 10 u. 20 St. » » (RM.—.75; 1.30)

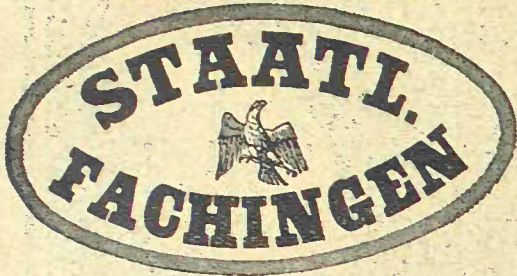
2—3 mal täglich 0,005—0,01 g.



Knoll A.-G.
Ludwigshafen/Rh.

Novo-Tropon

die biologisch vollwertige Kraft- und Nervennahrung
Proben und Literatur durch: Troponwerke Dinklage & Co. Köln-Mülheim



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 "

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 Ärzten zur Verordnung in geeigneten Fällen stets zur Verfügung.
Brunnenschriften sowie eine Zusammenstellung der ärztlichen Gutachten kostenlos durch das Fachinger Zentralbüro Berlin W 8, Wilhelmstr. 55.
Arztjournal wird jederzeit auf Wunsch zugesandt.

Bad Oeynhausen

Bahnhofstrasse 19

Prof. Dr. Frenkel-Heiden

Übungstherapie

(Tab. Ataxie, Lähmungen, Parkinson)

Mal bis Oktober

Tutzing am Starnbergersee. Gabrielenheim

Kindererholungsheim des Vereins für Fraueninteressen und Frauenarbeit, München, Brienerstr. 37/6. Preis pro Tag M. 2.50, Kinder über 12 Jahren M. 3.—. Künstl. Hörsonne, Solbäder, Fichtennadelbäder, Liegekuren, Ärztliche Aufsicht. Geprüfte Kinderpflegerinnen. Herrliche Lage in Nähe von Wald und See.

Das ganze Jahr geöffnet. — Auskunft erteilt der Verein

Bei Einkäufen wolle man sich auf die „Bayerische Aerztezeitung“ beziehen.

Wegen Aufgabe der ärztlichen Praxis ist schön gelegenes

WOHNHAUS

in oberfränkisch. Industriestädtchen mit 5000 Einwohnern

günstig zu verkaufen.

Jungem, tüchtigem Arzte, Chirurgen mit guten Charaktereigenschaften, der hübsche, gebildete, sehr musikalische, mit allen Hausfrauentugenden erfahrene, prot., 23 jähr. Dame zwecks Heirat kennenlernen möchte, ist Gelegenheit geboten, sich selbständig zu machen. Da selbst vermögensmäßig, ist letztes für Herrn nicht Bedingung.

Briefe unter N. G. N. 36296 an ALA Haasenstein & Vogler, Nürnberg.

Eilt! ● Selbstfahrer

gebraucht, aber gut erhalten, wird für einen armen Krüppel gesucht. Angebote unter Preisangabe erbeten an Sanitätsrat Dr. Goppelt, Treuchtlingen

Adelholzener Primusquelle

Hervorragendes Heilwasser bei Nieren-, Leber- und Blasenleiden.

Stärkste Rubidiumquelle Europas. Sehr geeignet zu Hauskuren.

Bekömmliches Tafelwasser.

Altteste Hauptniederlage Alleinvertretung für München u. Umgebung

Otto Pachmayr

appt. Apotheker

München 2 NW 3
Theresienstr. 33

Telefon 27471 und 27473

Lieferant sämtlicher städt. Krankenhäuser, Sanatorien und Heilanstalten.

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

DAS KROPFRÄTSEL

Von DR. E. LIEK, DANZIG

1929. 54 Seiten Gr. 8°. Preis M. 2.40, geb. M. 3.50.

Die Basedowsche Krankheit

Von DR. E. LIEK, DANZIG

1929. 38 Seiten.

Preis M. 1.80, geb. M. 2.80.

Brom-Nervacit

Seit vielen Jahren ärztlich erprobt u. glänzend begutachtet.

Kassenpackung 1,95 M.

Nervinum, Sedativum, Antineuralgicum, Analgeticum, vorzügliches Adjuvans bei der Behandlung der Epilepsie.

Literatur u. Probe steht auf Wunsch zur Verfügung nur innerhalb Deutschlands.

Privatpackung 2,85 M.

Alleiniger Hersteller:

Pharmazeut. Laboratorium Apotheker A. HERBERT, Wiesbaden / Telefon 28326.

die ich persönlich in dieser Beziehung vor Uebernahme der Leitung der Steuerstelle der Aerzteschaft in langjähriger praktischer Tätigkeit als Reichsfinanzbeamter gesammelt habe, bestätigen diese Auffassung nach jeder Richtung. Aus meiner amtlichen Tätigkeit auf dem Spezialgebiet der Nachprüfung von Steuerveranlagungen, Durchführung von Steuerkontrollen und Buchprüfungen, Bearbeitung und Nachprüfung von Steuerstrafsachen usw. sind mir aus den beiden letzten Jahren allein 20 Steuerfälle aus Aerztekreisen bekannt geworden, in denen insgesamt über 180 000 M. Steuern nachgeholt und über 100 000 M. Geldbußen verhängt wurden; dabei handelt es sich nur um größere Fälle eines Landesfinanzamtsbezirkes. Das spricht Bände. Rechtzeitige fachmännische Steuerberatung hätte hier eminente wirtschaftliche Schäden verhindern, die nachzuzahlenden Beträge aber bestimmt erheblich herabmindern können. Der Gedanke der Einrichtung einer solchen Beratungsstelle hat denn auch so freudige Aufnahme gefunden, daß daraus erkennbar ist, wie stark das Bedürfnis längst empfunden war.

In Nr. 33/1929 der „Bayer. Aerztezeitung“ ist den Lesern das im Aerztl. Bezirksverein München-Stadt erstattete Referat über Ziele, Wirkungskreis und Organisation der Steuerstelle ungekürzt zur Kenntnis gebracht. Ich darf hierauf verweisen. Da über verschiedene Punkte aber, nach eingelaufenen Anfragen zu schließen, vielfach Unklarheit herrscht, soll in nachstehenden Zeilen alles Wissenswerte zusammengefaßt sein.

Die Steuerstelle ist zwar vom Aerztl. Bezirksverein München-Stadt errichtet, in ihrem Wirkungskreis aber vollständig selbständig und von der Organisation unabhängig. Als Leiter der Steuerstelle ist mir die strengste Geheimhaltung aller anlässlich der Beratungstätigkeit bekannt werdenden Einkommens-, Vermögens- und Familienverhältnisse allen Instanzen und Persönlichkeiten gegenüber zur besonderen Pflicht gemacht.

Die Steuerstelle befindet sich in München, Rindermarkt 2/II (Haus neben der Firma Kustermann), in nächster Nähe des Marienplatzes. Die Geschäftsstunden sind festgesetzt auf 8—1 und 2—6 $\frac{1}{2}$, Samstags 8—1. Beratungstätigkeit auch außerhalb dieser Geschäftsstunden nach vorhergegangener Vereinbarung ist vorgesehen. Fernsprechnummer während der Geschäftsstunden 235 43, außerhalb der Geschäftsstunden 371 307 (Privatwohnung des Geschäftsführers).

Die Steuerstelle kann von allen Aerzten und Ärztlichen Bezirksvereinen zu gleichen Bedingungen in Anspruch genommen werden. Auch Zahnärzten und ihren Berufsorganisationen steht sie zur Verfügung. Der sehr umfassende Aufgabenkreis gliedert sich in zwei Hauptgruppen:

1. Tätigkeit auf dem Gebiete der Wahrung steuerlicher Interessen des gesamten Aerztestandes und
2. Tätigkeit in Wahrung der Interessen der einzelnen Mitglieder.

Die Aufgaben zu Punkt 1 möchten hier nicht nochmals einzeln aufgeführt werden. Sie sind in Nr. 33 der „Bayer. Aerztezeitung“ schon näher erläutert. Als Arbeitsfeld zu Punkt 2 ist vorgesehen:

Beratungstätigkeit aller Art in Reichs-, Landes- und Gemeindesteuerfragen, insbesondere
 Vorbereitung und Aufstellung von Steuererklärungen,
 Einlegung und Durchführung von Einsprüchen, Berufungen und Beschwerden,
 Einreichung von Stundungs-, Nachlaß- oder sonstigen Gesuchen,
 persönliche Vertretung des Steuerpflichtigen bei den Finanzämtern, dem Landesfinanzamt und dem Finanzgerichte,

Uebernahme der Anlage, fortlaufenden Führung oder des Abschlusses von Buchführungen jeder Art, einschließlich Buchrevisionen und Bilanzaufstellung in Kliniken und Sanatorien mit kaufmännischer Buchführung,

Nachprüfung der Einkommens- und Vermögensverhältnisse früherer Jahre und anschließende Beratung über zweckmäßige Berichtigung früherer Steuererklärungen zur Vermeidung späterer strafrechtlicher Maßnahmen der Finanzbehörden,

Rat und Hilfe in Vermögensangelegenheiten unter Berücksichtigung der steuerlichen Gesichtspunkte.

Diese Aufzählung soll selbstverständlich keine erschöpfende sein. Das Gebiet ist so weit verzweigt, daß nur die hauptsächlichsten Gruppen aufgezählt werden konnten.

Die Beratung kann in jeder gewünschten Form erfolgen, mündlich (auch telephonisch) oder schriftlich; mündliche Beratung sowohl auf der Steuerstelle als auch in der Wohnung des Steuerpflichtigen, in und außerhalb der Geschäftsstunden. Die schriftliche Beratung dürfte besonders für die außerhalb Münchens wohnenden Mitglieder wertvoll werden; selbstverständlich aber kann auch für auswärtige Mitglieder mündliche Beratung in München oder auch am Wohnsitz erfolgen. Vorgesehen ist die Einführung von eigenen Beratungstagen für auswärtige Bezirksvereine; der Geschäftsführer der Steuerstelle ist an einem vorher mit dem Bezirksverein verabredeten Tage an einem zentral gelegenen Ort anwesend, und steht in diesen Tagen ausschließlich den Mitgliedern dieses Bezirksvereins zur Verfügung.

Steuerpflichtige mit dem Wohnsitz in München und der näheren, rasch erreichbaren Umgebung können die Steuerstelle als Steuerbevollmächtigten zur ständigen Vertretung in allen Steuerangelegenheiten aufstellen. Dieses Verfahren wird nach den bisher gemachten Wahrnehmungen zweifellos starken Anklang finden, nimmt es doch dem Steuerpflichtigen den gesamten mündlichen und schriftlichen Verkehr mit allen Finanzbehörden vollständig ab, erspart ihm Zeit, Arbeit und viele Widerwärtigkeiten. Das Verfahren selbst ist sehr einfach: Der Steuerpflichtige erteilt Vollmacht für alle Steuerfragen, die Steuerstelle gibt hiervon dem zuständigen Finanzamt Kenntnis, und veranlaßt, daß sämtliche ihren Auftraggeber betreffenden Zuschriften, Anfragen, Bescheide usw. der Steuerstelle zugeleitet werden. Die Steuerstelle erledigt die notwendigen Antworten, überwacht alle Termine und gibt ihrem Auftraggeber rechtzeitig vor den Zahlungsterminen Nachricht über fällig werdende Beträge. Das Verfahren kann noch ausgebaut werden, wenn der Steuerpflichtige seine Bankverbindung beauftragt, den von der Steuerstelle eingehenden Zahlungsanweisungen auf die Finanzämter Folge zu leisten. Bei Fragen von entscheidender Bedeutung wird selbstverständlich vorher kurze Besprechung mit dem Vollmachtgeber herbeigeführt.

Dem Tätigkeitsgebiet: Anlage, Führung und Abschluß von Büchern möchte ich kurz noch einen Hinweis widmen. Das Reichsfinanzministerium beabsichtigt die Frage der Beibehaltung oder Aufhebung des sogenannten Werbungskostenpauschsatzes der freien Berufe anlässlich der Steuerveranlagung für das Jahr 1929 einer Nachprüfung zu unterziehen. Jedenfalls ist damit zu rechnen, daß die Pauschsätze zum mindesten heruntergesetzt werden und den Steuerpflichtigen anheimgestellt bleibt, tatsächlich entstandene höhere Werbungskosten durch Vorlage von Büchern und Belegen nachzuweisen. Hier drohen steuerliche Nachteile, denen vorzubeugen höchste Zeit ist. Soweit bisher Aufschreibungen über die Ausgaben nicht geführt werden, wird sich durch alsbaldige Anlage geeigneter Aufzeichnungen die Möglichkeit ergeben, im kommenden Frühjahr wenigstens

für die letzten 3 Monate des Jahres den Betrag der wirklich entstandenen Werbungskosten nachzuweisen. Der Reichsfinanzminister hat in seiner dieser Frage gewidmeten Verfügung vom Februar 1929 vorsorglich schon ausgesprochen: „ein Steuerpflichtiger könne im Jahre 1930 nicht mit dem Einwand gehört werden, daß er im Vertrauen auf die Weitergeltung der bisherigen Bestimmungen über Werbungskostenpauschsätze genaue Aufzeichnungen über Ausgaben im Jahre 1929 unterlassen habe“. Gerade die Führung von Aufzeichnungen über Einnahmen und Ausgaben aber begegnet bei Aerzten großen Schwierigkeiten; hier will die Steuerstelle helfend eingreifen. Sie übernimmt die laufende Führung solcher Aufzeichnungen und holt sich die hierzu benötigten Unterlagen in bestimmten Zeitabschnitten vom Steuerpflichtigen selbst ab. Nach meinen eigenen Wahrnehmungen übersteigen die tatsächlichen Werbungskosten, wenn alle gesetzlich zulässigen Abzüge geltend gemacht werden, in sehr vielen Fällen den Pauschsatz, ohne daß die Steuerpflichtigen hiervon Kenntnis haben. Der Pflichtige begnügt sich vielmehr mit dem genehmigten Pauschsatz, um der lästigen Arbeit der Feststellung der wirklichen Werbungskosten zu entgehen, und zahlt deshalb häufig ganz erhebliche Steuermehrbeträge.

Für die Benützung der Stelle sind Gebühren zu entrichten. Für Festsetzung der Gebühren ist im Einvernehmen mit dem Aerztl. Bezirksverein München-Stadt eine Gebührenordnung aufgestellt. Sie ist eingeteilt in drei Abschnitte:

- A. Gebühren für einmalige schriftliche oder mündliche Beratung. Sie richten sich nach Beratungsstunden, die Mindestgebühr ist M. 2.—
- B. Pauschalgebühren nach gegenseitiger Vereinbarung für Einzelaufträge, die voraussichtlich mehrere mündliche oder schriftliche Beratungsarbeiten oder Vertretungen notwendig machen.
- C. Jahrespauschgebühren für die ständige Vertretung (Aufstellung als Steuerbevollmächtigter).

Von einem Abdruck der Gebührenordnung und Einzelbestimmungen an dieser Stelle sehe ich aus Gründen der Räumersparnis ab. Die Sätze sind aber so bemessen, daß sie in jedem Falle weit hinter den von privaten Steuerberatungsinstituten oder Treuhandgesellschaften geforderten Beträgen zurückstehen.

Für die Gebühren zu C. (Jahrespauschalgebühren) sind Mindest- und Höchstgrenzen festgesetzt. Die Sätze teilen sich in Grundgebühren und Zuschläge, die nach Art und Höhe der einzelnen Einkünfte sich berechnen. Entstandene Auslagen (Ferngespräche, Geschäftsbücher usw.) werden gesondert in Rechnung gestellt. Bei Beratungstätigkeit außerhalb Münchens sind außer den Fahrtkosten pauschalierte Entschädigungen für Verpflegung und Unterkunft zu vergüten.

Die Steuerstelle ist gerne bereit, über Fragen der Kostenberatung mündliche oder schriftliche Aufschlüsse zu erteilen und Vorschläge zu machen. Wegen der Verschiedenartigkeit der einzelnen Fälle lassen sich starre Regeln nicht aufstellen.

Die eingehenden Gebühren fallen dem Leiter der Steuerstelle als Entgelt für seine Tätigkeit zu; er hat daraus aber die sämtlichen Kosten für die Einrichtung und den Unterhalt der Steuerstelle (Mieten, Gehälter des Hilfspersonals, Bürobedürfnisse usw.) zu bestreiten. Der Aerztliche Bezirksverein München-Stadt ist demnach an den Einnahmen und Ausgaben der Steuerstelle völlig unbeteiligt, worauf zur Vermeidung von Mißverständnissen hingewiesen sei.

10. Tagung des Landesverbandes Bayerischer Landkrankenassen.

Von Dr. Riedel, Nürnberg.

In den Tagen vom 15. bis 17. September 1929 fand, umrahmt von der lieblichen Landschaft des Tegernsees, die 10. Verbandstagung der Bayerischen Landkrankenassen statt.

Die Tagung, auf der zirka 100 000 Mitglieder durch ihre Abgeordneten vertreten waren, stand auf einer sehr beachtlichen Höhe.

Besonders bemerkenswert war ein Vortrag des Landtagsabgeordneten Dr. Schlittenbauer über „Die deutsche Agrarkrisis im Rahmen der Weltwirtschaft“. Ein Zusammenhang dieses Referates mit der Krankenkassentagung war allerdings nur mittelbar gegeben, und zwar insofern, als der Referent von dem durchaus richtigen Standpunkt ausging, daß das Sozialversicherungsproblem mit der Rentabilität der deutschen Wirtschaft stehe und falle, und daß die jetzt und in der kommenden Zeit darniederliegende deutsche Wirtschaft nicht gestatte, die Sozialversicherung zu erweitern.

Diesem hochbedeutsamen und mit großem Beifall aufgenommenen Referat folgte ein Vortrag des Oekonomie-Entfeller über „Die Krankenversicherung der selbständigen Landwirte und Hauskinder“. Seine Betrachtungen über diese Frage führten ihn zu dem Schluß, daß eine Krankenversicherung für kleine und mittlere Landwirte unerläßlich sei. Da der Landwirt aber die hohen Versicherungskosten nicht tragen könne, so müsse die Möglichkeit einer Versicherung in einer besonderen Klasse möglich sein, die sich nur auf Sachleistungen erstreckt. Auch bezüglich der Arzneikosten könne man daran denken, daß diese von dem Versicherten selbst zu tragen seien.

Der Mitherrichter Dr. Krüger, Vorsitzender des Reichsverbandes Deutscher Landkrankenassen, stellte sich ebenso wie der Vorredner auf den Standpunkt, daß eine Versicherungspflicht der kleinen selbständigen Landwirte abzulehnen sei und daß nur eine freiwillige Versicherung in Frage komme. Er erblickt die Ursache, warum von der freiwilligen Versicherung so wenig Gebrauch gemacht wurde darin, daß die Landwirte zu wenig aufgeklärt wurden, und verlangt daher, daß mehr Propaganda für die freiwillige Versicherung in der Landbevölkerung gemacht werde.

Bezüglich der Aufnahme in eine derartige freiwillige Versicherung stellt er die Forderung auf, daß eine Altersgrenze festzusetzen sei, und zwar spricht er sich für eine Grenze von 50 Jahren aus.

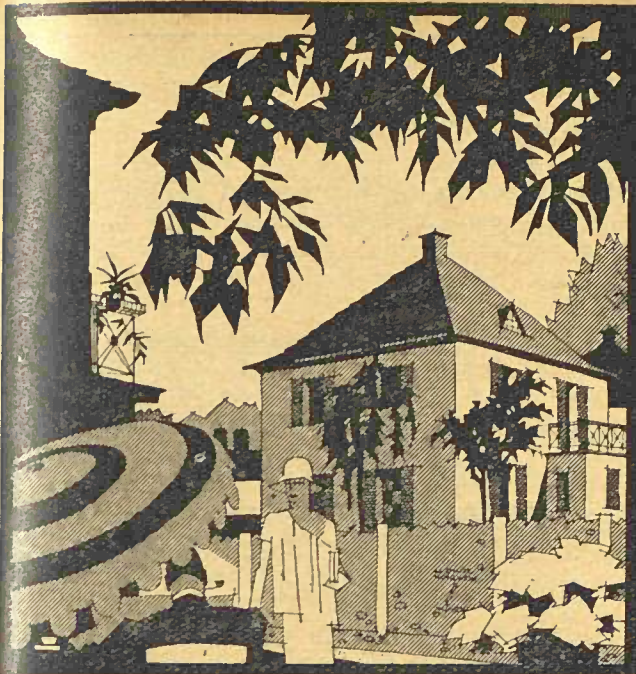
Weiter steht er auf dem Standpunkt, daß auf ein Gesundheitszeugnis beim Eintritt in die Versicherung nicht verzichtet werden kann.

Auch er verlangt, daß sich die Versicherung auf Sachleistungen beschränkt, und glaubt, daß dadurch eine Erniedrigung des Beitrages um 25—33 Proz. zu erzielen ist.

Im Anschluß an dieses Referat wurde folgende Entschlußfassung einstimmig angenommen:

„Die 10. Tagung des Landesverbandes Bayerischer Landkrankenassen lehnt grundsätzlich die Ausdehnung der Krankenversicherungspflicht für Landwirte und deren Angehörige ab. Sie befürwortet den freiwilligen Beitritt der kleinen selbständigen Landwirte und deren Familienangehörigen zu den ländlichen Krankenkassen und begrüßt es, wenn lebhaft Propaganda dafür einsetzt und die Landwirte verstärkten Gebrauch von der Möglichkeit dieser Versicherung machen.“

Der Vertreter des landwirtschaftlichen Arbeitgeberverbandes, Herr Bürgermeister Dr. Marquart, führte in der Diskussion aus, daß der 33. Deutsche Ortskrankenkassentag in landwirtschaftlichen Kreisen große Be-



Der Wunsch des
Arztes-
ein
Eigenheim!

Wir bauten im Westen Münchens in bester Wohnlage

106 Einfamilienhäuser

36 wurden verkauft, noch ehe sie schlüsselfertig waren

Die Häuser haben 3 bis 5 Zimmer / geräumige Wohnküche /
Kammer, Speicher und Untergeschoß / Erker / Balkon und allen
Komfort: Warmwasserheizung und -Versorgung / Kachelbad /
1-2 Toiletten / elektrisches Licht / Gas

Jedes Haus hat einen Garten Blick auf Alpen u. Frauenkirche
Trambahnlinien 29 und 19 / Haltestelle Bahn München-Pasing

Sehr günstige Kaufbedingungen!

Ferner stehen **gut geschnittene Grundstücke
und Pläne erster Architekten**

für denjenigen zur Verfügung, der sich im zukunftsreichen Westen Münchens sein Haus
nach eigenen Wünschen bauen will.

Fordern Sie noch heute Prospekt Ba. — Besser und in Ihrem Interesse ist es,
wenn Sie uns besuchen. Anmeldung jederzeit: 61221. Sie fahren mit der Tram-
bahn 29 bis vor unsere Tür. Wir beraten Sie gern; Kraftwagen zur Besichtigung
der Häuser zur Verfügung. Es soll Sie nichts kosten und zu nichts verpflichten.



Villensiedlung Neu-Friedenheim
Terraingesellschaft Neu-Westend A.-G., München

Fürstenriederstraße 26. Ruf 61221
Geschäftsstunden 8-5, Samstag bis 1 Uhr

Erwerb von Grund und Boden — die beste Kapitalanlage!

unruhigung ausgelöst habe. Sein Verband lehne die Hinaufsetzung der Versicherungsgrenze ab, ebenso die Einführung der Versicherungspflicht für kleine Bauern und Handwerker. Er hält ein derartiges Vorgehen für Sozialisierungsbestrebungen unter Mißachtung der Selbstverantwortung und Selbstbestimmung.

Am zweiten Tag der Tagung sollte Herr Direktor Unger, das geschäftsführende Vorstandsmitglied des Reichsverbandes der deutschen Landkrankenkassen, über die „Wünsche der deutschen Landkrankenkassen zur Reform der RVO.“ berichten. Leider mußte er in letzter Stunde seinen Vortrag absagen, da er am Erscheinen verhindert war. Der Ausfall dieses Vortrages war um so mehr zu bedauern, als er auch der Ärzteschaft willkommenen Gelegenheit geboten hätte, aus dem berufenen Munde eines Führers der Landkrankenkassen die Reform der RVO. vorzustellen.

An seiner Stelle sprach Herr Verwaltungsdirektor Trettenbach (Pfaffenhofen) im Anschluß an seinen Geschäftsbericht über aktuelle Tagesfragen und kam dabei auch auf die Reform der RVO. zu reden. Auch er betonte, daß die Landkrankenkassen die Zwangsversicherung der kleinen selbständigen Landwirte grundsätzlich ablehnen, und glaubte, daß eine Erhöhung der Versicherungsgrenze auf 4800 Mark annehmbar und auch für die Aerzte tragbar sei.

Interessant war, von ihm zu hören, daß trotz Aufhebung der „Wirtschaftlichen Verordnungsweise“ eine Steigerung der Arzneikosten bei den Landkrankenkassen nicht festgestellt werden konnte.

Zum Schluß seines Vortrages legte er entschiedenen Protest gegen die Zentralisierungsbestrebungen ein, die sich beim Deutschen Ortskrankenkassentag bemerkbar machten.

Er betont, daß bei diesen Verhandlungen es sich gezeigt habe, daß man nicht das Sachlich-Notwendige, sondern das Politisch-Erreichbare durchsetzen wolle.

Ein Referat über „Die Landflucht, ihre Ursachen und Abhilfemaßnahmen“ des Verbandssekretärs Hofer vom Reichsverband ländlicher Arbeitnehmer in Berlin schloß die Tagung, die wohl bei allen Teilnehmern das Gefühl großer Befriedigung hinterlassen hat, und die Vertreter der bayerischen Ärzteschaft durch die rein sachliche und wohlwollende Einstellung gegenüber den Aerzten außerordentlich sympathisch berührte.

Starke Vermehrung der weiblichen Aerzte in Deutschland.

Während es bei Kriegsausbruch im Jahre 1914 in Deutschland nur 195 praktizierende Aerztinnen gab, hat sich seit dieser Zeit die Zahl der weiblichen Aerzte ungefähr verzehnfacht. Sie beträgt zurzeit 1890, wovon in Berlin allein 400 praktizieren.

Vereinsnachrichten.

(Originalbericht der Bayerischen Aerztezeitung.)

Aerztlicher Kreisverband Oberfranken.

Nachtrag zum Bericht über den Oberfränkischen Aerztesitzungstag in Koburg am 23. Juni.

Zu dem obigen Bericht in Nr. 30 der „Bayer. Aerztezeitung“ vom 27. Juli ist noch nachzutragen, daß Herr Dr. Deubzer (Bayreuth) zu dem Thema „Perforiertes Magengeschwür“ ein ausführliches Korreferat erstattete, wofür ihm reicher Beifall gezollt und ebenfalls der Dank der Versammlung ausgesprochen wurde.

Dr. Kröhl.

Aerztlich-wirtschaftlicher Verein Amberg.

Sitzung vom 28. September.

1. Der vom Vorsitzenden Dr. Kord-Lütgert gestellte Antrag, von Vereins wegen einen fest angestellten gemeinschaftlichen Vertreter einzuführen, wird angenommen. Es wird in Aussicht genommen, auf dem gleichen Wege eine Sonntagsvertretung der Landärzte zu ermöglichen.

2. Bericht Dr. Kord-Lütgerts über den Deutschen Aerztesitzungstag in Essen. Die überaus spannenden und vieles Neue bietenden Ausführungen finden ungeteilte Aufmerksamkeit und lösen allgemeinen Beifall aus.

Aerztlicher Bezirksverein Kulmbach.

(Sitzung vom 22. September.)

1. Bericht über die Tagung des Bayer. Aerztesitzungstages.
2. Dr. Margerie wird vom Pflichtbesuch der Sitzungen entbunden.

3. Der Vorsitzende widmet dem nach Lindau versetzten Herrn Ober-Med.-Rat Dr. Völkel herzliche Abschiedsworte.

Aerztlich-wirtschaftlicher Verein Kulmbach.

1. Jeder Lokalverein sendet die Abschrift des abgeschlossenen Kassenvertrages an den Hartmannbund.

2. Vorschlagslisten für die Schiedsamtsverfahren sind nicht einzureichen bzw. zu widerrufen.

3. In einer der nächsten Sitzungen findet ausführliche Besprechung von Steuerfragen statt.

4. Reger Besuch des Oberfränkischen Aerztesitzungstages in Kulmbach mit Teilnahme am Essen wird nahegelegt.
Dr. Gaßner.

Amtliche Nachrichten.

Vom 1. Oktober an wird der mit dem Titel und Rang eines Obermedizinalrats ausgestattete Bezirksarzt Dr. Oskar Völkl in Berneck zum Bezirksarzt der BesGr. A 2d für den Verwaltungsbezirk Lindau (Stadt und Bezirksamt) in etatmäßiger Weise befördert.

Vom 1. Oktober 1929 an wird der Hilfsarzt der Kreisheil- und Pflegeanstalt Erlangen, Dr. Max Leusser, als Assistenzarzt an dieser Anstalt in nichtetatmäßiger Eigenschaft angestellt.

Die Bezirksarztstelle in Ochsenfurt ist erledigt. Bewerbungen bzw. Versetzungsgesuche sind bei der für den Wohnort des Bewerbers zuständigen Regierung, K. d. I., bis 15. Oktober einzureichen.

Bekanntmachung.

Der Zulassungsausschuß für die Reichspostbetriebskrankenkasse in Bayern bei der Oberpostdirektion München hat in seiner Sitzung am 24. September 1929 in München beschlossen, die nachgenannten Aerzte zur Kassenpraxis bei der Postbetriebskrankenkasse München zuzulassen:

1. Dr. Ludwig Heid, prakt. Arzt in Billigheim, für den postkassenärztlichen Bezirk Billigheim;
2. Facharzt Dr. Karl Roediger in Landau (Pfalz) als Postkassenfacharzt für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten für den postkassenfachärztlichen Bezirk Landau (Pfalz);
3. Facharzt Dr. Rudolf Seitz in Neustadt a. d. H. als Postkassenfacharzt für Augenkrankheiten für den postkassenfachärztlichen Bezirk Neustadt a. d. H.;
4. Dr. Ludwig Schweinberger, prakt. Arzt in Burghausen, für den postkassenärztlichen Bezirk Burghausen;
5. Dr. August Limmer, prakt. Arzt in Lindau (Bodensee), für den postkassenärztlichen Bezirk Lindau 1;

Zu Dr. Max Nassauers 60. Geburtstag

Dr. MAX NASSAUER

Doktorsfahrten

von gestern und von heute

Ärztliches und Menschliches

3. vermehrte Auflage / Geheftet Mk. 4.50
in Leinen gebunden Mk. 6.—

Wer von den Ärzten kennt nicht Nassauers Doktorsfahrten? Sie sind die Sprache des Menschen im Arzt, der nicht Handwerker, sondern Künstler sein will, mitempfindender Mensch. Sie verschaffen dem geplagten Arzte einige Feiertagsstunden zu stiller Betrachtung seines schönen Berufes, der in erster Linie Menschen mit Gemüt erfordert. Sie zeugen von der Seele des Arztes, die die heutige Kassenpraxis langsam ertötet. So schafft das Lesen des Buches Erquickung und Freude zugleich am ärztlichen Berufe, die wir heute nötiger brauchen denn je
Bayerisches Ärztliches Correspondenzblatt.

Ferdinand Enke / Verlag / Stuttgart



Der gute Doktor

Bilder von H. Maison

Farbig, Preis in Halbleinen gebd. Mk. 4.—

Verlag Braun & Schneider, München I.

Die Doktorschule

von Dr. MAX NASSAUER, München

1929. 6. Auflage. 192 Seiten. Gr.-8°. Preis M. 4.50, geb. M. 6.—.

Das Büchlein Nassauers, das schon so manchen Doktorsmann erfreut hat, bald ihn schmunzeln ließ, bald ihn zum betroffenen Nachdenken über sich selbst seine Kollegen und allerhand Fragen des Standes anregte, ist in neuer Auflage erschienen. Ein Beweis, daß sein Inhalt lebendig ist und bleibt! Wir blättern wieder in den Seiten wie in einem Skizzenbuch, das Augenblicksbilder aus dem ärztlichen Leben, mit den scharfen Augen des kundigen Arztes und Seelenkenners gesehen, in knappen, aber treffsicheren Strichen bringt: wie im Film gleitet das vorüber, die kleinen und großen Kümernisse des Arztes im Salon, im Proletarierheim und in der Kassensprechstunde, die kleinen und großen Schwächen unserer Patienten und — Kollegen, die Versuchungen, die in lockender Vielgestaltigkeit an den Arzt herantreten, kurzum Eindrücke aus allen Höhen und Tiefen des Berufs. Nassauer ist Künstler, dem es gelingt, dem Typischen fesselnde Einzelzüge zu verleihen, und so wird manche der kleinen Skizzen zur packenden Novelle. Wer das Büchlein in die Hand nimmt, wird kaum eine Seite überschlagen und am Schluß dem Verfasser bestätigen, daß er in dieser „Autopsie des Arztes“ wirklich „aus Ernst und Schalkheit in kleinen Bildern eine Art ärztlicher Schule und auch ein wenig ärztliche Ethik hat entstehen lassen. Möchten sich recht viele Kollegen daran erbauen!“

Ärztliches Vereinsblatt.

Sterben — ich bitte darum!

Von Dr. MAX NASSAUER, München

131 Seiten. Kl.-8°. M. 2.—.

Immer wenn man ein Buch von Nassauer in die Hand nimmt, weiß man, daß man psychologische Feinheiten erwarten darf. Mit glücklichem Griff erfaßt er Probleme, die den Arzt beschäftigen. Neben dem lebendig-warmen Ton fesselt die erquickende Natürlichkeit. Bilder und Stimmungen leuchten scharf und kurz auf; jede Weißdweifigkeit wird vermieden. In diesem Buche wird die schwere Frage vorgelegt: darf der Arzt die Leiden des unheilbar Kranken nach eigenem Ermessen kürzen? Mit der Entwicklung dieses Einzelbildes gibt er eine Lösung des Konfliktes zwischen Recht und Gewissen.

Soziale Hygiene und praktische Medizin (1911).

Verlag der Aerztlichen Rundschau OTTO GMELIN München 2 NO 3.

6. Dr. Josef Numberger, prakt. Arzt in München, Agnes-Bernauerstraße 11, für den postkassenärztlichen Bezirk München 17;
7. Dr. Wilhelm Frank, prakt. Arzt in Penzberg, für den postkassenärztlichen Bezirk Penzberg;
8. Dr. Wilhelm Friedmann, prakt. Arzt in Rosenberg (Opf.), für den postkassenärztlichen Bezirk Rosenberg (Opf.);
9. Dr. Moritz Trabold, prakt. Arzt in Schlüsselfeld, für den postkassenärztlichen Bezirk Schlüsselfeld;
10. Dr. Wilhelm Pitterlein, prakt. Arzt in Schnaittach, für den postkassenärztlichen Bezirk Schnaittach;
11. Dr. Georg Stauber, prakt. Arzt in Schnaittenbach, für den postkassenärztlichen Bezirk Schnaittenbach.

Die Gesuche der übrigen Bewerber konnten nicht berücksichtigt werden, weil jeweils nur eine Stelle zu besetzen war und in Wahrung des postkassenärztlichen Systems nach Maßgabe der Zulassungsgrundsätze die vorgenannten Aerzte zunächst zuzulassen waren.

Dies wird gemäß § 37 Ziff. 1 der Zulassungsordnung vom 24. April 1929 bekanntgegeben. Gegen die Entscheidung des Zulassungsausschusses steht der beteiligten Krankenkasse und jedem nicht zugelassenen Arzte das Recht der Berufung an das Schiedsamt zu. Die Berufung eines nicht zugelassenen Arztes kann sich jedoch nur gegen die eigene Nichtzulassung wenden. Aufschiebende Wirkung hinsichtlich der Ausübung der Kassenpraxis durch die zugelassenen Aerzte kommt der Berufung nur dann zu, wenn auch seitens der beteiligten Krankenkasse Berufung zum Schiedsamt eingelegt wird.

Eine etwaige Berufung ist gemäß § 368m Abs. 2 der Reichsversicherungsordnung binnen einer Woche beim Schiedsamt beim Bayer. Oberversicherungsamt München, Ludwigstr. 14/I, einzulegen. Die Berufungsfrist beginnt gemäß § 37 Ziff. 1 der Zulassungsordnung eine Woche nach dem Tage der Ausgabe der vorliegenden Nummer der „Bayer. Aerztezeitung“.

München, den 30. September 1929.

Oberpostdirektion als Aufsichtsbehörde.
I. V.: Dr. F. Wismüller.

Bekanntmachung des Städtischen Versicherungsamtes Augsburg.

Auf Grund des § 37 der Zulassungsverordnung vom 24. April 1929 wird folgendes bekanntgegeben:

Der gemeinsame Zulassungsausschuß für die Bezirke des Städt. und Staatl. Versicherungsamtes Augsburg hat in seiner Sitzung vom 23. September 1929 infolge Praxisverzichts des prakt. Arztes Herrn Hofrat Dr. Friedrich Schmidt in Augsburg den Augenarzt Herrn Dr. Hermann Bickel in Augsburg, Schießgrabenstraße 2 $\frac{1}{2}$, mit sofortiger Wirksamkeit gemäß §§ 51/52 der Zulassungsordnung zur Kassenpraxis zugelassen.

Die Anträge der nicht als zugelassen bezeichneten Aerzte sind abgelehnt worden. (§ 39 Abs. II.)

Gegen diesen Beschluß ist Berufung zum Schiedsgericht beim Oberversicherungsamt Augsburg zulässig; sie kann jedoch nicht gegen die Zulassung eines anderen

Arztes, sondern nur gegen die eigene Abweisung eingelegt werden.

Die Berufsfrist beginnt eine Woche nach dem Tage der Ausgabe der Nummer der „Bayer. Aerztezeitung“. (§ 37 der Zulassungsordnung.)

Augsburg, den 24. September 1929.

Städt. Versicherungsamt.

Der stellvertretende Vorsitzende: Bock.

Bekanntmachung.

Der Zulassungsausschuß bei dem Städt. Versicherungsamt Nürnberg hat in seiner Sitzung vom 30. August 1929 beschlossen, den Facharzt für Frauenkrankheiten, Dr. Friedr. Wilh. Schmitt, Nürnberg, Lorenzerplatz 15, innerhalb der Normalzahl mit Wirkung vom 1. September 1929 als Kassenarzt zuzulassen.

Die Gesuche der anderen um Zulassung zur Kassenpraxis in Nürnberg sich bewerbenden und in das Arztregister eingetragenen Aerzte mußten, obwohl die allgemeinen für die Zulassung geltenden Voraussetzungen erfüllt waren, abgelehnt werden, da nur eine Stelle zu besetzen war und Herr Dr. Schmitt nach den für die Auswahl der zuzulassenden Aerzte gemäß § 51 der Zulassungsordnung vom 24. April 1929 geltenden Bestimmungen aus der Zahl der vorhandenen Bewerber zunächst zuzulassen war.

Gemäß § 37 der Zulassungsordnung wird dies mit dem Bemerkten bekanntgemacht, daß den beteiligten Krankenkassen und den hiernach nicht zugelassenen Aerzten gegen diesen Beschluß das Recht der Berufung zum Schiedsamt zusteht. Die Berufung der nicht zugelassenen Aerzte kann sich jedoch nicht gegen die Zulassung des Herrn Dr. Schmitt, sondern nur gegen die eigene Nichtzulassung wenden; aufschiebende Wirkung hinsichtlich der Ausübung der Kassenpraxis durch den zugelassenen Arzt kommt ihr daher nicht zu.

(Vergl. Entscheidung des Reichsschiedsamtes Nr. 27 vom 19. November 1926, Amtliche Nachrichten S. 501, Entscheidung des Bayerischen Landesschiedsamtes Nr. II 11/26 vom 17. Februar 1927).

Eine etwaige Berufung ist in zweifacher Ausfertigung gemäß § 368m Abs. 2 RVO. binnen einer Woche schriftlich oder mündlich beim Schiedsamt beim Bayerischen Oberversicherungsamt Nürnberg, Weintraubengasse 1, einzulegen.

Die Berufsfrist beginnt gemäß § 37 der Zulassungsordnung eine Woche nach dem Tage der Ausgabe dieser Nummer der „Bayer. Aerztezeitung“.

Nürnberg, den 4. September 1929.

Der Zulassungsausschuß des Städtischen Versicherungsamtes Nürnberg. Redelhofer.

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

Zur gefl. Beachtung!

Der Gesamtauflage der heutigen Nummer liegt ein Prospekt der Firma Ciba Berlin Aktiengesellschaft, Berlin-Wilmersdorf, Saalfelderstraße 10—11, über »Coramin«, und ein Prospekt der Firma Erich Boehden & Co., G. m. b. H., Chemische Fabrik, Berlin SO 16, Schmidtstr. 26, über »Ophymin« bei.

Wir empfehlen diese Beilagen der besonderen Beachtung unserer Leser.

Anginasin

D. R. Wz.

Spezifikum gegen Angina

Preis Mk. 1,50 in den Apotheken

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 Aerztlichen Rundschau Otto Gmelin München 2 NO 3, 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-Aufnahme: ALA Anzeigen-Aktiengesellschaft in Interessengemeinschaft mit Haasenstein & Vogler A.-G. Daube & Co. G. m. b. H. München, Berlin und Filialen.

N^o 41.

München, 12. Oktober 1929.

XXXII. Jahrgang.

Inhalt: Vollzug des Aerztegesetzes. — Bayerische Aerzteesorgung. — Mittelstandskrankenversicherung und Aerzte. — Revisionsärzte. — Ist ein tuberkulöser Infektionszustand ein Gebrechen im Sinne der §§ 1259, 1191 der RVO? — Aerzte im englischen Parlament. — Kontingentierung an den ungarischen Hochschulen. — Dr. Prinzing zum Geleite. — Tuberkulosebehandlung auf dem Wochenmarkt. — Vereinsmitteilungen: Sterbekasse Oberbayern-Land; Nürnberg; Münchener Aerzteeverein für freie Arztwahl. — Zyklus ärztlicher Fortbildungsvorträge 1929. — Bücherschau.

Einladungen zu Versammlungen.

Aerztlicher Bezirksverein München-Land.

Mitgliederversammlung am Mittwoch, dem 23. Oktober, abends 8 Uhr, im Hotel Deutscher Kaiser in München.

Aerztlicher Verein Nürnberg.

Donnerstag, den 17. Oktober, abends 8¼ Uhr, Sitzung im großen Saal des Luitpoldhauses. Tagesordnung: (Aus der Chirurg. Klinik des Städt. Krankenhauses) 1. Herr Kaspar: Die Diagnose der chronischen Blinddarmentzündung im Röntgenbild. 2. Herr Stockmeyer: Fünf Jahre in Brasilien (Aerztliches und Nichtärztliches). Mit Lichtbildern. Für die Vorstandschaft: E. Kreuter.

Entschliessung des B. Staatsministeriums des Innern.

An die Bayer. Landesärztekammer, Nürnberg.
Betreff: Vollzug des Aerztegesetzes.

Zum Bericht vom 16. d. M.

Die Bayerische Landesärztekammer hat in ihrer ordentlichen Sitzung am 6. September d. J. in Regensburg folgende Beschlüsse gefaßt:

I. Beschluß.

„Für Wohlfahrts- und Unterstützungszwecke werden folgende Sonderbeiträge erhoben:

Aerzte in freier Praxis	9.— M. vierteljährl.
beamtete Aerzte mit Kassen- und Privatpraxis	9.— „ „
beamtete Aerzte mit Privatpraxis noch nicht zur Kassenpraxis zugelassene Aerzte	4.50 „ „
	2.50 „ „

Beamtete Aerzte ohne Privatpraxis und Assistenzärzte sollen beitragsfrei bleiben.“

Diese Sonderbeiträge für Wohlfahrts- und Unterstützungszwecke werden auf Antrag gemäß Artikel 11 Absatz III AeG. mit der Maßgabe genehmigt, daß sie von den beitragspflichtigen Aerzten in dem festgesetzten Betrag auch dann zu bezahlen sind, wenn die Sonderbeiträge für sich allein oder im Zusammenhang mit den sonstigen Beiträgen zur Landesärztekammer den Höchstbetrag von einem Hundertel des steuerpflichtigen Einkommens aus der ärztlichen Berufstätigkeit überschreiten.

II. Beschluß.

„Zur Deckung der bei der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege seit 1. Juli 1928, dem Tag des Inkrafttretens des Reichsgesetzes, angefallenen Rentenlasten wird zunächst rückläufig ein Kopfbeitrag von 5 Mark von jedem Arztunternehmer erhoben, der später auf die von der Berufsgenossenschaft zu bestimmenden endgültigen Beiträge verrechnet wird. Dieser Beitrag ist neben dem Beitrag zur Aerztekammer von den einzelnen praxisausübenden Aerzten durch die Bezirksvereine einzuheben und an die Landesärztekammer abzuführen.“

Auch für diese Beiträge findet die Begrenzung auf den Höchstbetrag von einem halben Hundertel des steuerpflichtigen Berufseinkommens nach Art. 6 und 11 AeG. keine Anwendung.

Von der weiter beschlossenen Einsetzung eines ständigen Ausschusses für das ärztliche Unterstützungswesen nach Art. 2 AeG. wird ohne Erinnerung Kenntnis genommen.

München, den 28. September 1929.

I. A.: gez. Dr. Wirsching.

Die Bayerische Aerzteversorgung.

Von Direktor Hilger, München.

(Schluß.)

II.

Wie Ihnen ja bekannt ist, hat der Verwaltungsausschuß Herrn Universitätsprofessor Dr. Böhm (München) mit der Ausarbeitung eines versicherungstechnischen Gutachtens über die Aerzteversorgung betraut. Wenn, wie der Gutachter ausdrücklich betont, die Grundlagen für seine Schlußfolgerungen im allgemeinen nur aus den in den ersten Jahren des Bestehens der Aerzteversorgung bestehenden Verhältnissen geschöpft sein konnten, die einer Nachprüfung im Laufe der Zeit bedürfen, so kann man doch aus den von ihm gewonnenen Zahlen wertvolle Ergebnisse für die Zukunft der Bayerischen Aerzteversorgung feststellen. Wenn ihm von manchen Seiten vorgeworfen wird, seine Folgerungen seien zu günstig, und man müsse auch für das Versicherungswagnis einer Versorgungsanstalt für Aerzte die Ergebnisse anderer Anstalten — etwa der Reichsangestelltenversicherung — heranziehen, so wird von anderen eingewendet, der Gutachter habe mit einer zu geringen Verzinsung des Vermögens der Anstalt gerechnet, denn der von ihm für die ersten 20 Jahre mit 6 Prozent, für die weiteren 30 Jahre mit 5 Prozent angenommene Zinssatz sei zu niedrig; der wohl noch auf Jahre hinaus angespannte Geldmarkt gestalte einen weit höheren Zinsanfall und damit eine höhere „stille Reserve“, was die günstige Entwicklung der Anstalt nur noch fördern könne, so wird man vielleicht sagen dürfen, daß beide Gruppen von Beurteilern Recht haben können; aber es fehlt auf dem Gebiet der Aerzteversorgung noch an sicheren Unterlagen, sie können erst im Laufe der Zeit durch eine sorgfältige Statistik aller maßgebenden Verhältnisse gewonnen werden. Ich will davon absehen, daß manche der von Prof. Dr. Böhm in seinem Gutachten errechneten Zahlen in der seit der Abfassung des Gutachtens verflossenen Zeit sich für die Belastung der Anstalt günstiger gestaltet haben; denn hier könnten Sie mit Recht einwenden, daß das auch ein Zufallsergebnis sein könnte. Aber jedenfalls darf ich hier feststellen, daß der Gutachter unter sorgsamster Beachtung aller Verhältnisse seine Berechnungen angestellt hat, und daß daher das von ihm gefundene Ergebnis — immer unter dem Vorbehalt, daß sich die Unterlagen in Zukunft nicht wesentlich ändern, was dauernd nachgeprüft werden muß und wird — für den weiteren Ausbau der Anstalt gut verwendet werden kann.

Das Gutachten stellt für die ersten 4 Jahre des Bestehens der Anstalt eine dauernde Steigerung des durchschnittlich zur Beitragszahlung angemeldeten Einkommens, und zwar von 5615 Mark auf 8135 Mark fest; ob diese Steigerung anhalten wird, hängt wohl in der Hauptsache von den wirtschaftlichen Verhältnissen der nächsten Jahre ab. Wenn sie aber anhält, wenn sie namentlich sich für die mittleren Altersklassen der Mitglieder günstig auswirkt, so ist das jedenfalls von gutem Einfluß auf das Vermögen der Anstalt allerdings nur unter der Voraussetzung, daß aus diesen höheren Einkommen auch rechtzeitig die höheren Beiträge geleistet werden, so daß die Anstalt den Zinsgenuß aus den höheren Beiträgen schon geraume Zeit genießt, ehe sie die den höheren Beiträgen entsprechenden Leistungen aufbringen muß. Denn daß ein Mitglied, welches mit den Pflichtbeiträgen aus seinem höheren Einkommen zurückhält, bis es den Eintritt der Berufsunfähigkeit herankommen fühlt, die Anstalt und damit die Gesamtheit der Standesgenossen schädigt, liegt auf der Hand.

Der Gutachter bezeichnet als erstrebenswertes Ziel, den Uebergang vom Umlagen- und Rentendeckungsverfahren zum ausgesprochenen Anwartschaftsdeckungsverfahren vorzunehmen. Er berechnet, daß — falls man das Anwartschaftsdeckungsverfahren zugrunde legt — nach den für den Stichtag, das war der 1. Juli 1927, gefertigten Berechnungen ein ungedeckter Betrag von 6,3 Millionen Mark vorhanden ist, daß also zur versicherungstechnischen Deckung aller am 1. Juli 1927 vorhandenen Anwartschaften aller damals vorhandenen Mitglieder dieser Fehlbetrag von 6,3 Millionen aufgebracht werden müsse, wenn die Anstalt nach dem Anwartschaftsdeckungsverfahren eingerichtet wäre, und er führt dann weiter aus, daß man diesen Fehlbetrag dadurch decken könnte, daß man jetzt den Beitrag von 7 auf 8 Proz. erhöhen würde. Mit diesem Beitragssatz, glaubt Prof. Dr. Böhm, würde man dann auch für die Zukunft auskommen, immer aber unter der Voraussetzung, daß man das Anwartschaftsdeckungsverfahren einführen will.

Dieser eben genannte Fehlbetrag hat, als der kurze Auszug aus dem Gutachten den örtlichen Vereinen zugänglich gemacht wurde, in manchen Kreisen große Verwirrung angerichtet. Es handelt sich doch eigentlich nur um einen angenommenen Fehlbetrag, nämlich nur dann um einen Fehlbetrag, wenn man für die Anstalt das Anwartschaftsdeckungsverfahren wählen will. Da die Anstalt aber, wie ich zu zeigen versucht habe, bewußt auf dem Rentendeckungsverfahren — verbunden mit dem Umlageverfahren — aufgebaut ist und die Einführung des Anwartschaftsdeckungsverfahrens jetzt mindestens noch für längere Zeit zurückgestellt werden könnte, um die weitere Entwicklung abzuwarten, braucht uns dieser Fehlbetrag nicht zu erschrecken.

Das Gutachten nimmt auch zu zwei Fragen Stellung, die bisher in den meisten kritischen Äußerungen zur Aerzteversorgung zumeist eine große Rolle gespielt haben: es untersucht nämlich zunächst die Frage, ob die Wünsche der ledigen und verwitweten Mitglieder auf Auszahlung einer Summe an Dritte, die Verwandte oder Erben sein können, erfüllbar sind für den Fall, daß ein aktives Mitglied unverheiratet stirbt oder daß ein verwitwetes Mitglied bei seinem Tode keine minderjährigen Kinder hinterläßt. Ich will mir nicht die in dem sonst sehr sachlich gehaltenen Artikel „Gedanken zur Aerzteversorgung“ in der Augustnummer des „Vereinsblattes der pfälzischen Aerzte“ gegebene Erklärung zu eigen machen, wonach Junggesellentum eine (medizinisch und gesellschaftlich betrachtet) anormale Erscheinung sei, mögen die zu ihm führenden Motive noch so edel sein, zudem sei es eine „Krankheit“, die erfahrungsgemäß oft noch im späteren Mannesalter der Heilung zugänglich sei. Daß in der Satzung der Aerzteversorgung diese Wünsche nicht berücksichtigt wurden, hängt meiner Ansicht nach wohl damit zusammen, daß man damals — man schrieb das Inflationsjahr 1923 — noch allseits der Meinung war, eine soziale Standesfürsorge einzurichten, bei der es mit in Kauf genommen werden sollte, daß einmal ein Mitglied leer ausgehen könnte, da ja dann die von ihm eingezahlten Beiträge der Gesamtheit der übrigen Standesgenossen zugute kämen. Prof. Dr. Böhm betont übrigens, daß vom strengen versicherungstechnischen Standpunkt aus betrachtet kein Anlaß bestehe, in den erwähnten Fällen eine Sonderleistung zu gewähren, weil die Anstalt immerhin ein gewisses Wagnis getragen hat, nämlich beim Junggesellen das Wagnis der Berufsunfähigkeit und des Alters, beim Verwitweten außerdem noch, solange die Frau lebte, das Wagnis der Witwenrente und, solange die Kinder minderjährig waren, das Wagnis der Waisenrenten. Er hat errechnet, daß im Durchschnitt jährlich etwa 10 ledige Mitglieder sterben werden, und hält einen

jährlichen Aufwand zwischen 10000 und 100000 Mark für erforderlich, wenn man etwa vorsehen wollte, eine Rückgewähr von 50 Proz. der eingezahlten Beiträge für den Fall einzuführen, daß ein lediges Mitglied stirbt, das noch keine Rente bezogen hat. Die Höhe dieser Sondervergütungen würde demnach für die Anstalt keine besondere Belastung bedeuten.

Was die Auszahlung einmaliger Beträge beim Tode eines aktiven verwitweten oder geschiedenen Mitgliedes angeht, das keine minderjährigen Kinder zurückläßt, so könnte man auch hier, ohne die Anstalt wesentlich zu belasten, vielleicht eine Rückgewähr ebenfalls von 50 Proz. der Beiträge für angezeigt halten, die in den Jahren eingezahlt wurden, während deren keine rentenberechtigten Angehörigen vorhanden waren. Wir haben aus unseren Akten festgestellt, daß seit 1. Oktober 1923 in 11 Todesfällen lediger Mitglieder und in 5 Fällen beim Tode verwitweter Mitglieder solche Abfindungen in Frage gekommen wären.

Die zweite Frage, die immer wieder aufgeworfen wird, betrifft die Freigabe der Wahl zwischen Rente oder einmaliger Kapitalabfindung. Meiner Ansicht nach paßt die Barabfindung nicht recht zum ganzen Aufbau der Aerzteversorgung, die doch nach dem Vorgang, ja im engen Anschluß an das Beamtenrecht — denken Sie nur daran, daß eine bestimmte Gruppe der amtlichen Besoldungsordnung als Grundlage für Beitrag und Leistung gewählt wurde! — die „Versorgung“ im technischen Sinne, also die Rente, als die eigentliche Leistung vorsieht. Für die Hinterbliebenenversorgung sollte man jedenfalls grundsätzlich an der Rente festhalten, wenn der Zweck der Anstalt auf dem Gebiete der Hinterbliebenenfürsorge nicht gefährdet werden soll. Ob man etwa dem Wunsche, an Stelle des Ruhegeldes eine einmalige Barabfindung treten zu lassen, in Ausnahmefällen stattgeben könnte, müßte wohl noch im Verwaltungsausschuß reiflich erwogen werden. Die technische Möglichkeit, ohne weitere Belastung der Anstalt die Barabfindung aufzubringen, bestünde beim Rentendeckungsverfahren allerdings, weil hier ja, wie schon gezeigt, der Barwert der Rente als ausgeschiedener Vermögensteil vorhanden ist und jederzeit zur Verfügung steht.

Nun noch einige Worte über die Altersrente, die, wie bekannt, mit der Vollendung des 65. Lebensjahres gewährt wird, aber nicht von der weiteren Beitragszahlung befreit und insofern eine versicherungsrechtliche Merkwürdigkeit bedeutet; denn im allgemeinen hören sonst mit dem Einsetzen der Leistungen der Versicherungsanstalt die Verpflichtungen des Versicherten zur Zahlung weiterer Beiträge auf. Die Altersrente ist ja jetzt naturgemäß noch nicht so hoch, sie wird aber doch in späteren Jahren die Anstalt nicht unerheblich belasten. Das Gutachten errechnet z. B. für das 30. Versicherungsjahr, also etwa für das Jahr 1953, mit einer jährlichen Belastung der Anstalt durch die Altersrente von 1,5 Millionen Mark. Es wird sich fragen, ob die Altersrente auf die Dauer beibehalten werden soll, oder ob man nicht vielleicht dazu übergehen könnte, an ihrer Stelle als Ersatz mit dem Eintritt des 65. Lebensjahres die Befreiung von der Beitragspflicht treten zu lassen, wobei es natürlich dem einzelnen Mitglied zu überlassen wäre, zur Erhöhung des zu erwartenden Ruhegeldes auch weiterhin — dann aber freiwillig! — Beiträge einzuzahlen. Ich glaube, daß sich dann doch wohl die Mehrzahl der Mitglieder zur freiwilligen Weiterzahlung von Beiträgen entschließen würde.

So, wie die Altersrente jetzt in die Versorgung eingefügt ist, befriedigt sie eigentlich niemand, da sie nur eine Art von Beitragsrückgewähr darstellt. Die meisten Bezieher lassen sich denn auch die monatlichen Raten der Altersrente auf ihren weiter fortlaufenden Bei-

trag zur Aerzteversorgung anrechnen. Wenn durch den Wegfall der Altersrente die für 1953 und die folgenden Jahre berechnete jährliche Belastung von 1,5 Millionen Mark erspart werden könnte und man infolge dieser Einsparung eine Umlagerhöhung ganz vermeiden oder doch noch weiter hinausschieben könnte, würde wohl von keiner Seite gegen den Wegfall der Altersrente etwas eingewendet werden. Allerdings müßte noch ein Weg gefunden werden, um die bis zur entsprechenden Aenderung der Satzung erworbenen Anwartschaften irgendwie sicherzustellen.

Ich darf in diesem Zusammenhang wohl noch kurz auf die häufig angeregte Besserstellung der alten Mitglieder eingehen, eine Frage, die durch die jüngsten Ausführungen des Herrn Dr. Dupré (Frankenthal) in der „Bayer. Aerzteztg.“ wieder angeschnitten wurde. Wenn auch über seinen Antrag heute aus formellen Gründen nicht abgestimmt werden kann, so halte ich doch eine kurze Erörterung für angezeigt. Die Folgerungen des genannten Herrn sind diese: Wenn ein Arzt, der im Alter von 70 Jahren seine Berufsunfähigkeit unschwer nachweisen und damit das Ruhegeld beanspruchen könnte, statt dessen weiterarbeitet und zahlendes Mitglied der Aerzteversorgung bleibt, so spart er der Aerzteversorgung die jährlichen Beträge des Ruhegeldes vom 70. Jahre an und zahlt außerdem noch die Beiträge ein; die Anstalt hat also durch den vorläufigen Verzicht des alten Arztes auf Ruhegeld einen Gewinn, der nach Ansicht des Antragstellers ihm später mit dem 7. Teil als Zuschlag gewährt werden sollte. Eine gewisse Berechtigung wird man dieser Schlußfolgerung vielleicht nicht absprechen können, und in irgendeiner Form sollte man für diese alten Mitglieder sorgen, weil es ihnen häufig nicht mehr möglich ist, durch höhere Beiträge einen Anspruch auf eine einigermaßen ausreichende Rente zu erwerben. Man könnte auch etwa daran denken, allen Mitgliedern, welche am 1. Oktober 1923 ein gewisses Alter überschritten hatten oder damals schon eine bestimmte Anzahl von Jahren im ärztlichen Beruf tätig waren, für jedes weitere Jahr den Mindestbeitrag von 320 Mark als Einzahlung und ein Siebentel daraus als Zuschlag gutzuschreiben, ein Weg, den schon früher Herr Präsident Dr. v. Englert als gangbar bezeichnet hat. Oder man könnte vielleicht aus Mitteln der Aerzteversorgung jährlich eine bestimmte Summe an die Unterstützungskassen des Standes geben und diesen überlassen, daraus Zuschüsse an die alten Ruhegeldempfänger auszuteilen, damit auf diese Weise das sonst unzureichende Ruhegeld angemessen erhöht wird. Ich darf annehmen, daß in der nächsten Zeit wohl ein Weg gefunden werden kann, um den nicht unberechtigten Wünschen der alten Mitglieder zu entsprechen.

Nach den Ergebnissen des Gutachtens kann wohl damit gerechnet werden, daß die bisher besprochenen Erweiterungen der Bayerischen Aerzteversorgung ohne Erhöhung des Beitrages möglich sein werden. Wenn ich mich nunmehr der Behandlung der für Ihre heutige Tagung gestellten Anträge zuwende, die ja doch auch in der Hauptsache als Verbesserungen gedacht sind, so darf ich zunächst darauf hinweisen, daß der Verwaltungsausschuß in den abgelaufenen 6 Jahren schon einzelne Erweiterungen und Verbesserungen an den Leistungen der Anstalt vorgenommen hat. Ich denke dabei vor allem an die Gewährung von Unterhaltsbeiträgen an die Hinterbliebenen, falls der Tod des Mitgliedes vor Ablauf der Wartezeit eingetreten ist, was der Aufhebung der Wartezeit für die Hinterbliebenenversorgung nahezu gleichkommt. Ich denke ferner an die Vergünstigung für die jüngeren Mitglieder; die jetzt im 3., 4. und 5. Jahre nach der Aufnahme ihrer ärztlichen Berufstätigkeit nur drei Sechstel, vier Sechstel und fünf Sechstel des Mindestbeitrags zu entrichten

brauchen, falls sie das Mindesteinkommen nicht erreichen — eine Erleichterung, die den nicht unberechtigten Klagen über eine zu starke Belastung in den Jahren des Aufbaues der Praxis abhelfen sollte und ihren Zweck wohl auch im allgemeinen erreicht hat. Ich denke endlich an die Besserstellung der beamteten Mitglieder, die schon auf Grund ihrer Anstellung einen Anspruch auf gleichwertige Versorgung haben. Während die Satzung in ihrer ersten Fassung diesen nur den Zuschlag, nicht aber den Grundbetrag zuerkannte, wurde ihnen bald die Hälfte, später drei Viertel des Grundbetrages eingeräumt, und nach den Absichten des Verwaltungsausschusses soll ihnen nach Ablauf einer weiteren Zeitspanne der volle Grundbetrag zustehen, so daß dann kein Unterschied mehr bestehen wird zwischen beamteten und nichtbeamteten Mitgliedern, übrigens ein Ergebnis, das — wie sich das Gutachten ausdrückt — „eine versicherungstechnische Unbilligkeit“ beseitigen wird.

III.

Trotz dieses gewiß nicht unerheblichen weiteren Ausbaues der Anstalt seit ihrer Errichtung sind, wie ich ja schon vorher bei der allgemeinen Besprechung einiger Aenderungsvorschläge bemerkt habe, noch lange nicht alle Wünsche erfüllt. Und in welchem Umfang diese Wünsche jetzt ans Licht treten, ersuchen Sie ja aus dem reichen Wunschzettel, der heute gedruckt vor Ihnen liegt. Ich werde die Anträge am einfachsten in der Reihenfolge der gedruckten Zusammenstellung nun noch kurz besprechen.

Durch den Antrag I, die Aertzteversorgung als solche bestehen zu lassen, wird eigentlich doch wohl nur etwas Selbstverständliches gesagt; denn die Aertzteversorgung beruht auf Gesetz und kann nicht beseitigt werden, solange nicht das Gesetz aufgehoben ist.

Zu den Anträgen des Aertzlichen Bezirksvereins München-Stadt:

Das jetzige gemischte System durch das Anwartschaftsdeckungsverfahren zu ersetzen, erscheint mir nach den Ausführungen, die ich vorher zu den drei Verfahren mir zu machen gestattet habe, nicht oder doch jetzt noch nicht als notwendig. Ich hielte es für ausreichend, zunächst eindeutig zum Rentendeckungsverfahren überzugehen und die weitere Entwicklung abzuwarten; denn wenn Sie schon jetzt zum Anwartschaftsdeckungsverfahren übergehen, müssen Sie sich darüber klar sein, daß Sie damit nach den Berechnungen des Gutachtens zugleich die sofortige Erhöhung des Beitragssatzes von 7 auf 8 Proz. beschließen, was meines Erachtens vermieden werden muß und jedenfalls von sehr vielen Mitgliedern als überaus einschneidend empfunden werden würde.

Daß die versicherungstechnischen Grundlagen der Anstalt spätestens alle 5 Jahre nachzuprüfen sind, ist — wie ich schon früher betont habe — notwendig und entspricht auch den Wünschen des Verwaltungsausschusses und der Anstaltsverwaltung.

Den Anträgen München sind übrigens noch einige Anregungen beigelegt. Wenn zunächst als wünschenswert bezeichnet wird, neben dem Verwaltungsausschuß noch einen besonderen „Sachverständigenausschuß“, bestehend aus einem Versicherungsmathematiker und einem Finanzsachverständigen, aufzustellen, so halte ich diesen Ausschuß nicht für notwendig; nicht etwa, weil vielleicht Verwaltungsausschuß oder Anstaltsverwaltung eine solche besondere Kontrolle — denn darum handelt es sich doch wohl — zu scheuen hätten, sondern weil damit zu rechnen ist, daß die Versicherungskammer in absehbarer Zeit einen Versicherungsmathematiker, vielleicht auch einen Banksachverständigen anzustellen beabsichtigt, der dann dem Verwaltungsausschuß jederzeit zur Verfügung stünde.

Diese Anregung dürfte wohl mit gewissen Zweifeln an der sicheren Anlage des Vermögens der Aertzteversorgung, das übrigens derzeit 17 Mill. Mark beträgt, zusammenhängen, Zweifel, die ja auch sonst schon manchmal aufgetaucht sind. Ich brauche hier nur an den Zusammenbruch der Pauli-Bank und daran zu erinnern, daß die Versicherungskammer schon damals genötigt war, in der „Bayer. Aertztezeitung“ öffentlich zu erklären, daß die Aertzteversorgung keinen Pfennig bei der Pauli-Bank angelegt hatte und daher auch keinen Pfennig dort verlieren konnte. Ich darf auch hier ausdrücklich feststellen, daß die Aertzteversorgung an ihrem Vermögen bisher in keinem einzigen Falle Verluste erlitten hat, und daß alle anderslautenden Gerüchte vollständig aus der Luft gegriffen sind.

Die anderen Anregungen von München betreffen die Zulassung der Wahl zwischen Kapital- und Rentenversicherung, wozu ich mich schon vorher geäußert habe.

Wenn endlich gewünscht wird, daß die „Altersgrenze, d. h. wohl die jetzt für die Erlangung der Altersrente festgesetzte Zahl von 65 Jahren, auf 60 Jahre herabgesetzt werde, so habe ich dagegen doch große Bedenken im Hinblick darauf, daß allem Anschein nach sich die Lebensgrenze hinaufschiebt, daß also vielleicht mit einem längeren Bezug der Renten als angenommen und damit mit einer stärkeren Belastung der Anstalt gerechnet werden müßte.

Zu den Anträgen des Aertzlichen Bezirksvereins Augsburg:

Zu A: Wenn unter dem „bisherigen Umlageverfahren“, das beibehalten werden soll, zu verstehen ist, daß das reine Umlageverfahren — also ohne Ausscheidung der Barwerte des neuen Rentenzuganges im einzelnen Geschäftsjahr — beizubehalten sei, so muß dagegen eingewendet werden, daß die Satzung, wie ich oben darzutun versucht habe, an sich jedenfalls das Rentendeckungsverfahren einführen wollte. Ist der Antrag unter diesem Vorbehalt zu verstehen, so kann man ihm zustimmen.

Zu B: Dieser Antrag kann wohl hier ausscheiden, weil ihm durch Ziff. 7 der heutigen Tagesordnung bereits Rechnung getragen ist.

Zu C: 1. Die §§ 6 und 18 — nicht 13! — der Satzung zu streichen, halte ich nicht für unbedenklich; denn diese Bestimmungen haben doch wohl trotz des Erlasses des Bayerischen Aertzgesetzes noch einige Bedeutung; im allgemeinen wird aber von ihnen wohl nur Gebrauch gemacht werden, wenn die Landesärztekammer den Ausschluß im einzelnen Falle anregt.

2. Nach § 20 Abs. II Ziff. 2 der Satzung kann jetzt das Sterbegeld ganz oder teilweise gewährt werden, wenn der Nachlaß nicht ausreicht hat, um die Kosten der letzten Krankheit und der Beerdigung zu decken. Die Auszahlung setzt also bisher schon voraus, daß ein Dritter diese Kosten getragen hat. Es ist daher, wie mir scheint, dem Antrag schon jetzt entsprochen; allerdings besteht bisher kein förmlicher Anspruch auf diese Zahlung, während nach dem Antrag ein solcher Anspruch eingeräumt werden soll. Nach den Wahrnehmungen der Anstaltsverwaltung hat der Vollzug der bisher geltenden Vorschriften zu keinen Beanstandungen Anlaß gegeben, eine Notwendigkeit für die Aenderung scheint mir daher nicht gegeben.

3. Der zu § 22 vorgeschlagene neue Abs. IV scheint mir insofern eine Verbesserung anzustreben, als er in allen Fällen, wo beim Tode keine Hinterbliebenen zurückbleiben, für die Verwandten bis zum 3. Grade eine Barabfindung im fünffachen Betrage des Witwengeldes vorsieht. Da in diesem Falle der Unterhaltsbeitrag wegfallen soll, würde aber in manchen Fällen eine Verschlechterung eintreten, nämlich dann, wenn nach

den Bestimmungen ein Unterhaltsbeitrag in der vollen Höhe des Witwengeldes gewährt werden könnte. Vielleicht könnte dem Zweck des Antrages, nämlich in Fällen, wo sonst keine satzungsmäßigen Leistungen in Frage kommen, eine Barabfindung zuzugestehen, dadurch entsprochen werden, daß man — wie schon behandelt — für solche Abfindungen eine allgemeingültige Norm finden würde. Es wäre daher wohl zweckmäßig, diesen Antrag als Material für die weiteren Verhandlungen im Verwaltungsausschuß zu behandeln.

Zu dem Antrag des Aerztlichen Bezirksvereins Degendorf:

Das Gutachten führt allerdings aus, daß der Mindestbeitrag gerade die Grundrente, den Grundbetrag des Ruhegeldes, deckt, und daß der Zuschlag nur dadurch aufgebracht werden kann, daß die Mehrzahl der Mitglieder mehr als den Mindestbeitrag einzahlt. Solange aber nicht zu befürchten ist, daß das durchschnittliche Einkommen des Arztes wesentlich sinkt — es hat sich, wie ich bereits erwähnt habe, in den Jahren seit Gründung der Aerzteversorgung fortwährend erhöht —, solange ist nicht zu befürchten, daß nicht auch der Zuschlag gedeckt werden könnte. Dem Antrag liegt der an sich jedenfalls richtige Gedanke zugrunde, daß jedes Mitglied eine zum Leben notdürftig ausreichende Rente erhalten, im übrigen aber dem einzelnen überlassen bleiben soll, sich dazu freiwillig eine höhere Versorgung zu erkaufen. Die Durchführung würde zunächst voraussetzen, daß der Mindestbeitrag von 320 Mark um etwa 50 Proz., demnach auf 480 Mark erhöht wird, was zur Zeit, wie schon erwähnt, kaum durchführbar sein dürfte. Was soll aber mit den Mitgliedern geschehen, die den höheren Mindestbeitrag nicht zahlen können? Außerdem scheint mir die Ausführung des dem Antrag zugrunde liegenden Gedankens auch daran scheitern zu müssen, daß nur mit großem Verwaltungsaufwand die Höhe der jeweiligen Rente oder der Kapitalauszahlung berechnet werden könnte, die das Mitglied doch jedenfalls jederzeit festgestellt wissen möchte; denn die Höhe der freiwilligen Mehrzahlungen müßte das Mitglied wohl von seiner jeweiligen wirtschaftlichen Lage abhängig machen können, so daß eine große Unsicherheit über die Höhe der jeweils zu erwartenden Leistungen bestehen würde. Aus diesen Gründen halte ich den Antrag in der vorliegenden Form für nicht leicht durchführbar.

Zu den Anträgen der Aerztlichen Bezirksvereine Neustadt a. d. H. und Pirmasens:

Ich habe am Eingang meiner Ausführungen darzulegen versucht, daß die Bayerische Aerzteversorgung nach dem Willen ihrer Gründer und auch nach dem Willen des das Gesetz über die Bayerische Aerzteversorgung vom 16. August 1923 verabschiedenden Landtags als eine „Versorgungsanstalt“ errichtet wurde, die unter enger Anlehnung an die beamtenrechtlichen Verhältnisse im Versorgungsfalle Renten an die Mitglieder auszuzahlen hat. Wenn daher der erste Urantrag der genannten zwei Vereine fordert, die Bayerische Aerzteversorgung sei „vom Rentensystem zur Kapitalversicherung“ überzuführen, so bedeutet dies die vollständige Aufgabe ihrer bisherigen Grundlagen, eine Aenderung des ganzen Aufbaues, die nach meiner Ansicht nur mit Zustimmung des Landtags möglich wäre, weil das Gesetz vom 16. August 1923 geändert werden müßte. Die Durchführung dieses grundlegenden Antrages dürfte daher wohl mit sehr großen Schwierigkeiten zu rechnen haben.

Aus dem ganzen ersten Urantrag ist meines Erachtens nur die Ziff. 7 annahmefähig; ihr wird aber schon dadurch entsprochen, daß die Versicherungskammer ohnehin in der nächsten Zeit die Geschäftsberichte für die Jahre 1923—1928 veröffentlichen wird,

wie dies ja schon in § 29 Abs. III der Satzung vorgesehen ist; die Fertigstellung ist bisher nur deshalb unterblieben, weil vordringlichere Arbeiten zu erledigen waren.

Gegen den Eventualantrag I scheinen mir die gleichen Bedenken zu bestehen, denn er will, wenn ich ihn recht verstehe, die Leistungen der Anstalt in zwei Teile zerlegt wissen, in eine Kapital- und in eine Rentenversicherung, rüttelt daher ebenfalls an der bisherigen gesetzlichen Grundlage der Anstalt. Daß in einzelnen besonderen Fällen statt des Ruhegeldes, nicht aber statt der Hinterbliebenenversorgung eine einmalige Barabfindung gewährt werden könnte, habe ich vorhin schon dargelegt.

Ob der im Eventualantrag II bezeichnete Weg, den einzelnen Bezirksvereinen zu überlassen, pflichtmäßig eine Versorgung für die in dem örtlichen Verein zusammengeschlossenen Standesgenossen nach eigener Wahl einzurichten, zu einem Ziele führt, muß man billig bezweifeln; nach meiner Ansicht führt dieser Weg sicher zur vollständigen Preisgabe einer einheitlichen Aerzteversorgung, was — soweit ich die Stimmung zu kennen glaube — durchaus nicht dem Willen der Mehrheit der Mitglieder entsprechen würde. Und wie sollte es rechtlich ermöglicht werden, den einzelnen Bezirksvereinen die Beiträge der Mitglieder zu überantworten?

Nun noch zu den Zusatzanträgen formaler Natur: Daß mir die Streichung der §§ 6 und 18 nicht zweckmäßig erscheint, habe ich schon beim Antrag Augsburg erwähnt.

Wenn ein Mitglied dauernd seinen Wohnsitz außerhalb Bayerns verlegt, muß es nach der jetzigen Fassung der Satzung aus der Aerzteversorgung ausscheiden; es wird schwer sein, hier eine Aenderung eintreten zu lassen und die Beibehaltung der Mitgliedschaft zu gestatten, weil vielfach auch außerhalb Bayerns jetzt ärztliche Versorgungseinrichtungen bestehen, die den Beitritt des aus Bayern zuziehenden Arztes zur Pflicht machen. Den doppelten Beitrag an die zwei Kassen zu zahlen, wird aber den meisten Versicherten kaum möglich sein. Wenn einmal die Versorgungskassen der übrigen Länder weiter ausgebaut sind, könnte durch gegenseitige Vereinbarungen hier Abhilfe geschaffen werden, die nach den Erfahrungen der Anstaltsverwaltung nur erwünscht wäre. Man könnte aber vielleicht von Fall zu Fall jetzt schon die Mitgliedschaft auf Antrag dann bestehen lassen, wenn kein Zwang zum Beitritt zu einer außerbayerischen Versorgungseinrichtung besteht. Daß übrigens Ruhegeldempfänger ihre Versorgung außerhalb Bayerns genießen können, ist durch die Satzung nicht verboten und kommt auch jetzt schon vor.

Ob die Rückgewähr beim Ausscheiden aus der Anstalt nach Ablauf der Wartezeit von drei Viertel auf vier Fünftel der geleisteten Beiträge erhöht werden soll, wird noch zu prüfen sein; als notwendig möchte ich diese Erhöhung nicht bezeichnen.

Die zu § 10 Abs. I vorgeschlagene Fassung, wonach das beitragspflichtige Reineinkommen nach den für die Einkommensteuer geltenden Grundsätzen ermittelt werden soll, bringt eigentlich nichts Neues; denn die Anstaltsverwaltung hat schon bisher die bekannten Richtlinien des Reichsfinanzministers beachtet und nur solche Abzüge beanstandet, welche schlechterdings nicht in Zusammenhang mit der ärztlichen Berufstätigkeit gebracht werden konnten. Da zudem in den Einkommensteuerbescheiden auch andere als ärztliche Berufseinkommen berücksichtigt sind, können sie nicht ohne weiteres für die Beitragsberechnung verwendet werden. Die richtige Erfassung der beitragspflichtigen Berufseinkommen ist übrigens die schwierigste Frage für die Anstaltsverwaltung, und alle Befürchtungen wegen der dauernden Leistungsfähigkeit der Anstalt wären mit

einem Schlage beseitigt, wenn jedes Mitglied wirklich den Beitrag aus seinem richtig angegebenen Reineinkommen zahlen würde.

Die Anträge zu § 23, dann zu § 13 Abs. IV und § 21 Abs. III gehen offenbar von unrichtiger Auffassung aus. In § 23 handelt es sich keineswegs um den Verzicht auf „Pensionsansprüche aus irgendeiner anderen Versorgung heraus“, sondern um die Anrechnung von Leistungen, die ein Mitglied der Aerzteversorgung von einem Dritten auf Grund der Haftpflicht als Schadenersatz erlangen kann. Diese Bestimmung hat übrigens bisher noch niemals Anwendung gefunden, ihre Beseitigung erscheint daher unbedenklich.

Die Kürzung von Versorgungsbezügen, die bei gleichzeitiger Mitgliedschaft von Ehegatten zusammen treffen, ist seinerzeit vom Verwaltungsausschuß nach reiflicher Ueberlegung so beschlossen worden; da die verheiratete Aerztin nicht verpflichtet ist, der Aerzteversorgung anzugehören, ihr Beitritt vielmehr in ihr Belieben gestellt ist, wird sie sich mit der Satzung abfinden müssen, ehe sie den Beitritt freiwillig erklärt.

Daß eine Rückvergütung eines Teiles der geleisteten Beiträge vorgesehen werden sollte, wenn sonst keine Versicherungen ausbezahlt sind, habe ich schon als durchführbar bezeichnet; in welchem Umfange eine solche Rückgewähr möglich sein wird, dürfte der Beschlußfassung des Ausschusses überlassen werden können, der Antrag daher als Material zu überweisen sein.

Zu dem Zusatzantrag möchte ich nur kurz bemerken, daß nach meinem Dafürhalten bei dem derzeitigen Stande der Staatsfinanzen wohl kaum mit der Möglichkeit gerechnet werden kann, daß der Staat die gesamten persönlichen und sachlichen Verwaltungskosten der Aerzteversorgung übernimmt.

Ich komme nun zu den Anträgen des Aerztlichen Bezirksvereins Koburg:

I. Zu § 16: Die Altersrente auch dann zu gewähren, wenn gleichzeitig das volle Ruhegeld angewiesen wird, halte ich nicht für veranlaßt. Die Forderung, daß vor der Einweisung des Ruhegeldes nur die hauptamtliche Tätigkeit, Kassen-, Badepraxis, Fürsorge usw. aufgegeben, die Privatpraxis aber beibehalten werden soll, rührt an eine vielumstrittene Frage. Wer soll im einzelnen feststellen, was die hauptamtliche Tätigkeit ist? Ich fürchte, daß bei der Verschiedenheit der Verhältnisse in vielen Fällen eine befriedigende Regelung nicht zu finden wäre. Der Verwaltungsausschuß hat denn auch aus wohlwogenden Gründen die Einweisung des Ruhegeldes von der Aufgabe jeder ärztlichen Tätigkeit und von der förmlichen Abmeldung des Berufes bei der Polizeibehörde abhängig gemacht, und ich glaube kaum, daß er dafür zu haben sein würde, von diesem Standpunkt, der doch namentlich auch die Belange der jüngeren Aerzte wahr, jetzt wieder abzugehen.

Der Zusatz zu § 23 ist gegenstandslos, wenn — wie Neustadt-Pirmasens wünschen — der Abs. I des § 23 gestrichen wird.

Die Anregung II berührt sich mit dem schon besprochenen Antrag Deggendorf. Wenn eine „Kapitalzusatzversicherung“ nach den versicherungstechnischen Grundsätzen der Privatversicherung eingerichtet werden soll, müßte wohl auch mit einer erheblichen Steigerung der Verwaltungskosten gerechnet werden, weil eine erhebliche Vermehrung der Arbeitskräfte notwendig würde.

Auch der Antrag des Aerztlichen Bezirksvereins Nürnberg deckt sich nahezu mit dem Antrag Deggendorf. Ich darf daher auf meine dortigen Ausführungen Bezug nehmen, in denen ich die technischen Schwierigkeiten bei der Durchführung des Antrages beleuchtet habe.

Zum Antrag des Aerztlichen Bezirksvereins Neu-

Ulm-Günzburg-Krumbach darf ich daran erinnern, daß ich die Kapitalabfindung in dem schon mehrfach bezeichneten beschränkten Umfang als wünschenswert bezeichnet habe.

Allgemein erhöhte Rentenzuschläge zu gewähren, wenn ein Mitglied Beiträge aus höheren Einkommen leistet, halte ich zunächst für nicht durchführbar. Daß für freiwillige Mehrzahlungen, d. h. für Beiträge, die über die 7 Proz. des reinen Berufseinkommens hinausgehen, erhöhte Zuschläge ausgezahlt werden sollen, ist ein Wunsch, der schon häufig geäußert wurde und dessen Erfüllung wohl eine nicht unwesentliche Steigerung der Einzahlungen mit sich bringen würde. Ich möchte aber raten, hier doch zunächst die weitere Entwicklung der Anstalt abzuwarten; denn nach dem Gutachten sind solche Mehrzahlungen nötig, um den sonst nicht mit voller Sicherheit gedeckten Zuschlag aufzubringen. Es wird daher verfrüht sein, schon jetzt noch eine besondere Vergütung für derartige Mehrzahlungen in Aussicht zu nehmen.

Endlich zu den Anträgen des Aerztlichen Bezirksvereins Lichtenfels-Kronach:

Zu I: Der Antrag ist offenbar auf die Bedenken zurückzuführen, die das Gutachten wegen der Belastung der Anstalt durch den Zuschlag zum Grundbetrag zum Ausdruck bringt. Ich teile diese Bedenken, wie Sie schon gehört haben, nicht ganz, glaube vielmehr, daß beim weiteren Steigen des ärztlichen Einkommens auch die Mittel für den Zuschlag vorhanden sein werden; aber immerhin wird diese Frage dauernd einer besonderen Aufmerksamkeit bedürfen.

Zu II: Der Verein beantragt den Wegfall der jetzt in der Satzung vorgesehenen Kürzung der Witwen- und Waisenrenten auf das Ruhegeld. Nach der jetzigen Vorschrift können die Witwe und die sämtlichen minderjährigen Waisen zusammen nicht mehr erhalten, als das Ruhegeld mit Einschluß des Kinderzuschlages betragen würde. Ihr Wegfall würde sicher eine Verbesserung der Hinterbliebenenversorgung, namentlich bei kinderreichen Familien, bedeuten. Ich glaube nicht, daß der beantragte Wegfall die Anstalt besonders belasten würde, und kann daher den Antrag zur Annahme empfehlen.

Damit habe ich die sämtlichen für die heutige Tagung vorliegenden Anträge der Aerztlichen Bezirksvereine einer, wenn auch nur kurzen Betrachtung unterzogen. Sie werden schon aus meinen Ausführungen entnommen haben, daß ich grundsätzliche Änderungen im Aufbau der Bayerischen Aerzteversorgung für nicht angezeigt, zum mindesten aber für verfrüht halte, daß ich mich vielmehr im wesentlichen den Richtlinien angeschlossen habe, die Ihnen der Vorstand der Bayerischen Landesärztekammer in seinem Antrag vorschlägt, nämlich:

jetzt grundsätzlich zum Rentendeckungsverfahren überzugehen, dabei aber dauernd zu prüfen, ob nicht das Anwartschaftsdeckungsverfahren eingeführt werden kann;

ferner:

grundsätzlich an der „Versorgung“, d. h. an der Auszahlung von Renten, festzuhalten, die Barabfindung aber auf Ausnahmefälle zu beschränken und die Hinterbliebenenversorgung jedenfalls als „Renten“versorgung beizubehalten.

Ich glaube, Sie könnten sich diesen Richtlinien durchaus anschließen und dürften zu den Herren, die Sie heute als Mitglieder des Verwaltungsausschusses wählen, das Vertrauen haben, daß sie pflichtgemäß alles tun werden, um die Bayerische Aerzteversorgung nach Möglichkeit weiter ausbauen zu helfen zum Wohle der Angehörigen des bayerischen Aerztestandes und damit der Gesamtheit!

Mittelstandskrankenversicherung und Aerzte.

Von Sanitätsrat Dr. Neger, München.

In einem Aufsatz in Nr. 4 dieser Wochenschrift habe ich mich mit der Frage „Mittelstandskrankenversicherung und Aerzte“ beschäftigt und bin dabei zu nachfolgenden Schlüssen gekommen, welche, wie mich mündliche und schriftliche Mitteilungen erkennen lassen, wohl das Richtige getroffen und die Zustimmung der Herren Kollegen gefunden haben.

Der Ausbau dieser Art von Versicherung ist unter der Voraussetzung, daß die freie ärztliche Tätigkeit gesichert bleibt, im Interesse der Aerzte gelegen. Die Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe wird mehr gefördert und das Entgelt dafür bleibt dem Arzte in höherem Maße gesichert, als wenn der Erkrankte, zumal bei schweren und langdauernden Erkrankungen, den ganzen Betrag aus eigener Tasche zu zahlen hat — es fehlen ja heute bei unserem verarmten Mittelstand für Notstände die früher so wertvollen Reserven in Form von Bankkontos. Wir erblicken weiter in den Angehörigen der MV. (Mittelstandsversicherungen) wertvolle Bundesgenossen gegenüber der heute beliebten Ueberspannung der sozialen Gesetzgebung. Die reine ärztliche Tätigkeit kommt wieder zu ihrem eigensten Recht, weil hier lange nicht in dem Maße wie bei den reichsgesetzlichen Krankenkassen mit Begehrungsvorstellungen (Krankengeld) gerechnet werden muß.

Allerdings stehen diesen Vorzügen manche lästigen Seiten gegenüber. Auch hier schiebt sich zwischen Arzt und Behandelten freilich aus verwaltungstechnisch durchaus erklärlichen Gründen der Versicherungskörper; das sogenannte Berufsgeheimnis muß gelüftet werden durch die Notwendigkeit der Auskunft über Art der Erkrankung, und wenn über die Leistungspflicht Zweifel bestehen, der Auskunft auch über die Ursache und Dauer des Leidens mit all den für den Behandelten unter Umständen recht peinlichen Einzelheiten. Es darf nicht als eine Kleinigkeit angesehen werden, daß gerade diese Fragen an den Willen zur Bekundung der Wahrheit bei Arzt und Versicherten nicht selten sehr hohe Anforderungen stellen. Einerseits sollen bezüglich der Beurteilung des Beginnes des in Behandlung stehenden Leidens und der Zusammenhänge mit früheren Leiden Härten nach Möglichkeit vermieden werden, andererseits kann aber bei diesen für den wirtschaftlichen Bestand der MV. wichtigen Fragen eine aktive Mitwirkung der Aerzte nicht entbehrt werden.

Nur wenn beide, Verwaltungskörper und Aerzte, in möglichstem Verstande zusammenarbeiten, ist einerseits eine Gefährdung der berechtigten Belange der Versicherten ausgeschlossen, und kann andererseits verhindert werden, daß wegen Ueberspannung der Verhältnisse durch einzelne der Rahmen der Leistungen herabgesetzt wird, die Beiträge aber erhöht werden, wie dies mangels einer rationellen und individuellen Handhabung der Kontrolle bei MV. schon geschehen ist.

Der anzustrebende Idealzustand ist, daß gemeinsame vertrauensvolle Arbeit von Aerzten und Verwaltungskörpern dafür sorgt, daß offensichtliche Ueberinanspruchnahme und Ueberarbeit kräftig hintangehalten wird und die zur Verfügung stehenden Mittel für Fälle, wo die wirkliche Not das Wort spricht, ohne Abzug in ausreichendem Maße zur Verwendung kommen.

Davon sind wir aber zur Zeit, wie ich mich aus dem mir zur Einsicht stehenden Aktenmaterial einer sehr bedeutenden MV. immer wieder überzeugen kann, sehr weit entfernt. Es gibt immer noch gewisse Reibungsflächen, und weil ich glaube, daß schon die Kenntnis dieser Reibungsflächen der Sache selbst förderlich

ist, wage ich es, auf diese Dinge aus Einzelerfahrungen heraus nochmals einzugehen.

Auch die MV. haben lernen müssen. Im Anfang hieß es: Nur herein in die Versicherung! Alle sind willkommen! Es wird unendlich viel geboten für den geringen Betrag! Aus Konkurrenzgründen überbot eine Versicherung die andere; der Bedeutung der schlechten Risiko wurde zu wenig Beachtung geschenkt. Nur in Ausnahmefällen wurde daran gedacht, den Versicherten prozentual an den Lasten zu beteiligen — immer noch das beste Mittel, um eine Ueberlastung der Versicherung hintanzuhalten. Dann kamen die Zahlungen, und nun sah alles plötzlich ganz anders aus, als die Werber für den Eintritt in die Versicherung verheißen hatten. Was nicht von vornherein organisatorisch in gesunder Weise geregelt war, mußte am Einzelfall wettgemacht werden in einer Weise, welche dem Versicherten als Schikane erschien, zumal bei den Versicherungen, welche als Erwerbsunternehmen gegründet worden waren und höhere Verwaltungskosten hatten.

Ihnen stehen die MV. gegenüber, welche keinen Erwerbszweck, sondern nur soziale Ziele verfolgen, und wo, wie bei den Beamtenkrankenversicherungen, die recht umfangreiche Verwaltungstätigkeit zu einem erheblichen Teile ehrenamtlich geleistet wird.

Hat man inzwischen auch gelernt, so kranken die Einrichtungen zum Teil immer noch an den sich immer wieder geltend machenden grundsätzlichen Fehlern. Es heißt freilich: Es wird 100 Proz. der Auslagen erstattet. Aber es gibt viele Fälle, wo die Ersatzleistungen im Laufe der Zeit so steigen oder sich so häufen, daß dann von der Verwaltung erstens die Frage aufgeworfen werden muß im Interesse der wirtschaftlichen Sicherung, ob nicht die Aufwendungen in diesem und jenem Falle über das zur Erreichung des Zweckes notwendige Maß hinausgehen; zweitens, ob der von der Aerzteorganisation in so hohem Verständnis für die Belange der MV. aufgestellten Forderung Rechnung getragen ist, daß das Ausmaß der ärztlichen Forderungen bzw. der Ansatz für die einzelne Leistung der wirtschaftlichen Lage des Behandelten entsprechen müsse.

Drittens muß sehr oft geprüft werden, ob die vorliegende Erkrankung nicht in den Rahmen derjenigen Leiden gehört, mit welcher der Versicherte schon in die Versicherung eingetreten ist. Die Versicherung ist ja gegründet, um in Zeiten von Krankheit die notwendige Heilbehandlung zur Verfügung zu stellen, nicht aber für Sieche und dauernd Kranke eine Dauerbehandlung zu gewähren. In letzterem Falle müßte ja eine ganz andere Finanzierung Platz greifen. Aus der Prüfung dieser drei Hauptfragen erwachsen leider für den Versicherten und den Arzt in manchen Fällen recht unangenehme Verstimmungen.

Ein paar Beispiele aus der Wirklichkeit:

Ein wohl allzu gewissenhaft arbeitender Arzt ist der Meinung, daß vom Kranken die medikamentöse Einreibung nicht energisch genug vorgenommen wird. Er bestellt aus diesem Grunde den Kranken wochenlang täglich und reibt selbst ein. Die wirtschaftlichen Folgen dieser Behandlung spürt die Versicherung und muß sie natürlich zum Teil ablehnen.

Ein distinguiertes Mitglied der Versicherung hat keine Zeit oder Lust, zum Arzt in die Sprechstunde zu gehen bei einer Erkrankung, die ihm sehr wohl das Verlassen des Hauses ermöglicht, und läßt viele Wochen hindurch den Arzt zu sich kommen — die Kasse zahlt ja —, was zur Folge hat, daß die Versicherung mit ebensovielen Besuchen als sonst Sprechstunden belastet wird. Der Versicherte, der nur Sprechstunde ersetzt erhält, ist natürlich entrüstet und erklärt schon die Frage, ob er ausgehändig war, für eine Kränkung.

Oder: Eine Gallensteinleidende kann sich nicht zur Operation entschließen, ist aber unter den immer wiederkehrenden Anfällen zur Morphinstin geworden. Der Arzt muß monatelang Injektionen machen, sie zweimal im Tage besuchen, und die Rechnung, welche der Kasse für diese ärztliche Tätigkeit und die verbrauchten Pantopon- und Morphiumampullen präsentiert wird, ist exorbitant. Kann man solche Aufwendung der Versicherung viele Monate hindurch zumuten?

Oder: Der Versicherte war noch nie krank, er fühlt sich in letzter Zeit nicht wohl, er wendet sich unter Ueberspringung aller „*di minorum gentium*“ gleich an eine berühmte Autorität, wird ganz durchuntersucht und geröntgt. In der der Kasse eingereichten Rechnung sind fast alle nur möglichen Nummern der Adgo aufgeführt, die Rechnung beträgt annähernd 100 Mark. Die Diagnose fehlt, muß nachgeholt werden. Sie ergibt, daß dem Versicherten eigentlich nicht viel fehlt, und daß er beruhigt nach Hause gehen kann.

Wo beginnt hier und wo endet hier die tarifmäßige Leistungspflicht der Versicherung? Das sind nun allerdings recht eindrucksvolle von sehr vielen Beispielen — sie könnten beliebig vermehrt werden —, welche zeigen, welche Zumutungen an die Kassen gestellt werden, und wie schwierig die Lage der Kasse ihren Mitgliedern gegenüber werden kann. Und damit kommen wir auf die Reibflächen auf ärztlicher Seite zu sprechen.

In den Richtlinien der ärztlichen Organisation heißt es: Der Behandelte gilt als Privatpatient; für die Rechnungstellung ist es gleichgültig, ob er einer Kasse angehört oder nicht; einzig und allein der wirtschaftlichen Lage soll Rechnung getragen werden. Diese Richtlinien sind so ausgezeichnet, daß, wenn sie von allen Aerzten befolgt würden, es zu beanstandende Rechnungen kaum geben würde. In Wirklichkeit ist aber vieles ganz anders. Fast alle Patienten, die zu uns kommen, gehören irgendeiner MV.-Kasse an, entweder sagen sie es einem gleich oder bei der Rechnungstellung wegen der Spezifikation der Rechnung, oder man fragt gleich von vornherein — eben wegen der Form der späteren Rechnungstellung — nach einer Zugehörigkeit zu irgendeiner Kasse.

Ob er es will oder nicht, die Stellung des Arztes zum Kranken wird unvermerkt für viele Aerzte eine andere, ich möchte sagen unfreie.

Nur so kann man sich erklären, daß bei der Versicherung Rechnungen einlaufen, welche in gar keinem Verhältnis stehen zur wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit. Nur so ist es zu erklären, nämlich durch den Gedanken „die Kasse zahlt ja“, daß bei einem einfachen Unterschenkelbruch ohne Komplikation drei Monate hindurch erst fast täglich Besuche und dann irgendwelche interne Verrichtung, Massage, Elektrisieren, medikomechanische Uebungen verrechnet werden, so daß der Bruch der Versicherung auf fast 500 Mark kommen soll. Der Behandelte würde sich, wenn er selbst zahlen müßte, für eine solche Rechnung bedanken.

Nur so ist es denkbar, daß drei Monate hindurch täglich ein Besuch oder Verband gemacht werden muß — mit Ausnahme jeden Sonntags, vor dem offenbar die Gefährlichkeit der Krankheit mit Regelmäßigkeit hält.

Nur so ist es denkbar, daß sich manche Aerzte bei Versicherten, die nicht gesund sind, wenn sie nicht krank sind, und die von einem Arzt zum anderen mit ihren vorzugsweise nervösen oder klimakterischen Beschwerden wandern, an Stelle einer beruhigenden und aufklärenden Behandlung, von einer modernen aktiven Behandlungsmethode zur anderen greifen und dadurch das Krankheitsgefühl erst recht fixieren. In dem Moment, wo man weiß, man ist versichert, spielen die

Kosten ja keine Rolle mehr. Auch hier könnten Beispiele aus den Akten der von mir beratenen MV.-Krankenkassen in großer Zahl beigebracht werden.

Solche Fälle fallen bei den Verwaltungsorganen natürlich auf, und wenn diese auch auf wissenschaftliche Kenntnisse keine Ansprüche machen können, in den wirtschaftlichen Fragen bekommen sie soviel Uebung und Erfahrungen, daß sie hinsichtlich der Arbeitsweise zwischen Aerzten und Aerzten zu unterscheiden vermögen, und sie können das um so leichter, als die auffallenden Namen der Patienten und Aerzte immer wiederkehren.

Es will ihnen z. B. nicht recht in den Sinn gehen, daß, wenn ein Familienmitglied erkrankt ist, gleichzeitig an dem betreffenden Besuchstag wochenlang auch andere Familienmitglieder regelmäßig behandlungsbedürftig sind.

Oder daß bei einer chronischen Kniegelenksaffektion viele Wochen der Patient bestellt wird einen Tag für Heißluft und Massage, den anderen Tag nur zu einer Beratung.

Oder daß wochenlang neben dem täglichen Besuch eine telephonische Abendberatung eingetragen und verrechnet wird. Oder daß in einem chronischen Fall das klinische Bild so wechselt und die Reichweite ärztlicher Verordnung so kurz ist, daß wochenlang täglich Besuche notwendig sind mit Ausnahme von Sonn- und Feiertagen.

Es wäre aber falsch, hier immer nur auf den Arzt als auf den schuldigen Teil zu blicken. Hinter dem Arzt taucht immer wieder die Person des Versicherten auf, der in der Sorge um eigene Genesung oder der eines Familienmitgliedes der eigentlich treibende Teil ist zu recht ausgiebiger Bearztung — die Kasse zahlt ja alles! Wenn dann diese den wirtschaftlichen Maßstab an die verrechneten Leistungen anlegt, dann ist freilich es gewöhnlich der Arzt, der den Schaden zu tragen hat. Davor könnte sich in manchen Fällen der Arzt bewahren oder sich wenigstens den Rücken decken für später durch ein zur Zurückhaltung mahnendes Wort an den Kranken und seine Umgebung.

Peinlich ist es allerdings für unseren Stand, wenn die Versicherung bei besonders auffallend hohen Rechnungen, z. B. eines auch sonst vielbeschäftigten Kassenslöwen, von dem man gar nicht weiß, wie er mit seinen Kassenleistungen fertig werden will, Nachforschungen beim Erkrankten anstellt über die Notwendigkeit so vieler täglichen Besuche, wozu die Versicherung sich auf Grund sehr unangenehmer Erfahrungen durchaus für berechtigt hält, und dann die Rückäußerung kommt: „Ja, ich weiß auch nicht, warum der Doktor so oft hat kommen müssen; er wird's schon wissen. — Aber er ist ja auch nie lange geblieben und gleich wieder gegangen.“ — In der Rechnung figurieren aber 6,25 Mark für jeden der sehr vielen Besuche. Ausgerechnet bei einem Angestellten der niederen Gehaltsklasse. — Solche Feststellungen bilden einen Teil des recht umfangreichen Materials, über das die Versicherung verfügt.

Laut Abmachung mit der ärztlichen Organisation kann die Versicherung sich unter Benützung eines vorgedruckten Formulars an den zur Zeit oder früher handelnden Arzt fragestellend wenden.

Auch hier macht sich eine Reibungsfläche geltend. Steht der Arzt dem Kranken ganz unabhängig gegenüber, auch dann sind solche Fragen über Ursache und Art der Erkrankungen und ihre Beziehungen zu früheren Erkrankungen sehr oft ohnehin schwer zu beantworten, schiebt sich aber der Gedanke hinein: Was hat das für Folgen für den zu Begutachtenden? geht bei einem ungünstigen, klar und bündig gehaltenen Bescheid an die Kasse nicht auch die Möglichkeit verloren, zu seinem sauer verdienten Geld zu gelangen, geht nicht

Zur Kassenverordnung zugelassen:

Leukoplast

das beste Kautschuk-Heftpflaster

P. BEIERSDORF & Co. A.-G., HAMBURG

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.

Empfehlenswerte Privat-Badeanstalten

Sie bieten den Herren Aerzten auf Grund ihrer fachmännischen Leitung die sicherste Gewähr für gewissenhafte Ausführung aller Bäder und Befolgung der ärztlichen Vorschriften

Hans Sachsbad

Hans Sachsstrasse 14
Linie 2 u. 7, Haltestelle Holz- u. Fraunhoferstraße
Fernruf Nr. 29441

Germaniabad

Arnulfstrasse 26
gegenüber dem Starnberger Bahnhof
Fernruf Nr. 56717

Türkenbad

Türkenstrasse 70
bei der Schule
Fernruf Nr. 23097

Reinigungsbäder, Bäder mit mediz. Zusätzen wie Sole, Fichtennadel, Heublumen, Moorlauge, Sauerstoff, Kohlensäure, Schwefel, Jodlauge etc.
Abreibebäder / Elektr. Lichtbäder / Wechselstrombäder / Dampfkastenbäder / Künstl. Höhensonne / Massage
Hühneraugen-Operateur im Hause.

Bäder-Abgabe an die Mitglieder sämtlicher Krankenkassen.

Geöffnet von morgens 8^{1/2} bis abends 7 Uhr durchgehend.

Staatlich exam. Schwester

mit 5jähriger Operations- und Pflegepraxis in großstädt. Krankenhaus, gute Kenntnisse in Stenographie und Maschinenschriften, zur Zeit ungekündigt,

sucht Stelle in Süddeutschland am liebsten als chirurgische Pflegerin mit Operationsassist. Gefl. Offert. mit näheren Angaben erbitte an Herrn Apoth. Pfannenstiel, Memmingen (Bay.)

Schloss Hornegg a. N.

(Württemberg)

Klinisch geleitetes Sanatorium zur Behandlung von Inneren und Nervenkrankheiten.
Leitender Arzt: Geh. Hofrat Dr. Roemheld.
Bleibt den ganzen Winter über offen.

Leber-Kochbuch

Anleitung und Kochrezepte zur praktischen Durchführung der Leberdiät bei Blutkrankheiten

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

Preis kart. Mk. 2.—

Verlag der Ärztlichen Rundschau OTTO GMELIN
München 2 NO 3

Tutzling 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. Höhensonne, Solbäder, Fichtennadelbäder, Liegekuren, Aerzliche Aufsicht. Geprüfte Kinderpflegerinnen. Herrliche Lage in Nähe von Wald und See.

Das ganze Jahr geöffnet. — Auskunft erteilt der Verein

Bad Oeynhausen

Bahnhofstrasse 19

Prof. Dr. Frenkel-Heiden

Übungstherapie
(Tab. Ataxie, Lähmungen, Parkinson)

Mal bis Oktober

auch für die Zukunft der Patient selbst verloren? Dann wird dem Arzte eine Selbstverleugnung zugemutet, und eine Versuchung tritt an ihn heran, wie sie meines Wissens in keinem Berufsstande an den Menschen herantritt.

Ist es da überraschend, wenn der Arzt alle die für seinen Betreuten günstigen Momente hervorhebt, und wenn es leider manchmal vorkommt, daß die Gutachten so gewunden gehalten sind, daß man wenig mit ihnen anfangen kann.

Es ist nun einmal ein Gebot für die Aerzte, mitzuwirken, daß die Versicherung leistungsfähig bleibt, und deshalb ist dieselbe denjenigen Kollegen besonders zu Dank verbunden, welche, nicht nach links noch nach rechts sehend, auf ihre klare gutachtliche Äußerung hin eine klare und gerechte Entscheidung ermöglichen.

Und damit gelange ich nach so vielen negativen Posten wieder auf ein erfreuliches Gebiet: daß nämlich diejenigen Aerzte, welche trotz der im allgemeinen für den ärztlichen Stand schwierigen Lage vorbildlich arbeiten, auch hier die weit überwiegenden sind, und daß, gerade an ihrer Arbeit den Maßstab anlegend, die Verwaltungen sehr wohl in der Lage sind, die Arbeitsweise derjenigen Kollegen zu beurteilen, wo das Erwerbsmoment das sachliche Arbeiten zu überwiegen scheint.

Zum Schlusse möchte ich eine Bemerkung nicht unterdrücken, die für die Herren Kollegen nicht ohne Interesse sein wird. Der Ansturm von Instituten Galls-pachischer Art in den verschiedensten und ähnlichen industriellen Schattierungen hat auch bei der von mir beratenen MV-Krankenversicherung eingesetzt, und ich freue mich, mitteilen zu können, daß bei dem gesunden Sinn des Verwaltungskörpers es nicht schwer geworden ist, die maßgebenden Persönlichkeiten auf Grund einer ausführlichen Darlegung der Verhältnisse davon zu überzeugen, daß es für die Anstalt ein gefährliches Beginnen wäre, wenn sie hier auch nur entfernt die Hand dazu reichen würde, daß ihre Versicherten die Kasse in Anspruch nehmen für ein Verfahren, das zur Zeit Mode ist, dessen wirkliche Methode und Wirkung nicht erforscht ist und damit nicht feststeht, und von dessen Wirkung und Erfolgen jedenfalls noch nicht bekannt ist, ob diese in einem tragbaren Verhältnis stehen zu den damit verbundenen Kosten. Die neuerlich in Aussicht gestellten 600 000 Volt werden's auch nicht schaffen und alle Kranken von allen Krankheiten heilen. Die Versicherung ist gesonnen, auch in dieser Richtung den Aerzten die Treue zu halten. Ich glaube, daß dies mit ein Grund ist, daß wir Aerzte auf unserer Seite alles tun sollen, was mit einer gesunden Entwicklung der MV. in Einklang steht.

Revisionsärzte, ein Ausweg in der Frage der Krankengeldanweisung?

Von Dr. Riedel, Nürnberg.

Im Brennpunkt der Erörterungen über die Reform der RVO. steht auch die Frage der Krankengeldanweisung. Herr Lehmann fordert in dieser Beziehung die Anstellung von Vertragsärzten, die bei der Feststellung der Diagnose und bei der Gestaltung des Heilplanes mitzuwirken haben. Diese Forderung zeigt, daß Herr Lehmann bar jedes Verständnisses für die kassenärztliche Tätigkeit ist, und verrät so wenig Bemühen, sich in die Aufgaben des Kassenarztes einzufühlen, daß sich jedes weitere Wort der Entgegnung erübrigt. Weit beachtlicher, weil rein objektiv, ist in dieser Beziehung ein Artikel des Verwaltungsdirektors Adler (Nürnberg) in der Festnummer der „Deutschen Krankenkasse“ zum Nürnberger Krankenkassentag. Er schlägt die Bildung einer örtlichen Arbeitsgemeinschaft zwischen Kran-

kenkasse und kassenärztlichem Verein vor, die u. a. Grundsätze über die Bestätigung der Arbeitsunfähigkeit bei Krankheit und während der Dauer derselben aufstellen soll. Ziel dieser Regelung müßte sein, den durchschnittlichen Krankenstand der Jahre 1927/28 zu halten und ihn allmählich um etwa 0,5 Proz. zu verringern. Zu diesem Zweck soll die Krankengeldanweisung nicht mehr vom behandelnden Arzt, sondern durch sogenannten Revisionsärzte erfolgen, die gemeinschaftlich zwischen kassenärztlichem Verein und Kasse aufgestellt werden. Bei anerkannt schweren Fällen (Frakturen, Pneumonien, schwere Verletzungen usw.) soll die Bestätigung der Arbeitsunfähigkeit auf eine gewisse Dauer dem behandelnden Arzt überlassen bleiben, dagegen ist bei leichteren Krankheiten sofort bei Krankmeldung die Erfassung durch die Kontrollinstanzen notwendig. Der behandelnde Arzt vermerkt kurz auf einem Formblatt Art und Schwere der Krankheit, ob Arbeitsunfähigkeit vorliegt und ob Ausgang gestattet ist. Diese Formblätter werden täglich in Freiumschatz an die zu vereinbarende Stelle geschickt. Diese veranlaßt bei bettlägerigen Kranken den Besuch eines Revisionsarztes in der Wohnung des Kranken. Je nach dem erhobenen Befund des Revisionsarztes wird entschieden werden, ob und wann nochmaliger Besuch in der Wohnung in Frage kommt oder ob der Kranke zur vertrauensärztlichen Untersuchung auf die Kasse kommen kann. Herr Adler hat als Unterlage für seine Reformvorschläge sich statistische Unterlagen verschafft, die sich auf die Nürnberger Verhältnisse beziehen. Sie sind in ihren Einzelheiten bekannt und meines Erachtens einwandfrei. Danach wären in Nürnberg neben den 3 hauptamtlichen Vertrauensärzten noch 6 Revisionsärzte nötig. Für diese 6 Aerzte würden neben den Unkosten für Beförderung noch 60 000 RM. Entschädigung anfallen.

Soweit die Vorschläge des Herrn Adler.

Diese Vorschläge haben etwas Bestechendes an sich. Man findet wohl keinen Widerspruch, wenn man behauptet, daß die Anweisung auf Krankengeld den Kassenärzten noch nie eine reine Freude bereitet hat und daß große Teile der Aerzteschaft froh wären, von dieser leidigen Aufgabe befreit zu sein. Ich wage, selbst auf die Gefahr hin als Ketzer verschrien zu werden, zu behaupten, daß nach meiner Ueberzeugung die Anweisung von Krankengeld nicht das mindeste mit der ärztlichen Behandlung zu tun hat. Die Begutachtung der Arbeitsunfähigkeit ist und bleibt untrennbar mit der ärztlichen Behandlung verbunden, die Anweisung von Krankengeld kann ebensogut durch den Revisionsarzt erfolgen. Der Verlauf wäre etwa folgendermaßen: Der Kassenarzt wird zum Kranken gerufen, stellt die Diagnose und begutachtet die Arbeitsunfähigkeit. Auf Grund dieser Begutachtung ist es Sache des Revisionsarztes, nach einem Besuch beim Kranken Krankengeld zu bestätigen oder abzulehnen. Im Falle der Ablehnung müßte auf Verlangen des behandelnden Arztes eine Kommission, die sich aus einem Vertrauensarzt und einem Beauftragten des kassenärztlichen Vereins zusammensetzt, die letzte Entscheidung fällen. Wenn in der „Sozialen Zukunft“, Heft 2, Seite 13, geschrieben wird: „Die standesbewußte deutsche Aerzteschaft will sich nicht dazu hergeben, zu bloßen Handlangern dieser Kontrollärzte degradiert zu werden. Sie wollen nicht, daß ihre Tätigkeit darauf beschränkt wird, den von den Kassen angestellten Kontrollärzten die Kranken vorzustellen und um die Erlaubnis zu bitten, sie krankzuschreiben zu dürfen. Das wäre in der Tat etwa die Rolle eines Sanitätsunteroffiziers, die hier vom Hauptverband deutscher Krankenkassen der deutschen Aerzteschaft zugemutet wird“, so wird nicht jeder dieser Anschauung beipflichten. Wenn der betreffende Arzt die Anweisung von Krankengeld beantragt, so ist das nicht



Der Wunsch des
Arztes-
ein
Eigenheim!

Wir bauten im Westen Münchens in bester Wohnlage

106 Einfamilienhäuser

36 wurden verkauft, noch ehe sie schlüsselfertig waren

Die Häuser haben 3 bis 5 Zimmer / geräumige Wohnküche /
Kammer, Speicher und Untergeschoß / Erker / Balkon und allen
Komfort: Warmwasserheizung und -Versorgung / Kachelbad /
1-2 Toiletten / elektrisches Licht / Gas

Jedes Haus hat einen Garten Blick auf Alpen u. Frauenkirche
Trambahnlinien 29 und 19 / Haltestelle Bahn München-Pasing

Sehr günstige Kaufbedingungen!

Ferner stehen **gut geschnittene Grundstücke
und Pläne erster Architekten**

für denjenigen zur Verfügung, der sich im zukunftsreichen Westen Münchens sein Haus
nach eigenen Wünschen bauen will.

Fordern Sie noch heute Prospekt Ba. — Besser und in Ihrem Interesse ist es,
wenn Sie uns besuchen. Anmeldung jederzeit: 61221. Sie fahren mit der Tram-
bahn 29 bis vor unsere Tür. Wir beraten Sie gern; Kraftwagen zur Besichtigung
der Häuser zur Verfügung. Es soll Sie nichts kosten und zu nichts verpflichten.



Villensiedlung Neu-Friedenheim
Terraingesellschaft Neu-Westend A.-G., München

Fürstenriederstraße 26. Ruf 61221

Geschäftsstunden 8-5, Samstag bis 1 Uhr

Erwerb von Grund und Boden — die beste Kapitalanlage!

einer Bitte um Erlaubnis krankschreiben zu dürfen gleichzustellen. Lehnt der Revisionsarzt die Anweisung von Krankengeld ab, so hat der behandelnde Arzt das Recht, an die Kommission zu berufen, und er darf erwarten, daß diese Stelle, der auch ein Mitglied des kassenärztlichen Vereins angehört, seiner Ansicht die nötige Beachtung schenkt.

So würden die Kassenärzte von einer undankbaren Aufgabe befreit und die Revisionsärzte könnten zeigen, wie man es anstellen muß, um den Erwartungen der Kranken und den Forderungen der Kasse in gleicher Weise gerecht zu werden. So schön diese theoretische Betrachtung des Herrn Adler sich anieht, so groß sind meines Erachtens die Schwierigkeiten, die sich der praktischen Durchführung in den Weg stellen. Vorauszuschicken ist, daß eine Durchführung des Vorschlages des Herrn Adler nur in größeren Städten möglich ist. Hier müßte der Versuch der Brauchbarkeit gemacht werden und auch dann, wenn er sich als möglich erweisen sollte, scheint es mir mehr als fraglich, ob er sich auch auf die völlig anders gelagerten Verhältnisse auf dem Lande anwenden läßt.

Herr Adler errechnet für die Nürnberger Verhältnisse, daß 6 gantztägig beschäftigte Revisionsärzte nötig wären, die täglich 35 Besuche zu machen hätten. „Täglich 35 Besuche! Mehr als die von der Kasse vielgeschmähten Kassenlöwen jemals machen“, höre ich die Kollegen sagen. Doch stünden den Revisionsärzten dazu 8 Stunden im Tag zur Verfügung; es wären also durchschnittlich 4—5 Besuche in der Stunde zu erledigen. Da bei 6 Revisionsärzten die Stadt in Bezirke eingeteilt würde und zudem Autos zur Verfügung stünden, könnte man zur Not daran denken, daß 28—30 Besuche von einem Arzt zu bewältigen sind, zumal in einzelnen Fällen die Frage der Arbeitsunfähigkeit auch ohne langwierige Untersuchung entschieden werden kann.

Die Ansicht des Herrn Adler, daß der kassenärztliche Verein für diese Tätigkeit die Kosten von 60000 M. und mehr zu tragen hätte, kann man wohl mit einem Lächeln übergehen. Herr Adler würde wohl in diesem Punkte mit sich reden lassen, um so mehr, wenn man weiß, daß er sich aus der Durchführung seines Vorschlages eine jährliche Ersparnis von etwa 800000 M. für die Kasse errechnet.

Die schwierigste Frage aber scheint die zu sein: woher die 6 Aerzte nehmen? Ich glaube keinen Widerspruch zu finden, wenn ich sage: Zum Vertrauensarzt sind gerade die besten Aerzte gut genug. Wir müssen von ihnen neben einem gediegenen medizinischen Wissen und kassentechnischer Erfahrung auch ausgeprägtes kollegiales Taktgefühl fordern. Verlangen wir diese Eigenschaften schon von den Vertrauensärzten, so müssen wir sie, besonders die letzte, erst recht von den Revisionsärzten fordern; denn es ist zweierlei Ding, ob man die Kranken im Amtsraum der Kasse untersucht oder ob man in die Wohnung des Kranken eindringt.

So müssen die jungen nicht zugelassenen Aerzte ausscheiden, denn ihnen fehlt die kassentechnische Erfahrung. Kollegen, die sich in ausgedehnter kassenärztlicher Tätigkeit diese Erfahrung angeeignet haben, werden aber sich wohl kaum entschließen können, sich als Revisionsarzt zu betätigen und ihre gute Praxis aufzugeben, besonders, wenn man daran denkt, daß es sich ja nur um einen Versuch handeln soll, den man beim Fehlschlagen nach einem Jahr wieder aufgeben will. Selbst wenn man den Aerzten zusichern würde, daß sie dann sofort wieder in eine Kassenarztstelle einrücken könnten, würde ihre Klientel sich verlaufen haben und sie müßten ihre Praxis wieder neu aufbauen, was nicht so einfach ist, besonders wenn man bedenkt, daß durch die Betätigung als „Büttel“ der Krankenkassen man

sich im allgemeinen nicht die Zuneigung der Versicherten erwirbt. Alle Kollegen aber, die die Voraussetzung zur Tätigkeit als Revisionsärzte erfüllen und mit Rücksicht auf die kleiner gewordene Praxis sich auch dazu bereit finden würden, werden den immerhin erheblichen physischen Anforderungen dieser Tätigkeit nicht gewachsen sein. Dazu kommt noch, daß die Tätigkeit als Revisionsarzt nicht nach jedermanns Geschmack ist, bedeutet sie doch einen Verzicht auf die schönste Seite des Arztberufes, die Behandlung des Kranken und die Freude am Erfolg im Kampfe mit der Krankheit.

So ist zu fürchten, daß der Vorschlag des Herrn Adler zur Undurchführbarkeit verurteilt sein wird, so verlockend er sich auch anieht. Diese Feststellung machen zu müssen ist um so bedauerlicher, als Herr Adler durchaus geneigt wäre, bei Annahme seines Vorschlages der Zulassung der jungen Aerzte über die Normalzahl hinaus zuzustimmen, soweit sie länger als ein halbes Jahr auf Zulassung warten. Es ist eben hier, wie so oft: „Leicht beieinander wohnen die Gedanken, doch hart im Raume stoßen sich die Sachen.“

„Ist ein tuberkulöser Infektionszustand, mit dessen Dauer für nicht absehbare Zeit zu rechnen ist, auch wenn eine Erkrankung im medizinischen Sinne noch nicht vorliegt, ein Gebrechen im Sinne der §§ 1259, 1291 der Reichsversicherungsordnung?“

Diese Frage wird in einer Entscheidung des RVA. vom 1. Dezember 1928 bejaht, und zwar in erster Linie unter der Begründung, daß eine tuberkulöse Infektion einen von der Regel abweichenden körperlichen Zustand zur Folge habe, und dem stehe nicht entgegen, daß die durch die tuberkulöse Infektion verursachte Aenderung noch nicht zu einem in sich abgeschlossenen regelwidrigen Zustand des Körpers geführt habe (!).

Mit Recht und unter sehr beachtenswerten Gründen nimmt in der „Deutschen Invalidenversicherung“ I, Nr. 9, Sept. 1929, ein Artikel gegen diese vom medizinischen Stand- und namentlich Erfahrungspunkte als allgemeingültige Auffassung eine ablehnde Stellung ein.

Zunächst weist er darauf hin, daß der Zustand eines tuberkulösen Infektes bei einem ca. 15jährigen Kinde (der Voraussetzung für Gewährung der sogen. „Gebrechenszulage“) nach allen Erfahrungen nicht die Ausnahme sondern eher die Regel sei (75 Proz. aller Kinder in diesem Lebensalter sind als tuberkulös infiziert zu betrachten), ferner, daß die Gefahr einer Tuberkuloseerkrankung gegenüber der Zahl der Tuberkuloseinfizierten eine ganz verschwindende ist, und daß demnach die vom Gesetze verlangte Voraussetzung eines von der Regel abweichenden Zustandes nicht gegeben ist.

Ferner weist er darauf hin, daß durch den erwähnten Zustand die Leistungsfähigkeit des Körpers nach übereinstimmendem Urteil der Tuberkuloseforscher nicht beeinträchtigt wird; sie wird es erst durch die etwa eintretende tuberkulöse Erkrankung. Damit fällt eine weitere Voraussetzung für die Anwendung der erwähnten Paragraphen, denn der Zustand der tuberkulösen Infektion beeinträchtigt die Leistungsfähigkeit nicht. Zusammenfassend kommt der erwähnte Artikel zu folgenden Schlüssen: 1. der bloße tuberkulöse Infektionszustand stellt kein Gebrechen im Rechtssinne dar; 2. der bloße tuberkulöse Infektionszustand allein nimmt dem davon Betroffenen keineswegs die Fähigkeit, sich selbst zu erhalten.

Man wird als Arzt diesen Ausführungen vollinhaltlich zustimmen müssen, wird sich aber über derartige, den Tatsachen widersprechende Entscheidungen einer hohen Behörde nicht sehr wundern, wenn man sich

an die Auslegung des Begriffes der „Gebrechlichkeit im Sinne der RVO.“ erinnert, wie ich sie in diesem Blatte seinerzeit kritisch gewürdigt habe.

Sanitätsrat Dr. Wetzler, München.

Aerzte im englischen Parlament.

Das englische Unterhaus zählt seit den letzten Wahlen 18 Aerzte, darunter 1 Aerztin, zu seinen Mitgliedern. Die ärztlichen Parlamentsmitglieder sind ohne Rücksicht auf ihre Parteizugehörigkeit in einem parlamentarischen Aerzteausschuß zusammengeschlossen, der allgemeinen hygienischen Interessen dient. Im Oberhaus sitzen zwei Lords, die Aerzte sind. Keine Partei in England würde darauf verzichten, ärztliche Sachverständige auf sicheren Plätzen kandidieren zu lassen. Es wäre hoch an der Zeit, daß auch bei uns die Erkenntnis von der Bedeutung der ärztlichen Vertretungen in den Parlamenten endlich zum Durchbruch gelangt.

Kontingentierung an den ungarischen Hochschulen.

Das ungarische Unterrichtsministerium hat sich veranlaßt gesehen, die Zahl der Hörer an den ungarischen Hochschulen auf Grund gesetzlicher Bestimmungen zu kontingentieren. Auf die medizinischen Fakultäten in Budapest, Debrecin, Szegedin und Fünfkirchen entfallen nach dem festgesetzten Schlüssel insgesamt 340 Hörer, und zwar auf die erstere 160, auf die übrigen je 60 Hörer.

(Mitteil. d. Wiener Aerztekammer 1929, 9/10.)

Personalnachrichten.

Obermedizinalrat Direktor Dr. Prinzing zum Geleite.

Laut amtlicher Bekanntmachung tritt der Direktor der Heil- und Pflegeanstalten bei Kaufbeuren, Herr Obermedizinalrat Dr. med. Alfred Prinzing, mit Wirkung vom 1. Oktober 1929 wegen erreichter Altersgrenze in den dauernden Ruhestand. In einer selten langen Amtsperiode von 25 Jahren hat Direktor Dr. Prinzing in vielseitiger und verantwortungsvollster Tätigkeit sowohl auf medizinischem wie auf verwaltungstechnischem und wirtschaftlichem Gebiete als Arzt und Organisator außerordentlich segensreich gewirkt und Mustergültiges geschaffen. Die Anstalt, die lange Jahre die einzige im Kreis Schwaben war und auch heute noch über 1000 Kranke durchschnittlich förtlaufend zu betreuen hat, wurde unter seiner Leitung bedeutend erweitert, sanitär auf das vollkommenste ausgestattet und wirtschaftlich zu einem Betrieb entwickelt, der seinen diesbezüglichen Bedarf selbständig und aus eigener Kraft zu decken vermag. Trotz seiner ausgesprochenen Beamtenstellung war und blieb er von ganzem Herzen Arzt und Kollege, stand mit seinem Stande und der praktizierenden Aerzteschaft stets in lebendigster Fühlung und beteiligte sich trotz der Fülle seiner engeren Berufsaufgaben auf das regste an der Mitarbeit in der ärztlichen Landesvertretung. So war er einer der ersten, der dem neugegründeten Leipziger Verbandsverband beitrug, und bekleidete außerdem seit Jahren verschiedene Ehrenämter im Bezirksvereine. Darüber hinaus fand er noch Zeit, auf verschiedenen Gebieten der öffentlichen Wohlfahrt wertvollste Arbeit zu leisten. So kann Direktor Dr. Prinzing bei seinem Abgange auf ein reiches Feld von Erfolgen zurückblicken, die weit über seinen engeren Wirkungskreis hinausreichen. Das Staatsmini-

ÄRZTLICHE RUNDSCHAU

Heft 19

Sonderheft: Ernährungstherapie

Inhalt: Oberarzt Dr. Koch, Frankfurt a. M.: Ueber Kochsalzfreie Ernährung. — Professor Dr. Chr. Kroetz, Berlin: Saure und alkalische Kost. — Professor F. Rahe, Hamburg: Vitamine und Diät. — Dr. August Heisler, Königsfeld: Zeitgemässe Betrachtungen über Apfel-, Sauerkraut- und Buttermilchkuren. — Professor Dr. A. Eckstein, Düsseldorf: Die Bedeutung der Vitamine für die Ernährung des Kindes. — Zeitschriftenübersicht. — Bücherschau. — Tagesneuigkeiten.

DIE TUBERKULOSE

Heft 10

Inhalt: Oskar Felsenfeld, Prag: Beiträge zur Kenntnis der Alterstuberkulose. — Dr. med. Lina Scheele, Lungenheilstätte Cottbus bei Kolkwitz: Das Guttadiaphot bei Lungentuberkulose. — Dr. med. A. Staubwasser, Lungenheilstätte Ueberruh bei Isny: Beobachtungen über Verlangsamung der Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit bei weiblichen Lungentuberkulösen. — Hans Kraske, Friedenweiler: Vergleichende Untersuchung verschiedener Tuberkulose-Diagnostik-Methoden unter besonderer Berücksichtigung der Blutbildveränderungen nach subkutaner Tuberkulinabgabe. — Chefarzt Dr. Franke, Versorgungs Krankenhaus Schleswig: Die neueren Forschungen über Entstehung und Verlauf der Lungentuberkulose und ihre Anwendung auf die D.B.-Frage. — Referate.

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

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

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

vom an.

Name: Adresse:

sterium des Innern hat dem Scheidenden, dem sämtliche in seiner Stellung erreichbaren Auszeichnungen bereits verliehen waren, mit Entschließung vom 2. September die Anerkennung für seine vorzügliche Dienstleistung ausgesprochen, der Kreisauschuß für Schwaben ihm in einem offiziellen Schreiben seinen besonderen Dank für jahrzehntelange, unermüdete und vorbildliche Pflichterfüllung zum Ausdruck gebracht, die ärztliche Standesvertretung hat für ihn besondere Ehrungen vorgesehen. Mit Obermedizinalrat Dr. Prinzing scheidet ein hervorragender Arzt und Organisator, ein Beamter von bester alter Schule, ein Kollege von vornehmster Gesinnung und seltener Verbindlichkeit des Wesens. Ihn begleiten die besten Wünsche seiner Vorgesetzten wie seiner zahlreichen Untergebenen, der Aerzteschaft von ganz Schwaben wie der gesamten Bevölkerung seines engeren und weiteren Wirkungskreises nach seiner neuen Heimat München.

Der Aertzliche Bezirksverein Ostalgäu.

I. A.: Dr. Wille.

Tuberkulosebehandlung auf dem Wochenmarkt.

Der Wochenmarkt dient bekanntlich unseren Hausfrauen zum Einkauf preiswerter Lebensmittel. Daß aber auf dem Wochenmarkt auch Heilmittel gegen die Tuberkulose feilgeboten werden, ist eine Errungenschaft, der seit wenigen Tagen die Reichshauptstadt teilhaftig geworden ist. Unter dem Schutze der Kurierfreiheit und spekulierend auf die Leichtgläubigkeit vieler Frauen wird von einem geschäftstüchtigen Manne unter Berufung auf die jetzt aller Welt bekannten Lehren von Gerson und Sauerbruch eine Zwiebel zum Kaufe geboten, deren genau nach Vorschrift hergestellter Saft alle ärztliche Hilfe bei der Bekämpfung der Tuberkulose überflüssig machen und die Krankheit zur Heilung bringen soll. Dummheit auf der einen Seite und gefährliches medizinisches Halbwissen auf der anderen Seite feiern im Bunde mit der in Deutschland immer noch bestehenden Kurierfreiheit hier ihre Orgien. Es wäre zu wünschen, daß allen denjenigen, die die Zwiebel als Heilmittel gegen Tuberkulose, aber auch gegen Gicht, gegen die Beschwerden der Wechseljahre usw. kaufen, die Augen nicht nur übergehen, sondern sogar geöffnet werden.

Amtliche Nachrichten.

Dienstesnachrichten.

Vom 1. November 1929 an wird der Assistenzarzt am Städt. Krankenhaus Nürnberg, Dr. Hans Stockmeyer, zum Bezirksarzt für den Verwaltungsbezirk Sulzbach in etatmäßiger Eigenschaft ernannt.

Vereinsmitteilungen.

Sterbekasse des Aerztl. Kreisverbandes Oberbayern-Land.

50. Sterbefall.

Herr S.-R. Dr. Mayr, Murnau, ist gestorben. Das Sterbegeld wurde umgehend angewiesen. Ich bitte die Herren Kassiere der Vereine in Oberbayern-Land, 5 M. pro Kopf ihrer Mitglieder einzusenden an die Adresse: Gemeindeparkasse Gauting, Postscheckkonto: München 21827, unter der Mitteilung: Auf Konto Sterbekasse, xmal 5 M. für 50. Sterbefall. Dr. Graf, Gauting.

Mitteilung des Aertzlichen Bezirksvereins Nürnberg.

In Erlangen findet in der Zeit vom 28. Oktober bis 2. November ein Aertzlicher Fortbildungskursus statt. Der Fortbildungskursus ist unentgeltlich, nur ist wäh-

rend des Kursus eine Einschreibgebühr von 10 Mark zu bezahlen. Das Programm liegt auf der Geschäftsstelle auf.

Mitteilungen des Münchener Aerztereins für freie Arztwahl.

1. Die Betriebskrankenkasse der Firma Rudolf Wolle, Leipzig C 1, ist ab 1. Oktober 1929 für ihre in München und Umgebung beschäftigten Mitglieder der Bezirksgruppe München-Oberbayern des Verbandes der bayerischen Betriebskrankenkassen beigetreten und tritt infolgedessen auch in den mit dem Betriebskrankenkassenverband abgeschlossenen Vertrag ein (Mindestsätze der Preugo). Außerdem ist für die Betriebskrankenkasse Rudolf Wolle auch der Privatheilstaltsvertrag in Geltung.

2. Die kaufmännischen Ersatzkassen haben festgestellt, daß in etwa 40—45 Proz. aller im 2. Vierteljahr 1929 behandelten Fälle die Kontrollabschnitte den Krankenlisten (Rechnungen) nicht beigelegt waren, obwohl bei der dadurch bedingten mühsamen und zeitraubenden Kontrolle festgestellt wurde, daß diese Kontrollabschnitte dem Arzte beigebracht waren. Diese Kontrollabschnitte müssen laut § 11 des Vertrages den Rechnungen beiliegen, widrigenfalls die Rechnungen nicht als ordnungsgemäß erstellt betrachtet werden.

Die Herren Kollegen werden dringend ersucht, die noch in ihrem Besitz befindlichen Kontrollabschnitte für das 3. Vierteljahr 1929 möglichst umgehend an die Geschäftsstelle einzusenden und für das laufende 4. Vierteljahr auf die Beibringung der Behandlungsscheine streng zu achten. Rechnungen für das 4. Vierteljahr 1929, welchen die Kontrollabschnitte nicht beigelegt sind, müssen den Herren Kollegen wieder zurückgeleitet werden, da die Bezahlung des angeforderten Honorars nur gegen die vertraglich bestimmte Beigabe des Kontrollabschnittes erfolgen wird.

Zyklus ärztlicher Fortbildungsvorträge 1929, veranstaltet von der Aertzlichen Fortbildungsvereinigung Erlangen-Nürnberg-Fürth.

1. Sonntag, den 20. Oktober: Prof. Dr. Kretschmer, Direktor der Psychiatrischen und Nervenlinik Marburg, über Psychotherapie.
2. Sonntag, den 27. Oktober: Geh. Hofrat Prof. Dr. Seitz, Direktor der Universitäts-Frauenklinik Frankfurt a. M., über innere Sekretion und Frauenkrankheiten.
3. Sonntag, den 10. November: Prof. Dr. Götze, Direktor der Chirurgischen Universitätsklinik Erlangen, über neuere Ergebnisse der konservativen und operativen Knochenbruchbehandlung.
4. Sonntag, den 17. November: Geheimrat Prof. Dr. v. Romberg, Direktor der I. Medizin. Universitätsklinik München, über Migräne.
5. Sonntag, den 1. Dezember: Prof. Dr. Kirch, Direktor des Pathol. Instituts Erlangen, über das retikuloendotheliale System und seine Bedeutung.
6. Sonntag, den 15. Dezember: Geheimrat Prof. Dr. v. Pfaundler, Direktor der Univ.-Kinderklinik München, über Vorbeugung und Behandlung der Englischen Krankheit.

Die Vorträge finden jeweils abends 5 Uhr im Luitpoldhaus in Nürnberg statt und sind unentgeltlich. Die Herren Kollegen werden dringend gebeten, recht pünktlich zu den Vorträgen zu erscheinen, damit die unliebsamen Störungen des Herrn Vortragenden und der Zuhörer durch die zu spät kommenden Kollegen tunlichst vermieden werden. Dr. v. Rad.

Diagnose der beginnenden Knochen- u. Gelenktuberkulose

Von

DR. P. PITZEN

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

Mit Geleitwort von Geh. Rat Prof. Dr. 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.

Das mit einem Vorwort von F. Lange versehene Buch wird jedem Arzt willkommen sein; denn der Allgemeinpraktiker wie der Spezialist werden oft genug in die Lage kommen, eine beginnende Knochen- oder Gelenktuberkulose festzustellen und gegenüber anderen Erkrankungen abgrenzen zu müssen. Jeder, der viele Knochentuberkulosen zu untersuchen hat, weiß aus eigener Erfahrung, wie schwierig die Differentialdiagnose mitunter gerade im Anfangsstadium ist. Hier setzt das Buch von Pitzen ein. Es ist allgemein verständlich im besten Sinne des Wortes, der Text, namentlich im speziellen Teil, knapp gehalten, ohne überflüssiges Beiwerk. Die Wiedergabe der Röntgenbilder ist vorzüglich. Alles in allem: Das Buch erfüllt seinen Zweck in hervorragender Weise und kann mit gutem Gewissen aufs wärmste empfohlen werden.

Zentralorgan f. d. ges. Chirurgie und ihre Grenzgebiete, Berlin.

... Das für den praktischen Arzt bestimmte Buch gründet sich auf eine sorgfältige Verwertung der Literatur und auf ausgiebige eigene Erfahrungen. ... Den Schluß bilden 100 vorzüglich ausgewählte und wiedergegebene Röntgenbilder mit erläuterndem Text. Hier treten die Schwierigkeiten frühzeitiger richtiger Diagnosenstellung geradezu plastisch hervor. Und gerade diese Schwierig-

keiten müssen dem praktischen Arzt das wertvolle Buch in die Hand drücken.

Deutsche Medizinische Wochenschrift.

Bei der Tuberkulose der Knochen und Gelenke hängt das Schicksal der Patienten, die Erhaltung der Funktion und oft die Erhaltung des Lebens von der frühzeitigen Erkennung des Leidens ab. Nicht aber dem Facharzt, sondern dem Praktiker werden die Erkrankungen fast stets zuerst zugeführt; auf ihm lastet daher schwere Verantwortung. Nur wer die Symptome der beginnenden tuberkulösen Erkrankung kennt und wer die spezielle Untersuchungstechnik beherrscht, ist solcher Verantwortung gewachsen. Diese Kenntnis den Aerzten zu vermitteln, ist Zweck des ausgezeichneten Buches. Nach einem allgemeinen Teil, der das Wesen der tuberkulösen Erkrankung und ihre Erkennungsmöglichkeiten behandelt, werden die Erkrankungen der einzelnen Knochen und Gelenke in ihrer Symptomatologie mit Einschluß der speziellen Untersuchungstechnik eingehend besprochen, wobei auf die Herausarbeitung der Frühsymptome besonderes Gewicht gelegt wird. Dem wichtigsten Kapitel der Differentialdiagnostik wird ein breiter Raum gewährt, und eine Fülle hervorragender Röntgenogramme ist dieser Besprechung beigegeben. Das Buch kann dem Praktiker, der es ernst mit seiner Aufgabe meint, auf das wärmste empfohlen werden.

Prof. Dr. Axhausen im Aerztlichen Vereinsblatt, Berlin.

... In allen Abschnitten kommen Röntgendiagnostik und Differentialdiagnose ausführlich zu ihrem Recht. Auch in den als Anhang beigelegten mehr als 100 sehr gut reproduzierten Röntgenbildern werden die differentialdiagnostisch wichtigen Krankheitsbilder nicht vermißt. Schon die Gegenüberstellung derartiger, dem Nichtfacharzt nicht immer geläufigen krankhaften Erscheinungsformen machen das Buch zu einem wichtigen Ratgeber für den Praktiker, dem weiteste Verbreitung zu wünschen ist.

Mitteldeutsches Aerzteblatt.

Bücherschau.

Leitfaden der Medizinisch-klinischen Propädeutik. Von Professor Dr. F. Kulbs, Köln. 4. erweiterte Auflage mit 93 Abbildungen. Verlag von Julius Springer, Berlin 1929. 175 S. Preis M. 6.60.

Das in neuer Auflage vorliegende Buch ist als Leitfaden gedacht, der die Aufgabe hat, den Studierenden mit klaren und einfachen Begriffen in die vielgestaltige Welt der Klinik und der klinischen Untersuchungsmethoden einzuführen. Vor allem ist all das, was man mit den Sinnen wahrnehmen kann, hier besonders berücksichtigt, und durch zahlreiche schematisch gehaltene Abbildungen dem Verständnis nähergebracht. Die anderen Untersuchungsmethoden treten an Ausführlichkeit zurück, aber das Notwendige insbesondere über die neueren Methoden: Elektrokardiogramm, fraktionierte Magenuntersuchung, Duodenaluntersuchung, Anhaltspunkte für lokale Diagnose bei Gehirnläsionen, Segmentdiagnose und anderes ist in dem Buche vertreten. Nicht nur dem Anfänger kann das Büchlein empfohlen werden; es ent-

hält so viele Daten, welche einem am Krankenbett gegenwärtig sein müssen und sonst nur in der Literatur zerstreut zusammengesucht werden können, dass es auch dem Praktiker ein ausgezeichnetes Behelf sein wird für die Auffrischung des Gedächtnisses und für schnelle Orientierung. Neger, München.

Was muß jeder von der Einkommensteuer wissen? Von Albert Alliman, Bücherrevisor und Steuersachverständiger. GfO. Verlag Eichler & Co., Leipzig C 1, Zeitzer Straße 5. (Postscheckkonto Leipzig 3669.) DIN-Format A 5. 132 Seiten. RM. 2.80.

Es gibt zwar ziemlich viel Bücher, die sich mit Steuerangelegenheiten befassen, es fehlte aber bisher immer noch ein praktischer, allgemeinverständlicher Ratgeber für den Laien. Der Verf. des neuen Buches, der Steuersachverständige Alliman, hat das Verdienst, die vorhandene Lücke vortrefflich ausgefüllt zu haben, indem er ein Werk geschaffen hat, das für jeden Gewerbetreibenden, Landwirt, Angehörigen der freien Berufe, sowie für jeden anderen Steuerpflichtigen von großem Nutzen ist. Das Erscheinen dieses Buches ist deshalb sehr zu begrüßen.

Dieses für das ganze Deutsche Reich gültige Buch ist in 26 Abschnitte eingeteilt und gibt in klarer und allgemeinverständlicher Form zuverlässige und erschöpfende Auskunft über alle bestehenden Fragen. Besonders wertvoll sind die Hinweise auf steuerfreie Einkünfte, abzugsfähige Ausgaben, Steuerermäßigung, Steuererlaß, Steuererstattung usw. Als Wegweiser bei der Abgabe von Steuererklärungen und bei der Nachprüfung der Steuerbescheide ist das Buch unentbehrlich, denn es enthält mehrere sehr gute und mit praktischen Beispielen ausgestattete Anhaltspunkte zur Erzielung von Steuererleichterungen.

Dieser praktische Ratgeber des erfahrenen Fachmannes befreit jeden Steuerpflichtigen von seinen Steuer Sorgen und kann als eine wahre Steuersparkasse dringend und bestens empfohlen werden; der äußerst geringe Anschaffungspreis macht sich durch den Nutzen, den das Buch jedem bringt, vielfach bezahlt.

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

Für die Inserate: Adolf Dohn, München.

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 Reconvalensenz.

Bei den meisten Krankenkassen zugelassen.

Muster u. Literatur bereitwilligst.

K.P. Mk. 1,65

NOVOPIN-FABRIK Bln.S.O.16



DEUTSCHE PRIVATHEILANSTALTEN FÜR LUNGENKRANKE IM SCHWARZWALD

Ebersteinburg Sanatorium für Damen
Arztliche Leiter: DDr. A. u. K. Albert
bei Baden-Baden.

Krähenbad Sanatorium für Damen
Arztlicher Leiter: Dr. Würz.
bei Freudenstadt, Schwarzwald.

Schömberg Neue Heilanstalt
Arztlicher Leiter: Dr. G. Schröder
bei Wildbad, württ. Schwarzwald.

Ausführlichen Prospekt durch die leitenden Ärzte.

Allgemeines.

Die Sandow'schen Kohlensäurebäder bieten seit 45 Jahren bei Herz- und Stoffwechselliden, bei chronischem Muskel- und Gelenkrheumatismus, bei Schwäche- und Erschöpfungszuständen einen wertvollen Ersatz für die natürlichen CO₂-Quellen, wenn solche aus äußeren Gründen nicht erreichbar sind. Vor allem kommt es bei der Wirkung auf möglichst große Mengen der allerdings feinerartigen Kohlensäure und möglichst lange Dauer der Entwicklung an (bei Sandow-Packung werden etwa 200 Liter CO₂ pro Bad und eine Dauer von 20-30 Minuten erzielt). Auch ist durch die Art der Packung eine Lokalwirkung auf einzelne Körpergegenden von Rücken-Unterleib ermöglicht nach Art einer Gasdusche. Endlich wird durch die alkalische Reaktion des Bades die Verseifung des Körperfettes erleichtert, und damit werden für die Kohlensäure günstigere Angriffspunkte geschaffen. Trotz all dieser für die Wirkung wesentlichen Vorzüge stellt sich das Vollbad nur auf RM. 2.25.

Auch die bei Gefäßerkrankungen (Arteriosklerose), Nierenleiden u. a. beliebten Sauerstoffbäder werden von der Firma dargestellt. Es wird nicht chemisch inaktiver Sauerstoff ins Bad eingeleitet, sondern Sauerstoff in statu nascendi am Sauerstoffträger (Natriumperborat) und einem geeigneten Katalysator gewonnen. Von der Wahl des geeigneten Generationsmaterials hängt es auch ab, ob das Badewasser trüb oder, wie bei Sandow, klar und rein bleibt. Die erfrischende wie beruhigende, beklemmungsbehebende, ja sogar schlafmachende Wirkung der Sauerstoffbäder ist bekannt, offenbar ist dabei die Einatmung der entstehenden Sauerstoffe von besonderer Wirkung. („Praxis“, Schweizerische Rundschau für Medizin Nr. 18, XVIII. Jahrg., Bern, 30. April 1929.)

Beschwerden

über un pünktliche Zustellung der »Bayerischen Aerztezeitung« sind stets bei dem zuständigen Postamt oder beim Briefträger anzubringen.

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 Aerzterverbandes (Geschäftsstelle Nürnberg, Luitpoldhaus, Gewerbemuseumsplatz 4, Telephon 23045, Postscheck-Konto Nürnberg Nr. 15376, Bankkonto Bayerische Staatsbank Nürnberg Offenes Depot 32926).

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

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

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. 42.

München, 19. Oktober 1929.

XXXII. Jahrgang.

Inhalt: Oberfränkische Aerztetagung in Kulmbach. — Mitteilung der Bayerischen Landesärztekammer. — Die private Krankenversicherung und ihre Beziehungen zum Arzt. — Verein zur Unterstützung invalider Aerzte. — Vaterlandsrede beim 11. Bayerischen Aerztetag. — Zur Aenderung der Reichsversicherungsordnung. — Mehr Aerzte in die Parlamente. — Apim. — Honorarabzug bei »Vielgeschäftigkeit«. — Vereinsmitteilungen: Münchener Aerzterverein für freie Arztwahl. — Stauderstiftung. — Forschungs-Institut für Herzkrankheiten. — Fachnormenausschuss Krankenhaus. — Bücherschau.

Prinz Dr. med. Ludwig Ferdinand von Bayern

feiert am 22. Oktober seinen 70. Geburtstag. Es wäre undankbar, wenn wir Aerzte seiner an diesem Tage nicht gedenken würden, hängt er doch mit heißer Liebe am Arztum und an seinem Stande, für den er durch seine Stellung viel tun konnte und auch getan hat. Er war eines der ersten Mitglieder des Leipziger Verbandes (Hartmannbundes) in Bayern und gehört seit seiner Approbation den ärztlichen Standesorganisationen freiwillig an. Wie sehr er diese schätzt, bewies er anlässlich des Deutschen Aerztetages in München i. J. 1914, wo er eine große Reihe von Kollegen zum Tee ins Schloß Nymphenburg einlud; den Teilnehmern bleibt diese Einladung im alten Steinsaal des Schlosses unvergeßlich. Während des Krieges war er Chefarzt des Fürsorgelazarettes für Kriegsinvalide; mit seiner Hilfe konnte das Lazarett viele Schwierigkeiten überwinden; seine große Güte machte ihn bei den Kriegsinvaliden außerordentlich beliebt, denen er viel Freude bereitete. Sogar während der Rätezeit blieb er unerschrocken in München und betätigte sich als Arzt hilfreich jedermann gegenüber, was ihm damals von allen Seiten hoch anerkannt wurde. Noch heute ist er als Arzt im Schwabinger Krankenhaus tätig. Prinz Dr. Ludwig Ferdinand hatte stets ein gütiges Herz für jeden Hilfsbedürftigen, den Aerzten gegenüber war er immer ein lebenswürdiger, treuer Kollege. Mit Stolz dürfen wir ihn deshalb zu den Unsrigen zählen.

Wir wünschen dem edlen Menschenfreunde, dem lebenswürdigen Kollegen und dem hilfsbereiten Arzte noch viele Jahre ungetrübter Gesundheit und Schaffensfreude.

Verein Pfälzer Aerzte.

Der Verein Pfälzer Aerzte feierte am vergangenen Sonntag sein 90jähriges Bestehen. Ein seltenes Fest eines ärztlichen Vereins. Die Pfälzer Aerzte können stolz darauf sein, eine so alte Tradition und Geschichte zu haben. Der Verein hat ausgezeichnete Führer hervorgebracht, die weit über die Grenzen des engen Vaterlandes bekannt wurden. Von dort ging der Anstoß aus zur Gründung eines wirtschaftlichen Verbandes. Dem Pfälzer Charakter ist besonders eigen: Zähigkeit und Treue! Möge die Treue, die der Pfälzer seiner bayerischen Heimat stets erwiesen hat, auch der Pfälzer Arzt seiner bayerischen ärztlichen Organisation erweisen. Treue um Treue!

Wir beglückwünschen den Verein Pfälzer Aerzte zu seinem 90jährigen Bestehen auf das herzlichste!

Bayerische Landesärztekammer.

Einladungen zu Versammlungen.

Aerztlicher Bezirksverein München-Land.

Mittwoch, den 23. Oktober, abends 8 Uhr, im Hotel Deutscher Kaiser, München, Arnulfstraße 2. Tagesordnung: 1. Einlauf und Aufnahmen: Oberarzt Dr. Bürkle de la Camp (Solln), S.-R. Lacher (Großhadern), San.-Rat Theodor Zimmermann (Grünwald). 2. Referat Dr. Lubert über Bayerische Aerzterversorgung. 3. Bericht Dr. Oechsner über den Deutschen Aerztetag. 4. Bericht Dr. Heilmeyer über den Bayerischen Aerztetag.

Dr. Sendner.

Oberfränkische Aerztetagung in Kulmbach

(Sauermannsche Gaststätten, am Sonntag, 27. Oktober, mittags 12 Uhr c. t.)

Vortrag hat angemeldet Herr Facharzt Dr. Klausner (Koburg) über »Appendizitis«. Die Anmeldung zur Teilnahme am gemeinschaftlichen Essen an Herrn Facharzt Dr. Engel (Kulmbach) bis 24. Oktober wird nochmals in Erinnerung gebracht.

I. A.: Dr. Kröhl.

Aerztlich-wirtschaftlicher Verein Amberg.

Nächste Sitzung Samstag, den 26. Oktober, 16 Uhr, im Bahnhofhotel. Tagesordnung: Gemeinschaftlicher Vertreter von Vereinen wegen. Allgemeine Aussprache.

Nürnberger Medizinische Gesellschaft und Poliklinik e. V.

Wissenschaftliche Sitzung am Donnerstag, dem 24. Oktober, abends 8¼ Uhr, im Gesellschaftshaus. Tagesordnung: 1. Herr Goldenberg: Ueber eine neue Methode der Blutstillung bei suprapubischer Prostat-ektomie. 2. Herr Lang: Zur Symptomatologie der Pleuritis diaphragmatica. I. A.: Voigt.

Mitteilung der Bayerischen Landesärztekammer.

Die Versendung der Fragebögen an die Herren Kollegen ist nunmehr beendet.

Wir bitten alle diejenigen Aerzte, die selbständig Praxis ausüben und von uns einen Fragebogen nicht zugesandt erhielten, uns durch eine Postkarte zu verständigen, damit ihnen die Fragebögen zugestellt werden können.

Wir machen darauf aufmerksam, daß die Aerzte mit selbständiger Praxis verpflichtet sind, ihr Personal anzumelden, da sie sonst nach § 656 RVO. mit einer Geldstrafe belegt werden können.

Die private Krankenversicherung und ihre Beziehungen zum Arzt.

Von Dr. med. Zillessen, Dortmund.

Die Krankenversicherung ist zwar in ihrer heutigen Ausgestaltung und Ausdehnung eine Errungenschaft der Neuzeit, in ihren Anfängen reicht sie aber bis ins Mittelalter, in den ersten Spuren sogar bis ins Altertum zurück. Das Bestreben, sich in Nöten und Fährnissen des Lebens gegenseitig Hilfe und Unterstützung zu leisten, ist eine der Wurzeln der Zivilisation und nicht erst eine Erfindung des modernen Sozialismus. Sicher ist, daß die Römer genossenschaftliche Versicherungsverbände zum Schutze gegen gemeinschaftliche Gefahren kannten. In Deutschland reichen die Spuren des Versicherungswesens bis zu Karl dem Großen zurück. Im Mittelalter gab es bei den Gilden, Zünften und Dorfgemeinschaften Gegenseitigkeitsverbände als Versicherung gegen Feuer-, See-, Viehschäden u. dgl. und in den sogenannten Totenladen die Anfänge der Lebensversicherung. Auch gegen Krankheiten bestand bei den Zünften, Innungen, Gesellenverbänden eine Art Versicherung auf Gegenseitigkeit oder eine genossenschaftliche Krankenkasse, meist noch ohne feste Beiträge. Die Schadenfälle wurden von Fall zu Fall auf die Genossen verteilt. In der Neuzeit ging England in der Krankenversicherung voran, doch auch in Deutschland entwickelte sich das Versicherungswesen gegen Krankheit ziemlich frühzeitig in Form von privaten Vereinigungen auf Gegenseitigkeit, die sich meist auf bestimmte Berufsarten, in erster Linie Knappschaft, Gewerbe usw., beschränkten. Die Industrialisierung im 19. Jahrhundert brachte mit der Notwendigkeit, für die große Zahl der Lohnarbeiter zu sorgen, einen gewaltigen Aufschwung der Krankenversicherung, wobei wieder die Knappschafts- und Krankenkassen vorangingen. Daneben entstanden Gewerkschafts-, Hilfs- und Ersatzkrankenkassen und ungefähr gleichzeitig auch die Gemeinde- und Ortskrankenkassen, die, auf die Einheitlichkeit des Berufsstandes verzichtend, die Arbeitnehmer in ihrer Gesamtheit umfaßten. War im Anfang die Krankenversicherung ein privates Unternehmen, so konnte es bald doch nicht ausbleiben, daß sich der Staat der so wichtigen sozialen Frage annahm und sie durch Gesetzgebung regelte.

Dies geschah erstmalig im Jahre 1854, bis nach mancherlei Umänderungen das Reichskrankenversicherungsgesetz bzw. die Reichsversicherungsordnung (1903) die noch heute im allgemeinen geltenden Grundlagen für die Zwangskrankenkassenversicherung schuf. Damit hatten sich aus den Versicherungen unter Beiziehung Dritter, der Arbeitgeber, die zur Aufbringung der Gelder herangezogen wurden, die offiziellen Krankenkassen mit Versicherungszwang entwickelt.

In der Folge dieser Entwicklung mußten die Krankenkassen ihren reinen Versicherungscharakter verlieren. An dessen Stelle ist eine Fürsorge in Krankheitsfällen getreten in der Form der Naturalleistung statt geldlicher Entschädigung, deren hervorstechendstes Merkmal die wirtschaftliche Unterstützung der Kranken und meist auch ihrer Familien durch Auszahlung eines Krankengeldes ist. Diese Umstellung erklärt sich aus der Anpassung an die große Gruppe der Arbeitnehmer, die größtenteils aus der Hand in den Mund leben und weniger Versicherung als Fürsorge nötig haben, woraus sich eben mit Notwendigkeit die direkte Uebernahme der Behandlung und der wirtschaftlichen Erhaltung des Kranken während der Krankheitsdauer ergab. Demgemäß ist die soziale Krankenversicherung nur für die bestimmt und passend, „deren Zahlungsfähigkeit und Einsicht, sich selbst für Krankheitsfälle genügend Schutz zu sichern, nicht ausreicht“. Wenn aber auch die wirtschaftlich Mündigen zwangsversichert werden sollen, ein überspannter Sozialismus, die natürlichen Grenzen der Zwangsversicherung überschreitet, so ist das ein Eingriff in die persönliche Freiheit und Selbständigkeit des Mittelstandes, der schärfste Abwehr verdient.

Die Bevölkerungsgruppen, für welche die Krankenversicherung damals eine Notwendigkeit bedeutete, waren durch die Krankenkassen erfaßt und ihr zwangsmäßig zugeführt. Eine private Krankenversicherung kam daneben, da ein allgemeines Bedürfnis nicht vorlag, zu keiner wesentlichen Bedeutung. Einige Innungs-, Handwerker- usw. Kassen fristeten ein kümmerliches Dasein. Die Leistungen dieser Kasse beschränkten sich anfangs oft auf die Auszahlung einer Unterstützung (Krankengeld) bei Erwerbsunfähigkeit. Die Vergütung für ärztliche Behandlung fiel dann fort und war im übrigen nur gering und nebensächlich, während sie jetzt zur Hauptsache geworden ist. Von einer Mittelstandsversicherung war noch wenig zu merken.

Die Kriegs- und Nachkriegszeit änderte aber das Bild gründlich. Vermögen und Spargroschen sind vermindert, die Lebenshaltung verteuert, die Einnahmen vermindert. Heute können nur wenige Vertreter des Mittelstandes, auf Eigenmittel gestützt, ohne Sorgen und gewaltige wirtschaftliche Schädigung das Risiko langer Krankheiten auf sich nehmen. Damit wurde die private Krankenversicherung zu einer Notwendigkeit und entwickelte sich in unheimlicher Schnelligkeit zu Großunternehmungen, die in ihrer Gesamtheit zur Zeit rund 3 Millionen Mitglieder umfassen. Daß bei der überstürzten Entwicklung nach innen und außen in den ersten Jahren manches noch unfertig und unklar war, ist kein Wunder. Fehlten doch nahezu alle statistischen Unterlagen und Erfahrungen, als die private Krankenversicherung nach der Inflationszeit sozusagen aus dem Nichts entstand und das ganze Unternehmen ein Sprung ins Dunkle war. Das schmälert aber nicht die große soziale Bedeutung der Inangriffnahme einer privaten Krankenversicherung. Nach verhältnismäßig kurzer Zeit hatte sie die unvermeidbaren Kinderkrankheiten überwunden und steht jetzt auf genügend sicheren Füßen, da sie mittlerweile auch wissenschaftlich-mathematische Grundlagen gewonnen hat, die sie befähigen, sich den jeweiligen Bedürfnissen und Zeitumständen anzupassen.

Merkwürdigerweise herrscht nicht nur in den weitesten Kreisen der Versicherten eine erstaunliche Unkenntnis über Wesen, Zweck, Ziele und Formen der Versicherung, sondern auch die Aerzte, die es doch erheblich angeht, da ihnen die private Versicherung einerseits einen nicht unerheblichen Teil ihrer Einnahmen garantiert, andererseits sie ein Gegengewicht zur Zwangsversicherung bildet, die die Ärzteschaft nicht gerade auf Rosen gebettet hat, sind vielfach nicht im Bilde. Sie verkennen die besonderen Verhältnisse und werfen daher die freiwillige und die Zwangsversicherung in einen Topf. Das Fehlen eingehender Sachkenntnis geht unter anderem aus manchen Arbeiten über die private Versicherung, die in ärztlichen Zeitschriften erschienen sind, hervor.

Es erscheint mir daher nicht unangebracht, die Grundzüge der privaten Krankenversicherung kurz zusammenzustellen. Es soll nicht etwa die ganze Versicherungsfrage bis in alle Einzelheiten erschöpft, besonders nicht die technischen, geschäftlichen und organisatorischen Seiten besprochen werden, sondern nur das allgemein Wichtige hervorgehoben werden, um Ärzten und Laien ein Uebersichtsbild zu geben, das sie die private Krankenversicherung kennen und verstehen lehrt.

Zwischen der sozialen Zwangskrankenversicherung, deren Grundlagen in der RVO. festgelegt sind, und der freiwilligen privaten Krankenversicherung besteht ein wesentlicher und grundsätzlicher Unterschied.

Während dort die Kassen die abstrakte Leistung, d. h. die Kosten für Arzt, Apotheke usw. und als Krankengeld den Lebensunterhalt der Mitglieder während einer Arbeitsunfähigkeit veranlassenden Krankheit übernehmen, die Mitglieder also Objekt der Versicherung sind (die Naturalleistung ist Grundsatz, eine andersartige Leistung ist nur in Ausnahmefällen vorgesehen), liegt die Sache hier so, daß sich in den Versicherungsanstalten eine mehr oder weniger große Zahl von Mitgliedern freiwillig vereinigt zwecks gemeinsamer Tragung der durch Krankheiten entstandenen geldlichen Belastungen der einzelnen. An die Stelle der Naturalleistung tritt Ersatz der durch Krankheiten verursachten Vermögensschäden nach Maßgabe eines Versicherungsvertrages, oder, anders ausgedrückt: Die soziale Zwangsversicherung ist zu einer Fürsorgeeinrichtung geworden, die private Krankenversicherung dagegen hat ihren Charakter als Versicherung gewahrt. Das hat nun wesentliche Folgen. Hier ein freiwilliges, reines Vertragsverhältnis zwischen Versicherer und Versicherungsnehmer unter selbstverständlicher Ausschaltung jeder unnötigen Bevormundung als da sind Kassenärzte, ökonomische Verordnungsweise, Krankenkontrolle u. dgl., dort die zwangsmäßige Zugehörigkeit zu einem Unternehmen, das auf Grund eines Gesetzes mit Rechten ausgestattet ist, die zur Mitgliedschaft zwingen und die persönliche Freiheit stark einschränken. Die Kasse tritt als Unternehmer auf, wird Arbeitgeber der Aerzte, schließt Verträge ab und erläßt Vorschriften, denen sich Arzt und Patient zu fügen haben.

Es soll damit der Zwangsversicherung kein Vorwurf gemacht, sondern nur betont werden, daß sie einseitig auf die Arbeitnehmer eingestellt, für die anderen Berufsklassen, die man unter dem Namen „Mittelstand“ zusammenfaßt, weder passend noch zulänglich ist, und daß es ein Fehler ist, wenn z. B. selbständige Handwerker, Beamte u. dgl. Mitglieder von Krankenkassen werden, in denen sie doch nie eine Rolle spielen können, weil die Krankenkassen sich ihren Wünschen und Bedürfnissen gar nicht anpassen können, selbst wenn sie es wollten. Nebenbei gesagt sind die Krankenkassen im Verhältnis zu ihren Leistungen durchaus nicht billiger als die privaten Anstalten. Eine Mittelstandsversicherung

ist daher für die Kreise des Mittelstandes das einzig Richtige. Es darf bei der Gegenüberstellung beider Versicherungsarten nicht verschwiegen werden, daß allerdings eine Lücke besteht, deren Ausfüllung wünschenswert wäre. Auch im Mittelstande gibt es, besonders unter den Handwerkern und Gewerbetreibenden, kleine Leute, die in wirtschaftlicher Hinsicht den unselbständigen Arbeitern gleichstehen und die deshalb nicht auf eine nachträgliche Entschädigung warten können, sondern schon von Beginn der Krankheit an Fürsorge, Krankengeld und eventuell auch Familienunterstützung brauchen. Diese nun an die Zwangskrankenstellen zu verweisen, wäre gewiß nicht im Sinne der Selbständigkeit des Mittelstandes gehandelt. Es wäre vielmehr eine dankenswerte Aufgabe der privaten Mittelstandsversicherung, eine Zwischenstufe einzuführen, die den Charakter der privaten Versicherung wahrt, die Leistungen aber der sozialen Fürsorge anpaßt. Das Wie ist hier nicht zu erörtern.

Die Zwangskrankenstellenversicherung beschäftigt uns nicht weiter. Bevor wir jedoch auf die Einzelheiten der privaten Krankenversicherung näher eingehen, ist es nötig, sich über den Versicherungsbegriff klar zu werden.

Der Begriff „Versicherung“, gleich, welcher Art, ist juristisch bestimmt als ein „Vertrag, durch den der eine Teil gegen Entgelt eine Vermögensleistung für den Fall des Eintrittes einer ungewissen, wirtschaftlich nachteiligen Tatsache verspricht“. Sachlich, oder, was sich damit deckt, volkswirtschaftlich, ist die Versicherung „Verteilung der Schäden auf eine große Anzahl durch identische Gefahren bedrohter Personen“ und ihr Zweck der, „daß die Gefahr eines Vermögensverlustes oder die Ungewißheit, ob es möglich sein wird, bestimmte Kapitalien oder Einnahmen für die Zukunft zur Verfügung zu haben, den Versicherten durch den Versicherer abgenommen wird“. Die Versicherung erleichtert den Versicherten die Sorge für die Zukunft, indem sie zunächst die wirklich eingetretenen Verluste auf die Schultern vieler verteilt, wodurch der Verlustträger entlastet wird. Da aber eine relative Gleichmäßigkeit in der Wiederkehr einer durchschnittlichen Zahl von Geschehnissen in bestimmten Zeitabschnitten besteht, oder, allgemein ausgedrückt, sich schließlich alles ausgleicht, so gleichen sich auch die einzelnen Schadenfälle gegen die dauernden Prämienzahlungen aus, so daß jeder im Laufe der Zeit im ganzen und durchschnittlich, für das aufkommt, was er erhält. Durch eine Versicherung soll und kann kein nutzbringendes Geschäft getätigt werden (was leider viele versicherte nicht einsehen wollen). Es wird nur der einmalig untragbare Schaden in eine lange Reihe von kleinen, wenig merkbaren Einzelleistungen (Prämien) zerlegt und dadurch eine katastrophale Störung im Wirtschaftsleben des einzelnen vermieden. Und darin liegt ihre wirtschaftliche Bedeutung, die auch eines gewissen ethischen Einschlages nicht entbehrt: „Einer für alle, alle für einen.“

Der äußeren Form nach kann man je zwei Hauptgruppen privater Versicherungsanstalten unterscheiden. Nach ihrer Aufmachung gibt es Aktiengesellschaften und Gesellschaften auf Gegenseitigkeit. Der Unterschied in der Arbeitsweise ist jedoch nicht so groß, daß er irgend ins Gewicht fiele. Bezüglich ihrer Werbeausdehnung gibt es Anstalten, die den gesamten Mittelstand umfassen, und eine Gruppe, die sich auf bestimmte Berufskreise, z. B. Beamte, Handwerker usw., beschränken, sogenannte berufsständische Versicherungsanstalten. Neben den großen Gesellschaften bestefit noch eine erhebliche Anzahl von kleinen und kleinsten, meist berufsständischen Anstalten, die zum Teil Unterstützungskassen ohne Rechtsanspruch sind. Ihre Existenz

haben sie meist nur der sattsam bekannten deutschen Eigenbrötelei zu verdanken. Sie sind naturgemäß teuer und weniger sicher. Auf trügerischem Boden stehen vor allem die sogenannten Umlagekassen.

In letzter Zeit macht sich ein Streben nach Zusammenfassung und Vereinheitlichung geltend, das einerseits zu Verschmelzungen geführt hat, andererseits ein Suchen nach Normativbedingungen, die für alle Gesellschaften gelten könnten, veranlaßt hat.

Die berufsständische Krankenversicherung ist, wie bereits in der Einleitung gesagt wurde, die Urform, die auch heute noch gewisse Vorzüge hat. Der Mitgliederbestand setzt sich aus einheitlicheren Elementen zusammen, so daß sich eine bessere Anpassung erreichen läßt, als wenn die Mitgliedschaft aus den verschiedensten Ständen zusammengewürfelt ist. Eine nicht zu unterschätzende wirtschaftliche Bedeutung liegt auch darin, daß die angesammelten Gelder nur den Vorteilen der versicherten Berufsgruppen dienen, und das nicht nur in Form der Leistungen in Krankheitsfällen, sondern auch als Darlehen, Hypotheken u. dgl. Die Gelder bleiben also den Kreisen erhalten, die sie aufgebracht haben. Die Versicherungsanstalt ist gleichzeitig eine Kreditanstalt oder Bank für die betreffenden Berufsgruppen. An der Versicherung ist also der ganze Berufsstand interessiert. Das müßte eigentlich den Gedanken nahelegen, daß jedes Mitglied einer wirtschaftlichen Vereinigung auch verpflichtet sei, seiner berufsständischen Krankenversicherung anzugehören.

Auf die einzelnen Versicherungsanstalten, ihre Entwicklung, Ausgestaltung, Arbeitsweise, Versicherungsbedingungen einzugehen, ist hier nicht am Platze. Es sei nur kurz erwähnt, daß der Betrieb einer großen Krankenversicherung gar nicht so einfach ist. Er erfordert einen großen, komplizierten kaufmännischen und speziellen Apparat in mehreren Abteilungen, deren wichtigste die Leitung, die Werbung, die Buchführung, die Kassenverwaltung und schließlich die Schadenabteilung sind. Schon daraus ist zu ersehen, daß nur große Unternehmungen die unvermeidbaren Betriebskosten verhältnismäßig niedrig halten; die Leistungen steigern und die größte Sicherheit gewähren können.

Die Aufgabe der Mittelstandskrankenversicherungen besteht in der Entschädigung bei Krankheitsfällen und ist eindeutig bestimmt. Sie erfolgt nach Maßgabe ihrer Versicherungsbedingungen und Tarife, so verschieden auch ihre Arbeitsweise und Aufmachung im einzelnen sein mag.

Ueber ihre Notwendigkeit und wirtschaftliche Bedeutung kann kein Zweifel bestehen. Breite Schichten des Mittelstandes sind auf ein Existenzminimum angewiesen, das knapp für gesunde Tage reicht. Hier ist eine Krankenversicherung unentbehrlich. Aber auch der Bessergestellte wird davor bewahrt, daß ihm nicht doch eines schönen Tages Krankheitskosten über den Kopf wachsen. Neben der eigentlichen Krankenhilfe spielen die erheblichen Kapitalien, Reservefonds und laufenden Gelder eine nicht unbedeutende Rolle auf dem Geldmarkt und kommen manchem Nichtkranken in seinem wirtschaftlichen Dasein zu Hilfe. Schließlich ist noch zu erwähnen, daß die Versicherungsanstalten als Großbetriebe Tausenden von Beamten und Angestellten Lohn und Brot geben.

Die rechtliche Stellung der privaten Krankenversicherungen befriedigt dagegen noch in keiner Weise.

Während für die Zwangskrankenkassen die Reichsversicherungsordnung die nötigen Rechtsgrundlagen geschaffen hat, ist von der privaten Krankenversicherung im Gesetz eigentlich gar nicht die Rede. In dem von allen Dingen in Frage kommenden Versicherungsvertragsgesetz finden sich nur sehr wenig sinngemäße Richtlinien für die Krankenversicherung. Daraus folgt

eine bedenkliche Rechtsunsicherheit, wie schon der merkwürdig verschiedene Ausfall von Gerichtsentscheidungen beweist. Man merkt einer Reihe von Urteilen nur zu deutlich an, daß der erkennende Richter der privaten Mittelstandsversicherung fremd gegenübersteht und daher zu einer Auslegung von Versicherungsbedingungen gekommen ist, die von deren gewollter und jedem Fachmanne klarer Bedeutung abwegig ist. Das ist ein unhaltbarer Zustand. Die Krankenversicherung weicht in so vieler Beziehung von den anderen Versicherungsarten ab, daß sie sich nicht ohne weiteres in den Rahmen der vorhandenen Gesetze einbeziehen läßt. Schon darüber herrscht nicht völlige Klarheit, ob es sich um eine Personen- oder Sachversicherung handelt. Die Krankenversicherung ist freilich mit einer bestimmten Person verbunden. Sie entschädigt aber nach Art der Sachversicherung nach dem Eintritt des Versicherungsfalles den dadurch verursachten Vermögensschaden nach Maßgabe des Vertrages. Sie ist also als eine an die Person geknüpfte Sachversicherung anzusehen. Diese kennt aber das Gesetz nicht. Auch über andere Fragen, z. B. Kündigung, Anzeigepflicht, Doppelversicherung usw. kann man streiten. Nicht einmal der Krankheitsbegriff ist bindend festgelegt. Oft genug wirkt sich diese Rechtsunsicherheit bei Streitfällen aus, und es wird, und das nicht nur von Laien, die Reichsversicherungsordnung herangezogen, mit der die private Versicherung doch nicht das Geringste zu tun hat. Es wäre meines Erachtens an der Zeit, daß alle Versicherungsgesellschaften geschlossen eine auf die Krankenversicherung bezügliche Ergänzung des Gesetzes forderten.

Nach dieser Abschweifung können wir uns den einzelnen Formen der Arbeitsweise und den grundsätzlichen Versicherungsbedingungen zuwenden, wie sie bei allen Versicherungsgesellschaften Geltung haben.

Die Form ist meist die einer Gesellschaft auf Gegenseitigkeit, doch gibt es auch mehrere Aktien-Gesellschaften. Was etwa das Bessere ist, soll hier nicht geprüft werden. Die Gegenseitigkeit entspricht jedenfalls mehr dem ursprünglichen Versicherungsgedanken. Zweifellos können beide Formen den an sie gestellten Anforderungen gerecht werden.

Die Möglichkeit eines tragfähigen Betriebes ergibt sich nur unter der Voraussetzung einer Zuschußkasse. Das Ideal ist nicht erreichbar. Dieses wäre fraglos Vollentschädigung ohne jede Einschränkung. Das erfordert aber so hohe Beiträge, daß die Versicherungsbedürftigen sie nicht leisten können, und die Reichen haben sowieso keine Versicherung nötig. Es ergibt sich also durchaus die Notwendigkeit einer Leistungsbeschränkung.

Da könnte man zunächst daran denken, eine Jahreshöchstsumme festzusetzen, über die hinaus keine Leistungen gewährt werden, etwa ein bestimmtes Mehrfaches der Jahresprämie. Wozu würde dies aber führen? Man denke an die tausend Krankheitsmöglichkeiten, die Verschiedenheit in Schwere und Dauer, die persönlichen Ansprüche, die die einzelnen stellen, die großen Spannweiten in der Berechnung der ärztlichen Leistungen, an große Operationen u. dgl. Dann erscheint es einfach unmöglich, einen Durchschnittshöchstbetrag zu finden, der zu den Einnahmen und Ausgaben in irgendeinem brauchbaren Verhältnis steht. Wohl die meisten von schweren und langen Krankheiten heimgesuchten Mitglieder kämen mit dem Durchschnittsbetrag nicht aus und würden trotz der Versicherung in untragbarer Weise belastet. Man müßte also nur zu häufig aus sozialen Gründen den Höchstsatz überschreiten. Aber, wenn auch das Geld dazu da wäre, so wäre doch eine Prüfung jedes Einzelfalles nicht durchführbar, wenigstens nicht bei großen Gesellschaften. Man kommt also

nach diesem Verfahren in seiner reinen Form nicht durch. Man kann und muß wohl für die einzelnen Leistungen besonders für Operationen eine feste Höchstgrenze bestimmen. Eine Höchstgrenze für die Gesamtleistungen in einem Versicherungsjahr festzusetzen, ist dagegen praktisch unmöglich. Das gleiche gilt erst recht für die Festsetzung einer Höchstsumme für jeden einzelnen Krankheitsfall. Hier träten die Unstimmigkeiten noch mehr zutage.

Es bleibt noch, abgesehen von dem kaum zu erörternden Vorschlag einer Sparversicherung eine Form der Krankenversicherung, die vielleicht in Zukunft, wenn sich die wirtschaftlichen Verhältnisse des Mittelstandes gehoben haben sollten, Bedeutung gewinnen kann, heutzutage aber noch nicht spruchreif ist. Die Versicherung greift nur bei Großschäden ein und überläßt den Versicherten Bagatellschäden in Selbstversicherung. Da sich aber nicht einmal der Begriff „Bagatellschaden“ sicher bestimmen und noch weniger vertraglich festlegen läßt, beide auch nur eine verhältnismäßige Wertigkeit haben und die Uebergänge zwischen ihnen fließend sind, so daß in dem einen Falle Bagatellschaden sein könnte, was in dem anderen schon Großschaden ist, erscheint eine Trennung nicht möglich. Mit dieser Versicherungsart ist keine einseitige Krankenhaus- oder Operations-Versicherung gemeint, die alles andere beiseite läßt, ohne Rücksicht auf die entstandenen Kosten (sie ist auch schon versucht worden), sondern nur eine Versicherung, die sich auf die Schäden beschränkt, die auch den wirtschaftlich Bessergestellten verhängnisvoll werden könnten. Man könnte diese Art von Versicherung auch Katastrophenversicherung nennen.

Als durchführbar haben sich im wesentlichen zwei Systeme entwickelt: Das Prozentualsystem und das Maximalsystem. Beide haben ihre Vorzüge und Nachteile, doch hat die Praxis bereits nicht zugunsten des Prozentualsystems entschieden, so daß es in seiner reinen Form allenthalben aufgegeben wurde. Nach statistischer Berechnung ist es möglich, bei ungefähr bis 70proz. Durchschnittsentuschädigung den Belangen der Versicherten und der Lebensfähigkeit der Anstalt gerecht zu werden.

Das Prozentualsystem legt nun diese Prozentualität seinen Entschädigungen zugrunde. Sein Grundsatz ist, daß die Versicherten stets mit einem bestimmten Prozentsatz an dem Schadenfall beteiligt werden sollen.

Bei dem Maximalsystem erfolgt die Rückvergütung nach feststehenden Tarifsätzen, die sich nach der Höhe der Versicherung richten, nicht nach der Höhe der eingereichten Rechnungen. Die Anstalt zahlt die sich aus der Tarifberechnung ergebende Summe bis zu ihrer Höchstgrenze ohne Abzug, aber auch ohne Rücksicht darauf, ob damit Vollentschädigung erreicht wird oder ein mehr oder weniger großer Rest bleibt. Im Durchschnitt kommt man damit auch auf 70—80 Proz. Entschädigung. Um das bessere System herauszufinden, muß man daher beide nach anderen Gesichtspunkten vergleichen. Man kann gerade nicht behaupten, daß der Grundsatz, auch der Minderbemittelte muß den gleichen prozentualen Zuschuß leisten wie der Bessergestellte, besonders sozial wäre. Dem Aermeren muß die Möglichkeit gegeben sein, durch Sparsamkeit in der Wahl und Beanspruchung des Arztes und der Heilmittel möglichst Vollentschädigung zu erreichen, während dem anspruchsvolleren Wohlhabenden auch ein größerer Zuschuß aus eigener Tasche nichts schadet. Da es bei dem Prozentualsystem nicht gleichgültig ist, ob die Versicherung ihren Anteil an einer bescheidenen Forderung zahlt oder das Mitglied sich eine Luxusbehandlung geleistet hat, so ist eine Entschädigung von 70 Proz. der eingereichten Forderung, die immer noch vielfach angenommen wird, nicht möglich. Es haben

sich gegen Ueberbeanspruchung wesentliche Einschränkungsmaßnahmen nötig gemacht, wie die Bestimmungen: Erstattung der Arztkosten nur in dem üblichen Maße, Herabminderung, wenn die Rechnung unverhältnismäßig hoch ist, Zugrundelegung der Minimaltaxe u. a. Und schließlich sind alle Anstalten dazu gekommen, für ihre Sonderleistungen Höchstsätze festzusetzen, unter deren Grenze erst die Prozentualentschädigung gewährt wird. Damit hat sich das Prozentualsystem in ein unsicheres Mischsystem gewandelt, dem gegenüber das Maximalsystem mit seiner 100proz. Entschädigung innerhalb der Tarifgrenzen die reinste und mathematisch genaueste Versicherungsform ist. Daß durch die grundsätzliche Beteiligung des einzelnen an seinem Schadenfall das Interesse geweckt, für die Gesamtheit und die Mitglieder dadurch zur Sparsamkeit und Zurückhaltung in ihren Ansprüchen erzogen würden, ist eine theoretische Annahme, von deren Verwirklichung die Anstalten bisher wenig zu spüren bekamen. Es ist also viel einfacher, wenn die Tarifsätze die den Beiträgen entsprechende Angemessenheit der Rückvergütung ergeben, ohne auf irgendein prozentuales Verhältnis zu der eingereichten Forderung Rücksicht zu nehmen.

Die Mittelstandsversicherung ist ein geschäftliches Unternehmen und muß, wie jedes andere Geschäft auf sachlicher Grundlage aufgebaut sein. Die Mittel für Versicherungsbeihilfen müssen vom Mitgliede selbst aufgebracht werden. Beihilfen Dritter, wie bei den Krankenkassen die Beiträge der Arbeitgeber, gibt es nicht. Um lebensfähig zu bleiben, müssen daher die Versicherungsanstalten darauf achten, daß das Wagnis nicht den für ihre Leistungsfähigkeit errechneten Durchschnitt überschreitet. Das geschähe aber nicht nur durch eine allzu großzügige Schadenregulierung, sondern noch mehr durch die Aufnahme von vornherein ungünstiger Wagnisse. Die Ausscheidung gesundheitlich Minderwertiger ist daher eine Notwendigkeit in Wahrung der Belange der Gesamtmitgliedschaft, gegen die der Vorteil einzelner zurückstehen muß. Ebensowenig wie eine Feuerversicherung ein brennendes Haus in Deckung nimmt, eine Lebensversicherung ein minderwertiges Leben aufnimmt, ebensowenig kann die private Krankenversicherung alle ohne Auswahl annehmen. Das führte zu einer Ueberlastung, die man den übrigen Versicherten, die doch gleichzeitig Versicherer sind, nicht zumuten kann.

(Fortsetzung folgt.)

Verein zur Unterstützung invalider hilfsbedürftiger Aerzte und notleidender hinterbliebener Aerztfamilien.

Bericht, erstattet vom I. Vorsitzenden S.-R. Dr. Stark (Fürth) am Bayerischen Aerztetag in Regensburg.

Mit dem eigentlichen Jahresbericht 1928 glaube ich mich ziemlich kurz fassen zu dürfen, nachdem derselbe in Nr. 25 der „Bayer. Aerztezeitung“ vom 22. Juni l. J. bereits zum Abdruck und somit zu Ihrer Kenntnis gebracht worden ist.

Ich rekapituliere daher nur kurz, daß vom Hauptverein im Berichtsjahre im ganzen 77 Kollegen mit der Gesamtsumme von 81962.— M. unterstützt wurden, also 3 Kollegen weniger als im Vorjahre. Von den Unterstützten sind 12 durch Tod ausgeschieden, bei 7 besserten sich die Verhältnisse im Laufe des Jahres, so daß 58 Herren in das neue Geschäftsjahr herübergenommen werden mußten gegen 62 im Vorjahre. Die Gesamteinnahmen betragen 171917.72 M., darunter 130200.— M. von der Landesärztekammer, ein doppelter Staatszuschuß mit 6860.— M., Geschenke und Legate in Höhe von 9838.80 M. Die Ausgaben beliefen sich auf 150796.63 M., darunter die Unterstützungen mit 81962.— Mark und 51680.— M., die an die Witwenkasse über-

wiesen wurden. Die Abgleichung ergibt demnach einen Aktivrest von 21151.09 M. Das Vermögen der Hauptkasse ist in dem veröffentlichten Bericht in seinen einzelnen Positionen nachgewiesen; es beträgt in Goldpfandbriefen rund 40000.— M., nicht gerechnet diverse Anleiheablösungsschuldscheine usw. in Höhe von zirka 7000.— M.

Bei der Witwenkasse ist die Zahl der Unterstützten auf 369 gestiegen mit einer Unterstützungssumme von 82495.— M. Hier standen 24 Neuzugängen nur 8 Abgänge durch Tod gegenüber. Die Einnahmen der Witwenkasse betragen 108460.24 M., darunter neben der Ueberweisung der Hauptkasse mit 51680.— M. Geschenke in Höhe von 5119.04 M. und Weihnachtsgaben in Höhe von 16704.30 M. Die Gesamtausgaben betragen 82876.35 M.; außer der Unterstützungssumme noch 381.35 Mark an Postscheckgebühren, Portis und Spesen, so daß am 1. Januar 1929 sich ein Aktivbestand von 25583.89 M. ergab. Auch das Vermögen der Witwenkasse ist in dem veröffentlichten Bericht in seinen einzelnen Posten nachgewiesen: rund 13000.— M. in Goldpfandbriefen, dazu Anleiheablösungsschuldscheine usw. in Höhe von zirka 6000.— M.

Nun hat der Bayerische Aertzetag in Neustadt bekanntlich beschlossen, die bisherige Zusammenarbeit zwischen Landesärztekammer und Invalidenverein als Provisorium noch ein weiteres Jahr bestehen zu lassen. Gleichzeitig wurde der Vorstand der Landesärztekammer und des Invalidenvereins beauftragt, der heutigen Tagung brauchbare Satzungsbestimmungen vorzulegen, welche unter möglichster Wahrung der alten Verhältnisse den Invalidenverein als Wohlfahrtseinrichtung der Bayerischen Landesärztekammer erhalten.

Im Vollzuge dieses Auftrages haben wiederholte Besprechungen der Leitung des Vereins und der Vertreter der Landesärztekammer stattgefunden, bei denen auf Grund der alten Protokollbücher und der einschlägigen Allerhöchsten Verfügungen zunächst festgestellt wurde, daß der Invalidenverein nicht, wie wir bisher immer angenommen hatten, eine Körperschaft des öffentlichen Rechtes ist, sondern ein Verein des Privatrechtes, dem auf dem Wege der Kgl. Verfügung, für welche gesetzliche Bindungen nicht vorhanden waren, die Korporationsrechte verliehen worden sind. Demzufolge mußte auch, als sich in den Jahren 1905/06 die Notwendigkeit einer Satzungsänderung ergab, hierzu die Allerhöchste Genehmigung eingeholt werden, wobei dann allerdings unterm 26. März 1906 gleichzeitig ausgesprochen wurde, daß in Zukunft Satzungsänderungen, welche nicht den Zweck des Vereins betreffen, nur mehr der Genehmigung durch das Ministerium bedürfen.

Wir müssen also nach dem Vereinsrechte in unseren Satzungen eine freiwillige Zugehörigkeit unserer Mitglieder zum Verein, die Möglichkeit des freiwilligen Ein- und Austrittes vorsehen. Auf der anderen Seite wird die Landesärztekammer die ihr gesetzlich vorgeschriebene Aufgabe, Wohlfahrtseinrichtungen für die Aerzte zu unterhalten, selbst erfüllen müssen und kann die Erfüllung dieser Aufgabe nicht einfach einem Privatverein auf die Dauer überlassen. Die Landesärztekammer wird also von allen bayerischen Aerzten, die ja Zwangsmglieder der Landesärztekammer sind, Beiträge für Wohlfahrtszwecke erheben, und so wird wenig Aussicht bestehen, daß die bayerischen Aerzte in größerer Anzahl bereit sein werden, zu gleichem Zwecke auch noch einem Privatverein, dem Invalidenverein, freiwillige Beiträge zu zahlen. Der Verein würde also nur wenige Mitglieder zählen, er würde zu einem Scheingebilde herabsinken, seiner Vergangenheit unwürdig.

Unter diesen Umständen kamen Vorstand und Aufsichtsrat des Invalidenvereins in ihrer Sitzung vom 5. Juni 1929, in welcher auch zwei Vertreter der Lan-

desärztekammer anwesend waren, zu dem einstimmigen Urteil, daß es am zweckmäßigsten sei, wenn der Verein sich auflösen würde. Auf persönliche Erkundigung im Staatsministerium des Innern wurde mir unter Billigung unseres Vorhabens der Bescheid, daß eine satzungsgemäße Auflösung des Vereins durch den Beschluß einer außerordentlichen Generalversammlung recht wohl herbeigeführt werden könne, indem diese Generalversammlung wegen Wegfalles der Kammerdelegierten jetzt nur mehr aus den Mitgliedern des Vorstandes und des Aufsichtsrates bestünde. Als zweckmäßig wurde es dabei bezeichnet, wenn zu dieser Generalversammlung auch eine Vertretung der Landesärztekammer zugezogen würde. Diese außerordentliche Generalversammlung hat nun, satzungsgemäß einberufen, am 28. August in Nürnberg stattgefunden in Anwesenheit der Herren Geheimrat Dr. Stauder und Dr. Riedel als Vertreter der Bayerischen Landesärztekammer. Der Antrag des Vorstandes auf Auflösung des Vereins zur Unterstützung invalider hilfsbedürftiger Aerzte usw. mit Ablauf des Geschäftsjahres (also am 1. Januar 1930) und auf Ueberweisung des Vermögens sowohl der Hauptkasse wie der Witwenkasse an die Bayerische Landesärztekammer für Zwecke des ärztlichen Unterstützungswesens nach Art. 2 des Aerztgesetzes hat dabei einstimmige Annahme gefunden.

Unser Invalidenverein, wie er bekanntlich kurzweg heißt, der im Jahre 1866 von Nürnberger und Fürther Kollegen gegründet worden ist, wird also nach 63jähriger und — ich darf wohl sagen — äußerst segensreicher Tätigkeit mit dem 1. Januar 1930 seine Arbeit einstellen. Die Bayerische Landesärztekammer wird von diesem Zeitpunkte ab seine Aufgaben übernehmen — ein Antrag des Vorstandes der Landesärztekammer auf Einsetzung eines ständigen Ausschusses für das ärztliche Unterstützungswesen liegt ja bekanntlich bereits vor —; Gesuche von invaliden Aerzten oder von Arztwitwen um Unterstützung sind dann direkt an die Bayerische Landesärztekammer in Nürnberg zu richten.

Die Landesärztekammer selbst bitte ich nur noch um Abgabe einer Erklärung, daß sie bereit sei, das Vermögen des aufgelösten Invalidenvereins zu übernehmen, da eine solche Annahmeerklärung mit der Abschrift des Auflösungsbeschlusses dem Staatsministerium des Innern in Vorlage gebracht werden muß.

Vaterlandsrede beim Festessen anlässlich des 11. Bayerischen Aertzetages in Regensburg.

Von Geheimrat Dr. Stauder.

Es ist seit dem Passauer Aertzetag 1925 eine Gepflogenheit der Jahresversammlungen der bayerischen Aerzte geworden, jeweils am Schlusse des Aertzetages mit unseren Damen und unseren Ehrengästen gemeinsam bei einem Festmahle Stunden froher Geselligkeit zu verbringen. Es ist mir Ehre und Freude zugleich, auch in dieser Stunde die verehrten Ehrengäste und Vertretungen von Ministerien, Regierungen, des bischöflichen Hofes, der verehrten Feststadt Regensburg, ihres Stadtrates, ihrer Bürgerschaft und ihrer Behörden, die Abordnungen kollegialer Verbände, die Vertretungen der bayerischen Hochschulen und verwandter Berufe herzlichst zu begrüßen und der Hoffnung Ausdruck zu geben, daß die kurzen Stunden des Beisammenseins mit den Vertretern des ärztlichen Standes in Bayern Ihnen zu einer frohen und gern gepflegten Erinnerung in späteren Zeiten werden möchten. Seien Sie uns alle auch am heutigen Abend herzlich willkommen!

Auch bei unserem diesjährigen Festmahle regt sich das Bedürfnis, aus dem Kampfe des Tages heraus den Weg zu einem weiteren und umfassenderen Ausblick

zu gewinnen, die Flügel unserer Seele zu spannen zu einem Flug, der hinaufführt zu Gedanken, die uns allen gemeinsam sind. So wollen wir auch in dieser Stunde wie alljährlich uns vereinen in dem Bekenntnis unseres Deutschtums und der Liebe zu unserem Vaterlande.

Es tut not, daß in allen Landen und Orten, in denen die deutsche Sprache erklingt, diesseits und jenseits der Grenzen, die uns ein erzwungener Friede zog, Tag um Tag der Mahnruf ertönt: Ihr Brüder, Ihr Frauen, Jünglinge und Mädchen, vergeßt nie, daß Ihr Deutsche seid. Die Erde, die Euch trägt, ward von deutschen Händen durchhackert, sie birgt Eurer deutschen Eltern Grab. Einer deutschen Mutter Schoß hat Euch getragen zum Leben, deutsch ist die Sprache, die Ihr sprecht, so sei denn auch das Herz deutsch, das in Euch schlägt. Vergeßt dies nie!

Es gab eine Zeit, da wir heilige Symbole hatten, die unsere Gefühle lenkten, denen unser Herzschlag galt, die unsere Beziehungen zum Vaterland in einem Gedanken, in einem Bilde, in einer Persönlichkeit zum Ausdruck brachten. Es gab eine Zeit, da das schimmernde Kleinod, die Reichskrone, dieses Symbol war. Durch Jahrhunderte deutscher Geschichte glänzt dieses Sinnbild deutscher Kraft und Stärke. Aus Hader und Streit, Kampf und Uneinigkeit erhebt sich immer wieder unversehrt, geheimnisvoll mahnend und unjubilant dieses Symbol der Zusammengehörigkeit der deutschen Stämme. Seine Träger wandern den Weg ihrer meist sehr harten und schweren Pflicht. Mächtige Herrscher und Staatenlenker wechseln, wie dies für den denkenden Menschen selbstverständlich ist, mit weichen und schwachen Persönlichkeiten. Das Reich der Deutschen schreitet seinen mühsamen, kampfdurchtobten Weg hinauf auf strahlende Höhen, hinab in Trübsal und Erniedrigung. Niemand wagte durch Jahrhunderte hindurch dieses heilige Symbol der Reichskrone anzutasten.

Wir haben in schwerster Zeit, da in unserem Vaterlande und in unseren Herzen alles zusammenbrach, geglaubt, daß auch dieses Symbol der Einigkeit entbehrlich sein müsse; das Symbol der Reichskrone als einigendes Band der Deutschen ist verlorengegangen.

Aber gerade in einer Stunde, da wir einen Rückblick und Ausblick halten wollten nach dem, was uns eint und einen gemeinsamen Ausdruck darstellt unserer Gemeinschaft als Volk und Staat, gerade in einer Stadt, in der auf Schritt und Tritt die deutsche Geschichte zu uns spricht, sei daran erinnert, wie viele Jahrhunderte hindurch dieses Symbol die deutschen Herzen erfüllte und bezwang, wie dieser Gedanke als verehrungswürdig und über alle Meinung und Kritik erhaben als heilig galt. Es gab eine Zeit im deutschen Lande, wo die Krone des Reiches und die anderen Reichskleinodien zu jeder Kaiserwahl auf mühevoller Fahrt nach Frankfurt, der Krönungsstadt, gebracht wurden. Feierlich zogen die heiligen Symbole deutscher Zusammengehörigkeit durch die Lande; rechts und links des Weges, den der Reichskleinodienwagen kam, versammelte sich die Bevölkerung der Lande; von weit her zogen die Scharen heran, und kniend erwartete man den Festzug, der die Reichssymbole barg. Betend und auf die deutsche Erde gebeugt harrete die Bevölkerung der durchzogenen Landschaften der deutschen heiligen Symbole.

Nun, da wir das Sinnbild der Krone verloren haben, ist das deutsche Volk auf der Suche nach neuen Zeichen und Wunschbildern, die seine Seele fesseln, es zu gemeinsamem Fühlen zwingen, es im gemeinsamen Auftrieb zum Erfolg führen können. So kamen wir in den letzten Jahren zum Kampf um das Symbol der Fahne. Noch nie sahen wir so viele Fahnen mit den verschiedensten Farben und Zeichen in Auf-

märschen und Volkszügen wie zur Stunde. Der Kampf um die Gestaltung unserer Reichsfahne hat das Volk mehr als ein anderer veruneint und entzweit. Unter drei Fahnen ringen die politischen Gegensätze unserer armen Heimat.

Da heißt es nach neuen Symbolen Ausschau halten, welche die in der Seele unseres Volkes als Wunschbilder festhaftenden Hoffnungen und Gedanken zum Ausdruck bringen. Wie sehr solch ein Wünschen und Hoffen, Sinnen und Denken in unserer Seele lebt, daß endlich einmal wieder über allen Hader der Parteien hinaus ein Einigendes uns alle umschlingt, hebt, stärkt und zu Taten führt, das sehen wir schon allein daraus, daß wir mit so tiefem Empfinden und Stolz die Taten unserer deutschen Technik bewundern und lieben, einer Bremen als stolzesten Beweis unserer wachsenden Seegeltung, einem Zeppelin als Herrscher im Reiche der Lüfte, als Phönix nie erlahmenden Aufstiegs und zum Siege strebender deutscher Tatkraft zujubeln. Aber Werke aus Menschenhand können kein Symbol sein, sie können uns stolz machen, unser Gefühl erheben, aber nicht das Volk in seiner Gesamtheit zu neuer Einigung führen.

Nur noch ein Lied, ein Klang von Tönen, der in uns widerhallt und uns mitreißt, unser Vaterlandslied ist uns geblieben als solches Symbol unzerreißbaren Zusammengehörens. In ihm klingt und tönt die Sehnsucht eines Volkes in allen seinen Teilen, der Ruf nach Einigkeit, gleichen Rechten für alle und nach Freiheit ist es, der die Geister hebt und aus der Niederung persönlichen Wünschens zum Opferdienst für Volk und Heimat zwingt. Dieses Lied, das unser Vaterland preist, enthält diese Sehnsucht nach Einigkeit und Freiheit, die wir nicht besitzen, als Wunschbilder unserer sehnsüchtigen Herzen.

Hüten und pflegen wir daher dieses Symbol unserer Zusammengehörigkeit, suchen wir seinen Inhalt zu verwirklichen, unter seinen Klängen uns hineinzuleben in eine Volksgemeinschaft, die jeden hält, schützt und stärkt, der ihr dient und für sie opfert. Heilig sei uns die Stunde, in der dieses Lied erklingt, eisern der Entschluß unserer Seele, von den Worten des Liedes zur Erfüllung seiner Gedanken vorwärts zu schreiten. Deutschland sei die Parole, sein Lied sei uns Stärke und Kraft!

In diesem Sinne grüßen wir Deutschland und unsere engere Heimat Bayern mit ganzer Seele und rufen und singen:

Deutschland über alles,
Deutschland lebe hoch!

Zur Aenderung der Reichsversicherungsordnung.

Wir wollen aus dem Vortrag des Herrn Direktor Schröder (Perleberg), gehalten auf dem Verbandstag des Reichsverbandes der Deutschen Landkrankenkassen in Darmstadt am 15. Mai d. J., einige beachtenswerte Ausführungen bringen, die zeigen, daß die Landkrankenkassen nicht auf dem extremen Standpunkte des Herrn Lehmann und des Ortskrankenkassenverbandes stehen.

Die Schriftleitung.

Umfang der Krankenversicherung.

Ein Grund ist nicht gegeben, jetzt die Aufhebung aller Befreiungen von der Pflichtversicherung zu fordern, denn die bisherigen Gesetzesbestimmungen haben sich ausreichend bewährt. Ebenso scheint eine Erhöhung der Versicherungsgrenze nicht notwendig, und auch die Pflichtversicherung der Selbständigen ist als ungeklärt noch abzulehnen. Bei all diesen Forderungen

treten zu stark die Tendenzen hervor, die Krankenkassen auszudehnen zu Einrichtungen für die gesamte Bevölkerung und nicht nur für die sozialen Schichten, für die sie da sein müssen. Ein Gedanke wird aber hierbei verfolgt werden müssen, und zwar könnte es nicht unberechtigt erscheinen, wenn die Sozial- und Kleinrentner vom Gesetzgeber der Krankenversicherungspflicht unterworfen werden. Hier handelt es sich um soziale Schichten, die keinen Versicherungsschutz gegen Krankheit genießen, sondern im Krankheitsfalle nach Fürsorgebestimmungen versorgt werden. Dieser Zustand hat gewisse Schattenseiten. Die Krankenkassen haben auch keinen Antrieb, sich um die Versicherung dieses Personenkreises mit wenig günstigen Versicherungsrisiken zu bemühen, aber vom Gesichtspunkte des sozialen Schutzes wäre diese Erweiterung des Kreises der Pflichtversicherten zu begrüßen, allerdings müßte dabei gleichzeitig vom Gesetzgeber festgelegt werden, daß die Versicherungsbeiträge von dem verpflichteten Fürsorgeverband nach einem gesetzlich festgelegten Grundlohn aufzubringen sind. Hier soll weiter noch darauf hingewiesen werden, daß bei der freiwilligen Versicherung nach § 176 RVO. Gesetzesänderungen etwa dahin erwünscht sind, daß die Kassensatzung mit Zustimmung des Oberversicherungsamtes gewisse näher zu bezeichnende Personengruppen in die Versicherung einbeziehen kann, wenn der Wunsch dazu von den entsprechenden Personenvereinigungen geäußert wird. Auch die Frage gehört hierher, ob nicht auch die Anwendung des § 313a RVO. über die Beitragsfestsetzung auch auf die freiwillige Versicherung nach § 176 anzuwenden ist. Die Frage der freiwilligen Weiterversicherung am Wohnort der Versicherten erscheint nicht für eine Lösung durch den Gesetzgeber geeignet.

Nun kommen wir zu der Frage, inwieweit eine Rationalisierung der Leistungen der Krankenversicherung sich durchführen läßt mit dem Ziel, die größtmöglichen Leistungen dem Versicherten zukommen zu lassen unter Ausschaltung von nichtberechtigten Ausnutzungen und Bagatellbeanspruchungen, die wesentliche Belastungen mit sich bringen. Hierbei ist es für die Krankenversicherung notwendig, die ärztliche Versorgung zu beachten. Das Verhältnis zwischen Ärzten und Krankenkassen ist seit dem Bestehen der Reichsversicherungsordnung noch immer nicht dahin gekommen, daß Reibungen jeder Art vermeidbar sind. Auch die Gesetzeserweiterungen in dem § 368 und folgende der RVO. haben nicht dazu geführt, alle diejenigen Umstände auszuschalten, welche in der Tätigkeit der Kassenärzte gegenüber den Krankenkassen und dem Versicherten zu gewissen Mißständen oder, wohl zutreffender ausgedrückt, zu verschiedenen Auffassungen führen müssen. Geleugnet soll hierbei nicht werden, daß gerade in den letzten Jahren sowohl die Kassenärzte in manchen Fällen nicht ganz unschuldig daran sind, wenn eine übermäßige Inanspruchnahme der Kassenleistungen erfolgt. Es bleibt aber auch hervorzuheben, daß die Versicherten immer mehr fortgeschritten sind in den Auffassungen über Hygiene und Gesundheitspflege und darum auch in der Inanspruchnahme der Kassenleistungen. Diese kommen schneller und häufiger vor wie früher. Auch die wirtschaftlichen Notzeiten begünstigen diese Einstellung der Versicherten, und vor allem kann es keinem Versicherten verdacht werden, wenn er zu seinem Vorteil auch bei geringen Gesundheitsstörungen oder nicht rein objektiven Beschwerden sich betreten läßt von seiner Krankenkasse, der er Beiträge zahlt. Eine wesentliche Neuregelung der Arztfrage in der Krankenversicherung wird dem Gesetzgeber wohl kaum möglich sein, denn noch immer sind hier Gegensätze zu überbrücken, die sich nicht durch Gesetzesbestimmungen zusammenfinden, und weiter auch ist

nicht zu verkennen, daß die Aerzteschaft in der vergangenen Zeit in der sozialen Versicherung zur Mitarbeit und wesentlichen Förderung beigetragen hat und auch in Zukunft beitragen muß. Der Arzt gehört zur Krankenversicherung. Wir müssen seine Dienste dabei haben und seinen wissenschaftlichen Ueberzeugungen insoweit nachgehen, wie die finanzielle Tragfähigkeit es zuläßt. Ein weises Maß von beiden Seiten ist hier geboten. Der Gesetzgeber könnte leicht zu Entscheidungen kommen, die beiden Seiten nicht erwünscht sind. Darum wird die Arztfrage in den Wünschen zur Reichsversicherungsordnung am zweckmäßigsten fortgelassen, und wir wenden uns einmal Ansichten zu, die hervortreten, um Ersparnisse in der Krankenversicherung zu erreichen für den Ausbau der Kassenleistungen. Selbstverständlich ist es auch, von ländlichen Verhältnissen aus gesehen, erwünscht, daß nur wirklich arbeitsunfähige Kranke Krankengeld erhalten. Die Arbeitsunfähigkeit soll objektiv nachweisbar sein. Gleichzeitig muß aber auch ausgesprochen werden, daß eine Regelung zur Schaffung dieses Zustandes nicht zu finden ist durch die Aenderung des kassenärztlichen Dienstes, insbesondere wenn dazu Revisions- und Kontrollärzte in größerer Anzahl herangezogen werden. Diese Regelung würde nicht nur unter städtischen Verhältnissen Schwierigkeiten mit sich bringen, sondern ist für das Land überhaupt nicht zu schaffen, und weiter ist eine Kostenbelastung damit verbunden, die sicher die Krankenversicherung nicht den Volkskreisen näherbringt und vor allem dahin führt, daß die Versicherten weiteres Mißtrauen gegen alle Maßnahmen der Krankenversicherung erfaßt und noch mehr als wie bisher die Ansicht bestärkt wird, daß die Versicherten keine Versorgung erhalten, die ihren Bedürfnissen gerecht wird. Es bleibt somit nur noch die zweite Seite der Frage zu behandeln, ob Maßnahmen erwünscht sind, um die Versicherten stärker als bisher an der Inanspruchnahme der Krankenkassen in Bagatellfällen zu beteiligen. Kein Versicherter wird aus eigener Erfahrung die Behauptung vertreten können, daß eine unnötige Inanspruchnahme der Krankenkassen nicht vorkommt. Täglich zeigt sich immer wieder, wie Versicherte in einer Reihe von Kleinigkeiten zum Arzt kommen, weil es ohne Kostenbelastung möglich ist, während sonst die Inanspruchnahme eines Arztes sicherlich nicht erfolgt wäre. Wer aber an eine Zahlung denkt, dem drängt sich der Gedanke aber auch wieder auf, daß vielleicht damit eine Schädigung des Gesundheitszustandes des einzelnen Versicherten und damit der Volksgesundheit verbunden sein kann, also der Gesichtspunkt der Menschenökonomie und vor allem auch die Ansicht, daß die Krankenversicherung die Schäden im Arbeitsprozeß ausgleichen muß, Schaden leiden kann. Gewagt ist es deshalb, die Ansicht hervorzukehren, daß der Gesetzgeber bestimmt vorschreibt, die Satzung hätte eine Vorschrift zu enthalten, daß die arbeitsfähigen Kranken an den Arzt- und Arzneikosten in einer bestimmten Höhe, etwa mit 20 Proz. beteiligt sind. Dieser Gedanke findet sicher viele Gegner, denn er erscheint ja als eine Verschlechterung der Kassenleistungen. Für diese will natürlich niemand eintreten, und doch zeigt die Erfahrung immer wieder, daß hier etwas geschehen muß, allerdings auch unter voller Wahrung der gesundheitlichen Interessen der Versicherten. Wenn der Gesetzgeber zu einer derartigen Bestimmung kommt, dann sind Ersparnisse der Krankenkassen in erheblichem Maße nicht von der Hand zu weisen, ohne daß die Leistungsgewährung der Krankenkassen in den notwendigen Fällen in irgendeiner Weise gefährdet ist. Die Wege für eine solche Beteiligung der Versicherten an den Arzt- und Arzneikosten müssen sich an die gegebenen Lohnverhältnisse anpassen. Zum Beispiel wäre der Gedanke zuerst zu erwägen,

ob nicht eine höhere Gebühr für jeden Krankenschein gefordert werden sollte. Dieses geht aber nicht, denn damit würden wir ja auch denjenigen Kranken treffen, der nicht nur aus gesundheitlicher Bequemlichkeit oder wirtschaftlichen Verhältnissen heraus Kassenleistungen beansprucht. Andererseits darf wirklich Kranken kein Erschweris gemacht werden, um die Kassenleistungen, die noch verbessert werden könnten, ohne Schwierigkeiten in Anspruch zu nehmen. Dann bleibt nur noch die Anregung übrig, die Inanspruchnahme des Kassenarztes nicht von einer Gebühr abhängig zu machen, aber bei Kranken ohne Arbeitsunfähigkeit einen Hundertsatz festzusetzen, mit welchem der Versicherte für Arzt und Arznei belastet wird. Diese Belastung kann ermäßigt werden, wenn nur bis zur Dauer von 2 Wochen Arbeitsunfähigkeit gegeben ist. Diese Kostenbelastung würde bei den Kranken mit Arbeitsfähigkeit bei der nächsten Beitragserhebung nachträglich einzuziehen und bei der Arbeitsunfähigkeit auf kurze Zeit Erkrankten von den Kassenleistungen einbehalten werden können. Ausnahmen von dieser Regel müßten in bestimmten Fällen vorgesehen werden können. Jetzt ergibt sich aber wieder die Schwierigkeit, ob nicht gerade durch eine solche Kostenbelastung der Versicherten die Zahl der Kranken zunehmen wird, die arbeitsunfähig geworden sind. Sehr leicht ist es möglich, daß in dieser Hinsicht dann mehr Entgegenkommen von den Kassenärzten gezeigt wird, wie es bereits jetzt teilweise beobachtet werden konnte. Trotzdem müßte diese Befürchtung nach Möglichkeit auszuschalten sein, und die Ärzteschaft wird ihre Mitwirkung dabei sicher nicht versagen. Alle überflüssige Inanspruchnahme und die damit verbundene starke Kostenbelastung würde aber, wenn auch nicht verschwinden, so doch erheblich nachlassen und Mittel freigeben, die zu einem Leistungsausbau verwendet werden könnten. Eine gewisse Selbstbeschränkung der Versicherten würde hierbei sehr wesentlich sein. Es fragt sich nur, ob dieser Wille bei den Versicherten besteht, und weiter auch, ob die Führer der einzelnen Arbeitnehmerorganisationen in der gleichen Erkenntnis beim Gesetzgeber dafür eintreten, eine Regelung in dieser Richtung vorzunehmen. Vom Verwaltungsstandpunkt aus ist hier nichts Ausschlaggebendes zu sagen, sondern betont zu werden verdient, daß eine Vermehrung der Verwaltungsarbeit und Erschwerung derselben eintreten wird, die aber überreichlich abgegolten wird durch die Ersparnisse, die für weitere Leistung Verwendung finden können. Der Gedanke müßte doch einmal in allen interessierten Kreisen weiter verfolgt werden.

Unter dem Gesichtspunkt der möglichen Ersparnisse sind irgendwelche Bedenken sicherlich nicht vorzubringen, wenn allgemein 3Wartetage für den Krankengeldbezug gesetzmäßig geschaffen werden, ebenso wenn eine Abstufung des Kranken- und Hausgeldes nach dem Familienstand der Versicherten erfolgt.

Vielleicht müßte auch weiter ein Leistungsausbau dahin erfolgen, daß Hausgeld in Höhe des Krankengeldes gewährt wird, wenn von der Krankenkasse Krankenhaus- oder Genesungsheimpflege angeordnet ist.

Ob Hauspflege, Krankenkost und größere Heilmittel gleichzeitig Regelleistungen der Krankenkassen werden können, bleibt noch nachzuprüfen. Für die ländlichen Verhältnisse dürften davon nur die größeren Heilmittel in Frage kommen.

Die Pflichtleistung von Krankenhauspflge an Versicherte und Angehörige, sobald anzeigepflichtige ansteckende Krankheiten vorliegen oder lebenswichtige Operationen notwendig sind, müßte ebenfalls erörtert werden. Die Frage ist aber nur dann zu lösen, wenn gleichzeitig den Krankenkassen die Möglichkeit geöffnet

wird, sich an der Festsetzung der Krankenhauspflgekosten maßgebend beteiligen zu können.

Wenn durch Bagatellfälle Ersparnisse eintreten, ist für die Schwererkranken die Ausdehnung der Krankenpflege auf 52 Wochen in den Bereich der Möglichkeit gerückt.

Ebenso ist dann ohne weiteres die gesetzmäßige Regelleistung der Familienkrankenhilfe auf die Dauer von 13 Wochen möglich, allerdings müßte auch hier eine Kostenbelastung der Versicherten eintreten, um keine übermäßige Inanspruchnahme hervorzurufen.

Von einer Erhöhung der Wochenhilfeleistungen kann nach den ländlichen Verhältnissen keine Rede sein, sondern hier müßte die Kassensatzung mit Zustimmung des Oberversicherungsamtes freien Spielraum haben.

An weiteren Wünschen für Aenderungen wären noch zu erwähnen, daß der § 363 RVO. etwa folgende Fassung erhalten sollte:

„Die Mittel der Kasse dürfen außer zu den satzungsmäßigen Leistungen zur Füllung der Rücklage zu den Verwaltungskosten sowie für allgemeine Gesundheitsfürsorge und hygienische Volksbelehrung verwendet werden.“ (Westdeutsche Aerztezeitung 1929/20.)

Anmerkung der Schriftleitung: Es würde einen großen sozialhygienischen Rückschritt bedeuten, wenn die Versicherten beim „Kernstück“ der Krankenversicherung, d. i. bei der ärztlichen Hilfe irgendeinen Kostenanteil zu tragen hätten. Damit würde die Krankenversicherung ihren Hauptwert, den der Hygiene und Prophylaxe verlieren. Wohl aber ist ein Kostenanteil bei den Arznei- und Heilmitteln zu empfehlen. Geradezu gefährlich aber erscheint der Vorschlag, „bei Kranken ohne Arbeitsunfähigkeit einen Hundertsatz festzusetzen, mit welchem der Versicherte für Arzt und Arznei belastet wird“. Es unterliegt keinem Zweifel, daß durch eine solche Kostenbelastung der Versicherten die Zahl der arbeitsunfähigen Kranken stark zunehmen würde.

Mehr Aerzte in die Parlamente.

Die bevorstehenden Gemeindewahlen sollten die Aufmerksamkeit der Parteien wieder einmal auf eine Tatsache richten, die der Allgemeinheit verwunderlich erscheinen muß: daß nur eine verschwindend kleine Zahl von Aerzten sich in kommunalpolitischem Sinne aktiv betätigt. An sich erscheint es zwar durchaus begreiflich, daß der Arzt zuerst seine berufliche Pflicht, seinen Patienten zu helfen, erfüllen möchte, ehe er einen Teil seiner an sich schon knapp genug bemessenen Freizeit der Betätigung im Gemeinschaftsdienst opfert, und oft genug wird er dabei vor die Frage gestellt sein, ob seine dringend benötigte Hilfe am Krankenbett nicht wichtiger ist als sein Eingreifen in Debatten der Stadtparlamente.

Niemals aber war die Mitarbeit an der Gesundheit des Volkes als Aufgabe so wichtig und ernsthaft wie zu dieser Stunde. Bestimmt doch einzig die Gesundheit des Volkes seine Arbeits- und Leistungsfähigkeit.

Es ist nicht erst eine Erkenntnis dieser Tage, daß Gesundheitsfürsorge in der ganzen Vielfältigkeit ihrer Probleme zu treiben immer mehr Aufgabe der Gemeinden werden wird. Besonders die großen Städte werden dabei ein so mächtiger Faktor auf diesem Gebiete sein und zugleich ein so maßgebender Träger aller dazu gehörenden Fürsorgemaßnahmen werden müssen, daß die anderen Träger der privaten Fürsorge dagegen nicht aufkommen können.

Wessen fachmännische Beratung und tatkräftige Unterstützung könnten die Gemeinden bei der Verwirklichung ihrer sozialpolitischen Aufgaben weniger entbehren als die des Arztes! Von Vertrauen aller Parteien getragen, soll er — wie in seiner beruflichen Betätigung ein Berater und Helfer seiner Patienten — auch ein maßgebender Berater der Gemeinde sein. Seine Politik soll, unbekümmert um Parteibestrebungen und Ziele, vor allem das Volkswohl im Auge haben. Eben weil er die Kenntnisse besitzt, muß der Arzt im Gemeindeleben und bei der Gesundheitsfürsorge auch die ausschlaggebende Rolle spielen, die ihm zusteht.

Die ihrer schweren Verantwortung bewußte Aerzteschaft kann und wird nicht tatenlos abseits stehen, wenn die Gemeinde ihre Mitarbeit braucht und sucht. Sie hat ideal gesinnte, pflichterfüllte Männer genug in ihren Reihen, die nicht nur zur Verfügung stehen, wenn man für gesundheitsfürsorgerische Maßnahmen ihren Rat einholt, sondern die auch die Initiative hierfür selbst übernehmen wollen. Nie war ein Ruf begründeter als zur Stunde: „Mehr Aerzte in die Parlamente!“

Apim.

Die nach den Anfangsbuchstaben ihres Namens „Association Professionnelle Internationale des Médecins“ kurz als „Apim“ bezeichnete internationale Aerztesgesellschaft tagte vom 26.—28. September zum ersten Male nicht in Paris, sondern in Berlin. Ihr Ziel ist die Wahrung der Interessen des Aerztestandes in Fragen von internationaler Bedeutung; sie bemüht sich deshalb insbesondere, den Gesetzgebern und Versicherungsträgern gegenüber einen möglichst einheitlichen Standpunkt zu vertreten, den ärztlichen Rechtsschutz nach übereinstimmenden Grundlinien auszubauen und dem ärztlichen Einfluß in Fragen der Volksgesundheit und Sozialhygiene in allen Staaten in gleicher Weise wiederherzustellen und zu stärken.

Die Apim wird als offizielle Vertretung der Aerzteschaft aller Länder anerkannt vom Internationalen Institut für geistige Arbeitsgemeinschaft und vom Internationalen Arbeitsamt des Völkerbundes, die beide auf ihre sachverständige Mitarbeit bei allen von ihnen veranstalteten Erhebungen und Ermittlungen den allergrößten Wert legen. Auch bei der diesjährigen Tagung in Berlin hat sich der Völkerbund durch einen Beauftragten vertreten lassen.

Ueber die Art und Weise der Zusammenarbeit mit dem Völkerbunde gibt der Bericht des Direktors des Internationalen Arbeitsamts (BIT. = Bureau international de travail) in Genf, Albert Thomas, wertvolle Aufschlüsse. Dort wird mit Recht betont, daß es vielleicht verfrüht wäre, von einer internationalen Sozialversicherung zu sprechen, daß aber schon deutlich zutage trete, wie die Sozialversicherung als Seitenstück zur Lohnpolitik eine internationale Frage darstelle und trotz nationaler Eigenheiten den von der Internationalen Arbeitskonferenz vorgezeichneten großen Linien folge. Äußerer Ausdruck dieser Entwicklung waren im Jahre 1928 die II. Generalversammlung der internationalen Zentralstelle der Verbände der Krankenkassen und Hilfsvereine in Wien, die III. Tagung des Generalrates der Internationalen Berufsvereinigung der Aerzte (Apim) in Paris und die Arbeiten des Gemischten Hygiene- und Krankenversicherungsausschusses.

Von den 1928 in Paris gefaßten Beschlüssen der Apim hebt der Bericht folgende hervor:

Sowohl die Pflichtversicherung wie auch die freiwillige Versicherung bedeutet einen entscheidenden sozialen Fortschritt; der Kreis der Versicherten soll auf Personen beschränkt sein, welche die während einer

Krankheit entstehenden Kosten aus eigenen Mitteln zu bestreiten nicht instande sind; die Krankenhilfe soll fachärztliche Hilfe mitumfassen und auch der Frau und den minderjährigen Kindern des Versicherten gewährt werden. Das Gesetz soll eine, wenn auch noch so geringe Beteiligung des Versicherten an den Arzt- und Arzneikosten vorsehen.

Der ärztliche Dienst in der Krankenversicherung soll wie folgt organisiert sein: Freie Arztwahl durch den Versicherten; Gesamtverträge zwischen den Krankenkassen und den Berufsverbänden der Aerzte; Zulassung aller die Vertragsbedingungen annehmenden Aerzte und Ausschluß hauptamtlicher Kassenärzte; Wahrung des ärztlichen Berufsgeheimnisses; Freiheit der ärztlichen Verordnung; keine Bauschvergütung, sondern Vergütung nach Einzelleistungen oder nach der Zahl der Versicherten; Bezahlung des Arztes entweder durch den Versicherten selbst oder durch die Krankenkassen; Eigenbetriebe der Kasse, eigenwirtschaftliche Herstellung von Arzneien, eigene Krankenhäuser, Genesungsheime, Ambulatorien usw. sind unzulässig.“

Der Bericht bringt im Anschlusse an die allgemeine Darstellung Mitteilungen über die Lösung einzelner Fragen in verschiedenen Staaten. Es lag uns nur daran, daß es sich hier nicht nur um eine Ausdehnung der ärztlichen Standes- und Wirtschaftsorganisationen über die Grenzen aller Staaten hinaus handelt, sondern um eine Mitarbeit an vernünftiger Gestaltung wichtigster Probleme der Volksgesundheit. Der deutsche Gesetzgeber und die deutschen Versicherungsträger können lernen daraus, daß Deutschland auf diesem Gebiete vorbildlich nur bleiben kann, so lange es die Klippe des Mißbrauchs der Sozialversicherung zu parteipolitischen Zwecken vermeidet.

(Aus d. „Aerztebl. d. Prov. Brandenburg“ 1929, Nr. 27.)

Der Honorarabzug bei „Vielgeschäftigkeit“ eines Kassenarztes vor dem Reichsgericht.

Urteil des Reichsgerichts vom 28. Januar 1929.

Der praktische Arzt Dr. med. N. in F. (Kläger) ist Mitglied des Aerztereins für Dresden und Umgebung (Beklagte). Die von letzterem unter Mitwirkung der verschiedenen Krankenkassen bestellten Prüfungsausschüsse haben an den vom Kläger berechneten Beträgen wegen „Vielgeschäftigkeit“ erhebliche Teile gestrichen, was von dem Einigungsausschuß gebilligt wurde. Der Beklagte hat nur die gekürzten Beträge ausgezahlt. Kläger forderte im Klagewege Zahlung von 7098 RM. Sämtliche Instanzen — Landgericht und Oberlandesgericht Dresden sowie Reichsgericht — wiesen die Klage ab.

Aus den Entscheidungsgründen der höchsten Instanz: § 7 des Vertrages des beklagten Vereins mit den Kassen besagt: „Die Entscheidungen der Schiedsstelle sind endgültig und für beide Teile bindend. Bei vermögensrechtlichen Angelegenheiten bleibt den Beteiligten der ordentliche Rechtsweg offen.“ Der Kläger will aus dem letzten Satz gefolgert wissen, daß die Höhe seiner Ansprüche für kassenärztliche Behandlungen durch die Gerichte festzusetzen sei ohne jede Bindung durch die Entscheidungen des Prüfungsausschusses und der Schiedsstelle. Gegen die klägerische Auffassung spricht zunächst die Umständlichkeit des gerichtlichen Verfahrens. Der Kläger befürchtet ein etwaiges Uebellollen von Kollegen; das kann nicht dazu führen, das nun einmal vertraglich festgelegte Verfahren vor der Schiedsstelle als ein bloßes bedeutungsloses Vorverfahren zu behandeln. Keinesfalls kann aber aus den Bestimmungen des § 7. der völlige Ausschluß des Rechts-

weges für Streitigkeiten der hier in Rede stehenden Art gefolgert werden. Wenn das Berufungsgericht aber trotz Zulassung des Rechtswegs zur Abweisung der Klage ohne sachliche Prüfung des Anspruchs aus dem Grunde gelangt, weil nach der angeführten Bestimmung der Verträge, denen sich der Kläger für seine Person unterworfen habe, die Entscheidung des Einigungsausschusses über die an den Rechnungen gemachten Abstriche für die Beteiligten bindend sei, so kann dem nicht entgegengetreten werden. Es verkennt nicht, daß bei solcher Auffassung das Offenhalten des Rechtswegs für Streitigkeiten dieser Art nur noch eine geringe Bedeutung habe. Aber es sieht darin kein Hindernis, die Bestimmungen im bezeichneten Sinne aufzufassen, weil immer noch Fälle möglich seien, in denen eine Prüfung durch die Gerichte erfolgen könne, z. B. wenn der Verein auch den vom Prüfungsausschuß genehmigten Betrag nicht auszahle oder wenn eine bindende Entscheidung der Schiedsinstanzen nicht ergangen sei. Es meint, wenn wirklich mit dem letzten Absatz der Vorschrift die im vorausgegangenen Absatz angeordnete Bindung an die Entscheidung der Schiedsinstanzen für alle vermögensrechtlichen Streitigkeiten wieder hätte beseitigt werden sollen, hätte das ausdrücklich gesagt werden müssen. Auch dem ist beizupflichten. Eine gerichtliche Nachprüfung der von den Vereinsinstanzen getroffenen Entscheidungen unter dem Gesichtspunkt, ob sie offenbar unbillig sind, ist also nicht ausgeschlossen. Das muß namentlich auch für solche Beschlüsse gelten, die zur Ausschließung eines Arztes von der Kassenpraxis und damit zur Untergrabung seiner Existenz führen könnten. Im vorliegenden Fall reicht das, was der Kläger gegen die Berechtigung der an seinen Rechnungen gemachten Abstriche und über die Art ihres Zustandekommens vorgebracht hat, nicht aus, um eine Anfechtung des Spruches der Schiedsstellen wegen offenkundiger Unbilligkeit zu rechtfertigen. (IV 461/28.)

Amtliche Nachrichten.

Dienstesnachrichten.

Vom 1. November 1929 an wird der prakt. Arzt Dr. Rudolf Vorndran in Brückenau zum Bezirksarzt für den Verwaltungsbezirk Hilpoltstein in etatmäßiger Eigenschaft ernannt.

Vereinsmitteilungen.

Mitteilungen des Münchener Aerztereins für freie Arztwahl.

1. Die Herren Kollegen werden ersucht, der Geschäftsstelle des Vereins diejenigen Fälle mitteilen zu wollen, die das Wohlfahrtsamt in Polikliniken oder andere staatliche und städtische Anstalten unter Durchbrechung der freien Arztwahl zur Behandlung überwiesen hat. Es ist nicht richtig, wenn die Kollegen sich nur mündlich über das Wohlfahrtsamt beschweren. Der Verein muß schriftliche Unterlagen in die Hand bekommen, um durch Verhandlungen Abhilfe schaffen zu können.

2. Die kaufmännischen Ersatzkassen haben festgestellt, daß in etwa 40—45 Proz. aller im 2. Vierteljahr 1929 behandelten Fälle die Kontrollabschnitte den Krankenlisten (Rechnungen) nicht beigelegt waren, obwohl bei der dadurch bedingten mühsamen und zeitraubenden Kontrolle festgestellt wurde, daß diese Kontrollabschnitte dem Arzt beigebracht waren. Diese Kontrollabschnitte müssen laut § 11 des Vertrags den Rechnungen beiliegen, widrigenfalls die Rechnungen nicht als ordnungsgemäß erstellt betrachtet werden.

Die Herren Kollegen werden dringend ersucht, die noch in ihrem Besitz befindlichen Kontrollabschnitte für das 3. Vierteljahr 1929 möglichst umgehend an die Geschäftsstelle einzusenden und für das laufende 4. Vierteljahr auf die Beibringung der Behandlungsscheine streng zu achten. Rechnungen für das 4. Vierteljahr 1929, welchen die Kontrollabschnitte nicht beigelegt sind, müssen den Herren Kollegen wieder zurückgeleitet werden, da die Bezahlung des angeforderten Honorars nur gegen die vertraglich bestimmte Beigabe des Kontrollabschnittes erfolgen wird.

3. Zur Aufnahme in den Verein als außerordentliches Mitglied hat sich gemeldet Herr Dr. Alfons Buchner, prakt. Arzt mit Geburtshilfe, Utzschneiderstraße 14/II.

Stauderstiftung.

Im letzten Vierteljahr gingen folgende Spenden ein: Verlag Gmelin, München 350 M.; Geheimrat Dr. Krecke, München 193 M.; Kreiskammer von Unterfranken 100 M.; Geheimrat Dr. Stauder, Nürnberg 200 M.; Ungenannt 100 M.; Herausgeberkollegium der Münch. Med. Wochenschr. 2000 M.; Aerztlicher Bezirksverein Unterfranken Nord 30 M.; Arzneimittelkommission München 25 M.; Ungenannt 100 M.; Dr. Spahn, Aschaffenburg 5 M.; Ungenannt 100 M.; Professor Dr. Mayer, Dillingen 20 M. Gesamtsumme 3223 M. Für alle diese Gaben wird hiermit nochmals herzlich gedankt!

Dr. Stauder.

Spenden zur Stauderstiftung wollen auf das Postscheckkonto der Bayerischen Landesärztekammer Nr. 37596 Nürnberg überwiesen werden.

Ein Forschungs-Institut für Herzkrankheiten in Bad Nauheim. — Millionenstiftung einer amerikanischen Patientin.

In Gegenwart der Vertreter des Hessischen Staates und der Stadt Bad Nauheim wurde am Montag, dem 16. September, von einer dankbaren Patientin Bad Nauheims folgende Stiftung gemacht:

Es wurden gestiftet 2000000 RM. für einen Stipendienfonds und 2500000 RM. für ein Institut zur Erforschung und Bekämpfung der Herzkrankheiten.

Die Stipendienstiftung wird von einem Kuratorium verwaltet werden, dem Vertreter des Staates, der Stadt und der benachbarten Hochschulen angehören.

Die Stipendien werden verliehen zur Durchführung wissenschaftlicher Arbeiten und zur wissenschaftlichen Weiterbildung. Alljährlich wird in einer Vorlesung über diese wissenschaftlichen Arbeiten berichtet werden. Die Vorlesung findet in einem Vorlesungsgebäude statt, das mit dem zu errichtenden Institutsgebäude verbunden ist.

Das Institut selbst wird von einem Verwaltungsrat verwaltet. Ihm sollen angehören Vertreter des Staates, der Vorsitzende der Landesversicherungsanstalt Hessen, Vertreter der benachbarten Universitäten, der Bad Nauheimer Aerzteschaft.

Das Institut selbst wird vier Abteilungen enthalten:

1. eine Untersuchungsabteilung für Patienten, die von Trägern der Sozialversicherung nach Bad Nauheim geschickt werden,
2. eine Abteilung für statistische Erhebungen über die Ursachen der Herzkrankheiten,
3. eine Abteilung für soziale Aufklärung über Ursachen und Bekämpfung der Herzkrankheiten,
4. eine Abteilung für experimentelle Pathologie und Therapie der Herzkrankheiten.

Das Institut wird allen Bad Nauheimer Aerzten Möglichkeit für Forschungsarbeiten geben. Es wird der Bad Nauheimer Aerzteschaft eine medizinische Bücherei zur Verfügung stehen. Ein medizinisches Museum wird eingerichtet werden. Die Bad Nauheimer Aerzteschaft wird einen Sitzungssaal erhalten. Das Vorlesungsgebäude wird der Öffentlichkeit für Versammlungen, Kongresse, Vorträge zur Verfügung gestellt werden. Für Bau und Einrichtung von Institut und Vorlesungsgebäude sind 1500000 RM. ausgeworfen, das monumentale Gebäude soll gegenüber Badehaus VIII zwischen Tennisplätzen und Usa errichtet werden. Mit dem Bau soll in kürzester Frist begonnen werden.

Der Fachnormenausschuss Krankenhaus (Fanok)

(Prof. Hoffmann) hat in den letzten Heften der Fanok-Mitteilungen, die in der „Zeitschrift für das gesamte Krankenhauswesen“ enthalten sind, wieder recht interessante Veröffentlichungen gebracht.

In Heft 14 und Heft 18 wird über zwei Sitzungen der Gruppe „Desinfektion und Reinigung“ berichtet. In der ersten Sitzung wurde von einem Vertreter des Reichsausschusses für Lieferbedingungen ein Bericht über den derzeitigen Stand der Arbeiten zur Vereinheitlichung von Reinigungsmitteln gebracht. In der späteren Sitzung beschäftigte sich die Gruppe eingehend mit der Frage der Normung der in der Bekämpfung der Gesundheitsschädlinge gebräuchlichen Apparaturen. Die Aussprache ergab, daß auch hier Bedürfnisse und Möglichkeiten zur Normung bestehen. Außerdem befähigte sich die Gruppe mit der Normung von Apparaten für die Verbandstoff-Sterilisierung und mit der Normung eines Formalinapparates.

Die Gruppe „Sonderbedürfnisse der Heil- und Pflegeanstalten“ hat beschlossen, das bereits genormte Krankenbett für Erwachsene DIN Vornorm 2301 und auch das Personalbett DIN Vornorm Fanok 3 für die Verwendung für ruhige Kranke in den Heil- und Pflegeanstalten als geeignet zu bezeichnen. Bei dem letzteren Bett sind auf Wunsch des Bestellers kleine Abänderungen und Ergänzungen anzubringen. Die Gruppe „Heil- und Pflegeanstalten“ hat in ihren Sitzungen auch zwei Stühle für die Normung ausgewählt und zur Kritik gestellt.

In Heft 17 wird der Normblatt-Entwurf einer Krankentrage mit Fahrgestell veröffentlicht. Die Einspruchsfrist läuft bis zum 30. Oktober 1929. Alle Interessenten werden gebeten, zu dem Entwurf kritisch Stellung zu nehmen.

In Heft 18 sind die Entwürfe für folgende Krankenblätter veröffentlicht:

- Fanok 58 Klinisches Krankenblatt,
- Fanok 59 Kinderkrankenblatt mit Statusvordruck,
- Fanok 60 Kinderkrankenblatt ohne Statusvordruck,
- Fanok 61 Geburtshilfliches Krankenblatt,
- Fanok 62 Ergänzungsblatt für Krankenblätter.

Die Einspruchsfrist läuft bis zum 31. Oktober 1929.

In den Heften 15 und 16 veröffentlicht die Normenstelle der Deutschen Röntgengesellschaft einen Bericht über die 4. Sitzung der Arbeitsgruppe III „Hochspannungsschutz“ und einen Nachtrag zum Schluß-Entwurf für „Vorschriften für den Hochspannungsschutz in medizinischen Röntgenanlagen“.

Bücherschau.

Nervöse Herzerkrankungen und ihre Behandlung. Von Dr. L. Lichtenstein, Bad Nauheim. Dritte umgearbeitete und erweiterte Auflage. 40 S. Repertorienverlag, Leipzig u. Planegg b. München, 1929. RM. 2.—

Die sogenannten nervösen Herzerkrankungen spielen seit dem Kriege und auch vielleicht seit der Grippe des Jahres 1918/19 eine große Rolle. Sie sind weitaus in den meisten Fällen keine Erkrankungen des Herzens, sondern, wenn man von den Uebergangsfällen absieht, nur gewissermaßen die sich an die Oberfläche projizierenden Erscheinungen, zum Teil unter dem Sammelnamen der Neurosen gebrachten und anderen Krankheitszustände, Konstitutionsanomalien und Umweltsangelegenheiten. Hier eine reinliche Scheidung zwischen organischen und sogenannten nervösen Herzkrankheiten nach Möglichkeit zu geben, ist eine Aufgabe, die der Verf., wenn auch kurz, aber in einem für die Bedürfnisse des

prakt. Arztes wertvollen Ausmaße gelöst hat. Die einzelnen hierhergehörigen Begriffe werden gut auseinandergelassen, für die einzelnen Formen wird die Behandlung besprochen.

Neger, München.

Guter Lesestoff darf in Erholungsheimen, Heilstätten und Krankenhäusern nicht ausgehen! Keine bessere Hilfe für schnelle Gesundung als das gute Buch! Guter Lesestoff gibt den Kranken und Genesenden innere Ruhe und Lebensmut, hilft so auch dem Arzt und dem Pilger. Sorgsam ausgewählte Bücher, die Trost spenden, heiter stimmen und neuen Mut machen, hält die Deutsche Dichter-Gedächtnis-Stiftung in besonderer Krankenhausausrüstung für alle Lebenskreise zusammengestellt bereit. In widerstandsfähige, dabei leichte Einbände gebunden, daher gut in der Hand zu halten, mit auswechselbaren Schutzhüllen, die den hygienischen Erfordernissen Rechnung tragen, sind die Bücher in jeder Hinsicht zweckmäßig ausgestattet. Jede Zusammenstellung von mindestens 10 Bänden mit der doppelten Anzahl Schutzhüllen wird in Patentpappkiste geliefert, so daß die Aufbewahrung keine Schwierigkeiten bereitet.

Einzelheiten teilt die Deutsche Dichter-Gedächtnis-Stiftung, Hamburg 37, gerne auf Anfrage mit. Rückporto beilegen!

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

Für die Inserate: Adolf Dohn, München.

Zur gefl. Beachtung!

Der Gesamtauflage unserer Ausgabe liegt ein Prospekt der Firma E. Merck, Darmstadt, über »Compretten« Antineuralgicum comp., sowie ein Prospekt der Firma Nitritfabrik, A.-G., Berlin-Cöpenik, über »Histopin« 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

D O L O R S A N

D. R. Wz.

Jod organisch an Camphor und Rosmarinöl sowie an NH₃ 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

JOHANN G. W. OPFERMANN, KÖLN 64

Literatur und Aertzepuben auf Wunsch!

Bayerische Ärztezeitung

BAYERISCHES ÄRZTLICHES CORRESPONDENZBLATT

Herausgegeben von Geh. Medizinalrat Prof. Dr. H. Kerscheneiner, 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, Gewerbemuseumplatz 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-Annahme: ALA Anzeigen-Aktiengesellschaft in Interessengemeinschaft mit Haasenstein & Vogler A.-G. Daube & Co. G. m. b. H. München, Berlin und Filialen.

Nr. 43.

München, 26. Oktober 1929.

XXXII. Jahrgang.

Inhalt: Das neue bayerische Kassenärzterecht. — Die private Krankenversicherung und ihre Beziehungen zum Arzt. — Auch ein Jubiläum. — Beschränkung der Kassenausgaben? — Das »verrückte« Schuljahr. — Gemeindewahlen in Bayern. — Vereinsnachrichten: Verein Pfälzischer Aerzte. — Berichtigung. — Aberglaube und Gesundheit. — Fortbildungskursus für Bezirksfürsorgerinnen. — Vereinsnachrichten: Münchener Aerzterverein für freie Arztwahl.

Einladungen zu Versammlungen.

Ärztlicher Bezirksverein und Kassenärzterverband Traunstein-Laufen.

Generalversammlung am Sonntag, dem 10. November, nachmittags 2 Uhr, im Bahnhofhotel zur Krone in Traunstein. Tagesordnung des Bezirksvereins: 1. Einlauf, 2. Neuwahl des I. Vorsitzenden und Ersatzwahlen, 3. Referat des Herrn Bezirksarzt Dr. Illing über: a) Fürsorgefragen, b) die Tätigkeit des Schularztes, 4. Referat Dr. Hellmann über Deutschen Aerztetag Essen und Bayer. Aerztetag Regensburg, 5. Steuerfragen, 6. Verschiedenes. — Tagesordnung des Kassenärzterverbandes: 1. Einlauf, 2. Neuwahl des I. Vorsitzenden und Ersatzwahlen, 3. Rezeptprüfung (Dr. Wolf), 4. Verschiedenes. Bei der überaus wichtigen Tagesordnung ist das Erscheinen jedes einzelnen Kollegen dringend notwendig.
Dr. Hellmann, Trostberg.

Ärztlicher Bezirksverein und Ärztlich-wirtschaftlicher Verein Fürth.

Am Donnerstag, dem 31. Oktober, 8½ Uhr pünktlich, im Berolzheimianum Versammlung. Tagesordnung: 1. Aufnahme (Dr. Ensner, Großhabersdorf), 2. Bericht über den Bayerischen Aerztetag, 3. Honorarverteilung der Ortskrankenkasse, 4. Mitteilungen usw.
Dr. G. Wollner.

Das neue bayerische Kassenärzterecht.

Von Dr. Franz Eichelsbacher,
Reg.-Rat I. Kl. im Staatsministerium für Landwirtschaft und Arbeit (Abt. Arbeit).

(Vortrag, gehalten auf der Tagung des Bayer. Krankenkassenverbandes am 14. Oktober 1929 in München.)

Der Bayer. Landesausschuß für Aerzte und Krankenkassen hat im Frühjahr und im Frühsommer dieses Jahres die bayerischen Krankenkassen und die bayerische Kassenärzteschaft mit einer Neukodifikation seiner, die Beziehungen zwischen Aerzten und Krankenkassen regelnden Vorschriften überrascht. Dieser Aufgabe hat

sich der Landesausschuß nicht freiwillig unterzogen. Von seinem Standpunkt aus hätten die früheren Vorschriften, die sich im Laufe der Zeit immerhin eingelebt hatten, ruhig weiter in Geltung bleiben können, wenn sich der Landesausschuß auch stets bewußt war, welch kompliziertes, vielleicht auch manchmal widerspruchsvolles, vielleicht auch manchmal den praktischen Erfordernissen nicht genügend Rechnung tragendes Rechtsgebilde die alten Vorschriften waren, Nachteile, die übrigens weniger den Landesausschuß belasten als die grundsätzliche Regelung der ganzen Materie in der Reichsversicherungsordnung selbst. Aber nachdem einmal der Reichsausschuß für Aerzte und Krankenkassen bereits im Herbst 1928 das von ihm geschaffene Kassenärzterecht vollkommen neu aufgebaut hatte, blieb auch dem Landesausschuß letzten Endes nichts anderes übrig, als an eine vollständige Neukodifikation seiner Bestimmungen heranzutreten, wenn anders er nicht die Nachteile einer weitgehenden Rechtsverschiedenheit auf sich nehmen und die Gefahr heraufbeschwören wollte, daß seine Vorschriften vom Reichsausschuß beanstandet würden, Dinge, die sich in der Rechtsprechung unter Umständen recht verhängnisvoll auswirken konnten.

Der Landesausschuß hat bisher erlassen:

1. Vertragsrichtlinien, die an die Stelle des bisherigen KLB.,
2. eine Vertragsausschußordnung, die an die Stelle der bisherigen Bestimmungen über Vertragsausschüsse,
3. eine Zulassungsordnung, die an die Stelle der bisherigen Zulassungsbestimmungen und Zulassungsgrundsätze getreten sind.

Damit ist die Reform des Bayer. Kassenärzterechtes noch nicht abgeschlossen. Zunächst gelten in bisheriger Fassung noch weiter:

die Anweisung für die kassenärztliche Tätigkeit, die Anleitung zur wirtschaftlichen Verordnungsweise, die Richtlinien für Prüfungseinrichtungen, für die Anwendung der Preugo und für Strahlenbehandlung. Ihre Ueberprüfung durch den Landesausschuß ist in nächster Zeit zu erwarten.

Grundsätzlich ist noch folgendes zu bemerken: Als der Landesausschuß an die Neukodifikation seiner Vorschriften herantrat, erwog er zunächst die Frage, ob überhaupt an einem besonderen bayerischen Kassenärztlerecht festgehalten, ob nicht vielmehr der unmittelbare Uebergang zum Reichsrecht, also zu den Bestimmungen des Reichsausschusses gefunden werden soll. Vieles sprach hierfür. Immerhin erschien die Möglichkeit, eingelebte bewährte Regelungen zu erhalten, gewisse Eigenarten der bayerischen Verhältnisse zu berücksichtigen, doch solche Vorleile zu bieten, daß der vollständige Uebergang zum Reichsrecht im Landesausschuß keine Gegenliebe fand. Wohl aber wurde, wo nur immer es möglich war, die weitestgehende Angleichung der Landesausschußbestimmungen an die Reichsausschußvorschriften durchgeführt, und zwar formell, also in Aufbau und Gliederung der Vorschriften, wie materiell, also sachlich, inhaltlich. Dies erschien notwendig, um vor allem der Rechtssprechung einheitliche Wege zu ebnet.

Zunächst sollen die Vertragsrichtlinien (VRL.) besprochen werden.

Was sie anbelangt, so sei in den Vordergrund gestellt, daß es sich um eigentliche Richtlinien handelt, also nicht um einen Vertrag, etwa einen Landesvertrag oder einen Mantelvertrag. Auch der alte KLB. war entgegen seinem Namen kein Vertrag, auch er war nur Richtlinie. In der Fassung der neuen Vertragsrichtlinien kommt dies viel schärfer zum Ausdruck. Es wird viel schwieriger sein, die neuen Richtlinien ohne weiteres dem örtlichen Vertrag zugrunde zu legen. Beim KLB. hingegen, der auch äußerlich mehr in die Form eines Vertrages gekleidet war, gelang dies leichter.

Allerdings eine, und zwar sehr wichtige Regelung, der eine vertragliche Einigung zugrunde liegt, enthalten auch die neuen Vertragsrichtlinien. Sie war in gleicher Weise übrigens auch schon dem KLB. eigentümlich. Es ist dies die Vorschrift des § 16 VRL., der die Bestellung des weiteren Ausschusses des Landesausschusses als Landesschiedsgericht bei allgemeinen (zentralen) Streitigkeiten über die ärztliche Vergütung in sich schließt. An dieser Stelle sei auch noch eine weitere „Einigung“ erwähnt, die in den VRL. zwar nur als Fußnote erscheint, die aber sehr bedeutungsvoll ist und die unter dem KLB.-Recht, wenn ihr Rechtsbestand in Frage gezogen wurde, nach meinen Beobachtungen stets zu den schwierigsten rechtlichen Erörterungen führte. Ich meine die Fußnote 4 zu § 46 VRL. über die Schiedsstellen.

Hier heißt es:

„Die im Landesausschuß vertretenen Verbände der Krankenkassen und der Bayer. Aerzteverband haben vereinbart, daß über vermögensrechtliche Streitigkeiten jeder Art die Schiedsstellen unter Ausschluß der ordentlichen Gerichte zu entscheiden haben. Die im Landesausschuß vertretenen Verbände der Krankenkassen und der Bayer. Aerzteverband haben weiter ihren Mitgliedern empfohlen, die gleiche Vereinbarung in den örtlichen Vertrag aufzunehmen.“

Bürgerliche Rechtsstreitigkeiten — hierunter fallen vor allem sämtliche vermögensrechtliche Streitigkeiten — können entstehen zwischen der vertragsschließenden kassenärztlichen Organisation und der Kasse, also aus dem sog. Kollektivvertrag (kassenärztlicher Gesamtvertrag), und ferner zwischen der Kasse und dem einzelnen Kassenarzt, also aus dem sog. Einzelarztvertrag oder dem Dienstvertrag. Will im ersteren Falle künftig die Zuständigkeit der ordentlichen Gerichte zweifelsfrei ausgeschlossen werden, so ist nach näherer Maßgabe des § 46 Abs. 2 VRL. dies im kassenärztlichen Gesamtvertrag ausdrücklich zu vereinbaren und soll gleiches auch

im Verhältnis zu dem einzelnen Arzt rechtens sein, so ist der sog. Verpflichtungsschein nach näherer Bestimmung des § 2 VRL. zu ergänzen. Nach dem alten KLB.-Recht war man vielfach der Meinung, daß, wenn der örtliche Vertrag einfach in die Form des KLB. gekleidet sei, dann die ordentlichen Gerichte bei vermögensrechtlichen Streitigkeiten keine Zuständigkeit mehr besäßen. Die Willensmeinung des Landesausschusses ist sicherlich stets nach dieser Richtung gegangen. Es sei dahingestellt, ob durch die einfache Uebernahme des KLB. tatsächlich dieses Ziel erreicht werden konnte. Jetzt ist diese Angelegenheit jedenfalls außer Zweifel gestellt.

Nach dieser Vorwegnahme einer so wichtigen Neuerung sollen nun die VRL. selbst kurz besprochen werden. Das KLB. umfaßt 12 Paragraphen, die neuen Vertragsrichtlinien 49 Paragraphen. Man wird vielleicht sagen: Kein Fortschritt. Ich glaube, man tut dem neuen Recht damit unrecht.

Der systematische Aufbau der neuen VRL. ist zweifellos viel zweckmäßiger. Der alte KLB. war ein Sammelsurium von Bestimmungen über Arztsystem, Arztzulassung und über Vertragsrecht; die neuen VRL. enthalten nur eigentliches Vertragsrecht. Die wesentlich höhere Paragraphenzahl ergibt sich, weil, um eine bessere Uebersicht zu gewinnen, die alten umfänglichen KLB.-Paragraphen in Einzelbestimmungen aufgegliedert wurden.

Die VRL. zerfallen in vier Hauptabschnitte, nämlich über die Vertragsbildung, den Vertragsinhalt, die Krankenordnung und endlich die Zulassungsbestimmungen.

Ueber die Vertragsbildung war im KLB. überhaupt keine Vorschrift enthalten. In Bayern gibt es wenigstens nach meinen Erfahrungen bei den Ortskrankenkassen keine selbständigen Einzelarztverträge, die nach den Reichsrichtlinien an sich möglich wären. Es wird daher in den VRL. nur die Bildung des kassenärztlichen Gesamtvertrages (des Kollektivvertrages) geregelt. Der Uebergang vom Gesamtvertrag zu dem auf Grund dieses Gesamtvertrages zu betätigenden Einzelarztvertrages erfolgt dann durch die Ausfertigung und den Austausch von Verpflichtungsscheinen, und zwar durch beide Vertragskontrahenten. Der Gesamtvertrag ist dann dem Vertragsausschuß vorzulegen (§ 3 VRL.). Geschieht dies nicht, so ist der Vertrag nicht wirksam.

Was dann die Vorschriften über den Vertragsinhalt anbelangt, so sind hier „Allgemeine Vorschriften“ vorgesehen, denen solche über die Vergütung, deren Zahlung und Verrechnung, über die Pflichten der Vertragsschließenden, über die Prüfung, über den Arztausschuß, über die Schiedsstellen und über die Vertragsdauer folgen.

Unter den Allgemeinen Vorschriften fällt auf, daß künftig im Arztvertrag genau festzustellen ist, welches Arztsystem bei der Kasse gilt, und daß ferner der für das Arztsystem maßgebende Zulassungsrahmen deutlich zu kennzeichnen ist. Welches Arztsystem gilt? Die Verantwortung fällt im einzelnen oft sehr schwer, denn es ist merkwürdig, daß sich hier eine eindeutige Terminologie bis heute überhaupt nicht herausgebildet hat. Man spricht von unbeschränkter freier Arztwahl, von organisiert-freier Arztwahl, von beschränkt-freier Arztwahl und von einem fixierten Kassenarztsystem. Aber die Begriffsmerkmale, durch die sich diese verschiedenen Systeme unterscheiden sollen, sind keineswegs einheitlich festgelegt; man hat den Eindruck, daß jeder etwas anderes darunter versteht, und diese verschiedenen Systeme haben vor allem durch die gesetzliche Regelung des Zulassungswesens, insbesondere die Zulassungsbeschränkungen, ihren eigentlichen Inhalt verloren.

Soweit ich beurteilen kann, hat man, wenigstens bei den Ortskrankenkassen, eine unbeschränkt freie Arztwahl in Bayern nicht gekannt und ebensowenig wohl

das fixierte Kassenarztsystem. Nach dem alten Mantelvertrag war jedes einzelne Mitglied der kassenärztlichen Organisation, das den Verpflichtungsschein unterschrieben hatte, zugelassen. Dieses Arztsystem bezeichnete man wohl als organisiert-freie Arztwahl. Heute kann auf dieses System nur mit gewisser Beschränkung zurückgegriffen werden, nachdem die Rechtsprechung des Reichsschiedsamtes die Beschränkung des Zulassungsrahmens durch eine Organisationszugehörigkeit für unzulässig erklärt hat. Es empfiehlt sich daher, im Arztvertrag nicht schlagwortweise zu sagen: Es gilt organisiert-freie Arztwahl oder beschränkt-freie Arztwahl. Die bisherigen Begriffe sind ja durch die gesetzliche Regelung, wie bereits erwähnt, außerordentlich ausgehöhlt. Man wird in der Praxis mit ihnen recht wenig anfangen können.

Zweckmäßig erschiene mir vielmehr, im Vertrag genau festzulegen, wie und in welchem Umfange die Kassenärzte für die einzelne Kasse tätig werden können. Es müßte dann also z. B. im Vertrag heißen: Bezüglich des Arztsystems gilt folgendes: Der Vertragsabschluß erfolgt mit der kassenärztlichen Organisation. Die Bestandszahl der zugelassenen Aerzte am 1. November 1923 beträgt . . . Die Zulassung weiterer Aerzte erfolgt im Rahmen der Zulassungsgrundsätze, §§ 41 ff. ZO. Die Durchführung der Abbaubestimmung wäre genau festzulegen, besondere Eigenarten des so umgrenzten Arztsystems, z. B. bezüglich der Fachärzte oder der Versorgungsbezirke, wären genau aufzuführen.

Neu ist die Vorschrift des § 6 VRL. über die Berechtigung und Verpflichtung auswärtiger Aerzte, Mitglieder fremder Kassen zu behandeln. Zu beachten ist, daß es sich hierbei nicht um die Grenzärzte handelt. Damit übernimmt im Grunde die bayerische Aerzteschaft solidarisch die Versorgung der Mitglieder sämtlicher bayerischer Krankenkassen.

Mehr von faktischer Bedeutung als von innerem Wert ist wenigstens zur Zeit noch die Bestimmung des § 12, wonach die Kassen berechtigt sind, zur Ergänzung und Förderung der kassenärztlichen Behandlung wie zur Ausgestaltung der gesundheitlichen Fürsorge diagnostische Institute, Beratungsstellen und Behandlungsanstalten für physikalische oder mediko-mechanische Heilmethoden zu errichten. Rechtens war dies wohl schon bisher. Ein Zwang zum Aufsuchen dieser Institute kann nicht ausgeübt werden, solange entsprechend behandelnde Aerzte vorhanden sind.

Unter den Bestimmungen über die Vergütung der ärztlichen Leistungen fallen als wichtigere neue Vorschriften auf die Vorschriften über den Nachweis der ärztlichen Leistungen (§ 18 VRL.), über die Bezahlung auswärtiger Mitglieder (§ 19 VRL.), die Definition der Krankenhausbehandlung (§ 20 VRL.), die Ergänzung der Vorschriften über Sachleistungen (§ 21 VRL.), welche die Frage aufwerfen, was nun mit der Anleitung für die Anwendung der Preugo geschehen soll. Wichtig ist, daß der Epidemiezuschlag als Zwangsvorschrift gefallen ist. Seine etwaige Gewährung ist dem örtlichen Vertrag überlassen.

Die Vorschriften über die Vergütung der ärztlichen Leistungen nach dem Pauschsystem (§ 27 VRL.) entsprechen, abgesehen von einigen unwichtigeren Änderungen, im wesentlichen dem bisherigen Rechte. Für die Vergütung der ärztlichen Verrichtungen nach Einzelleistungen und hinsichtlich der Begrenzungsbestimmungen knüpft § 28 VRL. gleichfalls an das bisherige Recht an. Es sind also die drei bekannten Beispiele für eine Limitierung geblieben. Im Interesse einer klareren Gliederung wurden jedoch die auf Beispiel I und II bezüglichen Ausnahmen von der Begrenzung nunmehr vor Beispiel III gestellt. Dabei wurde bestimmt, daß die Begrenzung künftig nur mehr Anwendung finden soll,

wenn bei einer Kasse auf die Gesamtheit der Kassenärzte eine „im Vertrag festzulegende“ Zahl von Behandlungsfällen im Vierteljahr entfällt. Gleichzeitig wird gestattet, daß sich im Bereich desselben Versicherungsamtes mehrere Kassen zum Zwecke der Abrechnung im Wege des örtlichen Vertrages zusammenschließen können, so daß sie also dann an der Möglichkeit der Begrenzung teilnehmen.

Von den Vorschriften über Wegegelder haben wichtigere Veränderungen nur die über die Beschränkung der Wegegelder erfahren. Es sind hier teils alte Vorschriften gefallen, teils neue aus dem Reichsrecht übernommen worden.

Die Bestimmungen über Zahlung der Vergütung und Abrechnung (§§ 33 ff.) sind im wesentlichen unverändert geblieben. Gleiches gilt für die Bestimmungen über die Pflichten der Vertragschließenden (§§ 39 ff.). Zu beachten ist hier aber die eingehende Regelung der Nachuntersuchungen.

Die Prüfungsbestimmungen (§ 42 VRL.) werden ihren eigentlichen Inhalt erst durch die vom Landesausschuß zu erlassenden Richtlinien für Prüfungseinrichtungen erhalten.

Ein neues Organ ist der Arztausschuß, von dem die §§ 51 ff. VRL. handeln. Die Bestimmungen des Reichsausschusses haben Arztausschüsse von Anfang an vorgesehen, die früheren Richtlinien für Prüfungseinrichtungen kannten einen Einigungsausschuß mit schiedsrichterlichen Kompetenzen. Der Landesausschuß hat lange überlegt, ob er zu der reichlichen Vielzahl von Ausschüssen und Stellen, welche sich mit den Angelegenheiten der Aerzte und der Krankenkassen zu befassen haben, noch ein weiteres Organ in Form eines Arztausschusses fügen soll. Der Landesausschuß hat seine Bedenken überwunden und ist damit dem Vorbild des Reichsausschusses gefolgt. Die Vertreter der Aerzte und der Krankenkassen haben nämlich erklärt, es sei wünschenswert, Einigungsstellen zu besitzen; wünsche man sie aber, dann müßten sie, wenn sie lebensfähig sein sollten, auch vollständig durchorganisiert sein. So ist Zusammensetzung und Verfahren des Arztausschusses eingehend geregelt worden. Als Aufgaben des Arztausschusses bezeichnet § 45 VRL. hauptsächlich: Die Durchführung des bestehenden Arztvertrages sowie die Regelung und Förderung der sich daraus ergebenden gemeinsamen Beziehungen zwischen den Vertragsparteien; soweit nicht der Prüfungsausschuß zuständig ist, die gütliche Erledigung der die Kasse und die Gesamtheit der Kassenärzte oder einzelne von ihnen berührenden Streitigkeiten; Vorbereitung aller Fragen, welche die Vertragsregelung der ärztlichen Versorgung der Versicherten und die Stellung der Kassenärzte betreffen. Sehr wichtig ist die Vorschrift, daß der Arztausschuß als Schiedsstelle nicht tätig werden kann und soll. Es müssen also besondere Schiedsstellen errichtet werden, von denen § 46 VRL. handelt.

Zu unterscheiden ist Streit über den Vertrag, also über die Vertragsbildung, und Streit aus dem Vertrag, also Streit aus einem abgeschlossenen Vertrag (Streit über die Vertragsauslegung). Für Streitigkeiten über den Vertrag sind allein die Schiedsamter nach § 368 m RVO. zuständig. Der KLB. stellte auch bei Streitigkeiten aus dem Vertrag die Zuständigkeit der Schiedsamter in den Vordergrund, er konnte sich dabei auf § 368 m Abs. 1 RVO. stützen. Die Vertragsrichtlinien hingegen schlagen in erster Linie zur Entscheidung von Streitigkeiten aus dem Vertrag besondere Schiedsgerichte vor. Dies erscheint auch zweckmäßig. Die Schiedsgerichte können so bestellt werden, daß sie den oft sehr komplizierten Verhältnissen nähergerückt sind. Die Schiedsamter bei den Oberversicherungsämtern sind zudem mit den eigentlichen Vertragsstreitigkeiten und vor allem mit

solchen über die Arztlizenz so stark belastet, daß ihnen diese Entlastung wohl zu gönnen ist. Wohl zu beachten ist, daß über die Zuständigkeit des Schiedsgerichtes eine förmliche Vereinbarung getroffen werden muß. Das muß überhaupt bei allen Vorschriften der Vertragsrichtlinien beachtet werden: Sie sind nicht Vertragsrecht an sich, sie gelten daher nicht ohne weiteres für die einzelnen Kassen und die einzelnen kassenärztlichen Organisationen, sie müssen in die örtlichen Verträge eingearbeitet werden, zumindest durch Anführung der entsprechenden Paragraphen der VRL.

Die neuen Vertragsrichtlinien sind am 1. Juli 1929 in Kraft getreten. Damit ist meines Erachtens nicht gesagt, daß die laufenden Verträge zwischen Aerzten und Krankenkassen nun etwa hinfällig geworden sind. Solche laufenden Verträge bleiben meines Erachtens zunächst in Geltung; aber es wird sich doch sehr empfehlen, baldigst den Uebergang zu dem neuen Recht zu finden, insbesondere sollen die Organisation des Arztausschusses, die Vereinbarungen über das Schiedsgericht, der Ausschluß der ordentlichen Gerichte bei bürgerlich-rechtlichen Streitigkeiten durch einen Vertragsnachtrag baldigst sichergestellt werden. Die verpflichtende Wirkung äußern die Richtlinien ja vor allem dann, wenn es zu einem Streit kommt. Denn dann sind die Schiedsämter nach § 368m Abs. 4 RVO. für die Regel an die Richtlinien des Landesausschusses gebunden. Heute kann also ein Schiedsamt seiner Entscheidung nicht mehr KLB.-Recht zugrunde legen, sondern nur noch die neuen Vertragsrichtlinien.

Was dann die Vertragsausschußordnung anbelangt, so sei eine grundsätzliche Bemerkung vorangestellt: Es ist mir nicht gelungen, zu ergründen, was eigentlich das ganze Vertragsausschußwesen für eine praktische Bedeutung haben soll. Praktisch ist die Sache doch so, daß über den Abschluß des örtlichen Vertrages die gleichen Personen verhandeln, und zwar auf Kassen- wie auf Aerzteseite, die im Vertragsausschuß sitzen. Wenn also diese Personen untereinander einig geworden sind, warum muß dann nach § 368k RVO. der Vertrag nochmals dem Vertragsausschuß vorgelegt werden? Man sagt: Damit die sogenannte einheitliche Linie festgehalten oder: Damit die Angemessenheit der Vertragsbestimmungen nachgeprüft werde. Die einheitliche Linie wird aber von ganz anderen Stellen bestimmt als den örtlichen Organisationen, und im Bannkreis dieser einheitlichen, von Zentralen gegebenen Richtlinien bewegen sich doch schon die Vorverhandlungen. Es fällt recht schwer, zu glauben, daß die gleichen Persönlichkeiten, die über den Vertrag sich einig sind, nunmehr, weil sie im Vertragsausschuß sitzen, irgendwelche Aenderungen des Vertrages vorschlagen werden. Als weitere Aufgabe des Vertragsausschusses ist vorgesehen, daß ihm die Parteien selbst die Aufstellung des Vertrages überlassen können. Was braucht es aber dann einen Arztausschuß, der die Vorverhandlungen über die Vertragsbildung führen soll? Und praktisch ist es doch auch hier wieder so, daß die gleichen Personen den Vertrag im Vertragsausschuß feststellen, die ihn sonst im Wege der freien Verhandlungen vereinbaren würden. Alles in allem, es fällt schwer, an die Notwendigkeit des Bestehens von Vertragsausschüssen zu glauben, und ich meine, es könnte hier sehr vereinfacht werden. Aber all diese Ueberlegungen haben keinen Wert. Gerade die Vertragsausschußordnung ist zwingendes Recht, Kollektivverträge, die den Vertragsausschuß nicht passiert haben, sind unverbindlich. Im übrigen hat die Vertragsausschußordnung von allen Richtlinien des Landesausschusses, die bisher einer Ueberprüfung unterstanden, die geringsten materiellen Aenderungen erfahren. Die neue Vertragsausschußordnung ist im großen und ganzen der des Reichsausschusses angepaßt. Neu ist eine

Vorschrift, welche eine Schweigepflicht über die Verhandlungen vorsieht. Die neue Vertragsausschußordnung ist am 18. Mai 1929 in Kraft getreten; von diesem Tage an findet sie auch auf laufende Verfahren Anwendung. Demnächst werden die Vertragsausschüsse neu zu wählen sein. Die Wahlordnung wird zur Zeit überprüft. (Schluß folgt.)

Die private Krankenversicherung und ihre Beziehungen zum Arzt.

Von Dr. med. Zillessen, Dortmund.

(Fortsetzung.)

Bevor wir uns mit der Krankenversicherung weiter beschäftigen, müssen wir uns erst über deren Gegenstand klar werden und fragen uns: „Was ist Krankheit?“

Eine genaue Begriffsbestimmung festzustellen, ist geradezu unmöglich, da es kaum einen vollkommenen Gesundheitszustand gibt und sich demgemäß die Uebergänge zwischen Gesundheit und Krankheit nicht scharf begrenzen lassen. Die Uebergänge sind eben fließend. Kann man schon ruhig behaupten, daß noch kein Pathologe einen vollkommenen Zustand sämtlicher Organe eines Körpers gefunden hat, so läßt sich noch viel weniger sagen, ob irgendeine geringe Abweichung von dem vorstellbaren Ideal schon als Krankheit zu bezeichnen ist. Was der eine schon Krankheit nennt, findet bei dem anderen noch keine Beachtung. Gesundheit und Krankheit sind relative Begriffe.

Die umfassendste und theoretisch richtigste Begriffsbestimmung ist wohl die: Krankheit ist die Abweichung einzelner oder aller Organe und Funktionen des Körpers von dem normalen Verhalten, wie es zur Erhaltung des Organismus und seiner vollkommenen Leistungsfähigkeit erforderlich ist. Praktisch läßt sich damit leider wenig anfangen. Es wurde daher eine für die soziale Krankenversicherung passende Begriffsbestimmung aufgestellt, daß „unter Krankheit ein Zustand zu verstehen ist, welcher ärztliche Behandlung, Arznei oder Heilmittel notwendig macht. Ob ein solcher Zustand besteht, bestimmt sich nach objektiven, von Sachverständigen festzustellenden Merkmalen, nicht nach der Ansicht oder der Handlungsweise des Kassenmitgliedes. Unerheblich ist, ob von dem letzteren ärztliche Behandlung als notwendig erachtet und in Anspruch genommen wird oder nicht.“ Wichtig ist hier besonders die Forderung des Objektiven. In der Anwendung auf die private Versicherung ergeben sich gegen diese Begriffsbestimmung wesentliche Bedenken. Der Behandlungsbedürftigkeit und der Erwerbsunfähigkeit muß in der sozialen Versicherung eine Bedeutung zugewiesen werden, die sie für die private Versicherung nicht besitzt. Ob jemand schon bei Eintritt in eine versicherungspflichtige Beschäftigung mit einem Leiden behaftet war, ist bei der sozialen Versicherung unerheblich, wenn noch eine, sei es auch beschränkte Arbeitsfähigkeit bestand. Bei der privaten Krankenversicherung ist es jedoch von größter Bedeutung, ob das Mitglied bei seiner Aufnahme eine Krankheit eingebracht hat. Hier muß also unterschieden werden zwischen Krankheiten schlechthin und Krankheiten, die zu einer Ersatzleistung verpflichten. Die Auslegung des Krankheitsbegriffes ist bedingt und abhängig von dem grundsätzlichen Unterschied der Krankenkassen als Zwangsfürsorge und der privaten Versicherung, die nachträglich Ersatzleistungen an freiwillige Mitglieder zu gewähren hat.

Zum Verständnis dieses und des folgenden ist es nötig, sich zwei Versicherungsgrundsätze vor Augen zu halten: Eine Versicherung wird für die Zukunft abgeschlossen. Bei einer Versicherung handelt es sich um

die Uebnahme eines Wagnisses, das eine bestimmte Grenze nicht überschreiten soll.

Das besagt: Versichert kann nur eine Krankheit sein, die erst nach Eintritt der Leistungspflicht begonnen hat. Bei der Aufnahme wird ein annähernd normaler Gesundheitszustand vorausgesetzt. Die Versicherung hat das Recht und die Pflicht zur Ausscheidung eingebrachter Leiden. Für die private Versicherung ist daher neben der Krankheit auch der Krankheitsbeginn von besonderer Wichtigkeit.

„Eine Krankheit beginnt mit dem Nachweis von Krankheitszeichen“, sagt die RVO. Auch hier wird Wert auf den objektiven Nachweis gelegt. Die private Versicherung muß definieren: „Als Krankheitsbeginn ist die Zeit anzunehmen, in der erstmalig Störungen organischer oder funktioneller Art festgestellt sind oder (ohne diesen Zusatz kann eine Versicherungsanstalt nicht arbeiten) als vorhanden und feststellbar angenommen werden müssen, auch wenn sie zur fraglichen Zeit mangels einer Untersuchung noch nicht tatsächlich festgestellt sein sollten bzw. eine etwa früher erfolgte Feststellung verheimlicht wird.“ Es ist möglich, daß für Beschwerden nicht gleich ein Grund gefunden, ein besonderer Befund erhoben und eine klare Diagnose gestellt werden kann oder Krankheitszeichen nicht gleich richtig gedeutet werden. Die Krankheit oder besser gesagt das Kranksein beginnt trotzdem zu der Zeit, in der sich ein Krankheitsgefühl bemerkbar macht oder ein objektiver Schaden besteht bzw. auf dessen Vorhandensein geschlossen werden kann. Das Krankheitsgefühl kann abgestritten werden. Liegt aber ein Befund vor, der erfahrungsgemäß darauf schließen läßt, daß die krankhaften Veränderungen schon eine geraume Zeit vorher begonnen haben müssen, so hat die Krankheit dann begonnen, wenn der Eintritt dieser Veränderung angenommen werden muß. Das kann natürlich nicht von irgendeinem Beamten, sondern nur von einem Arzt, und zwar dem behandelnden, oder (häufig objektiver) auf Grund der Unterlagen vom Versicherungsarzt festgestellt werden.

Aus den oben angeführten zwei Grundsätzen ergibt sich, daß die Begriffe „Krankheit“ und „Krankheitsbeginn“ versicherungstechnisch erfaßt werden müssen, da hiervon das Wagnis abhängig ist.

Eine vor der Aufnahme bestehende Krankheit oder ein Zustand, der die Grundlage zu einer später sich entwickelnden Krankheit abgibt, ist ein Hinderungsgrund für die Aufnahme. Wenn die Sachlage erst nach Ablauf der Wartezeit bekannt wird, berechtigt sie evtl. zum Rücktritt von dem Vertrag. Jedenfalls schließt sie eine Anerkennung zu einer Pflichtleistung aus.

Juristisch kann also eine Ablehnung mit der Tatsache des Vorhandenseins einer Krankheit vor der leistungspflichtigen Zeit begründet werden, auch wenn das Mitglied keine Kenntnis von seinem Kranksein hat. Denn es handelt sich nicht um einen Rechtsnachteil, der aus einer Verletzung des VVG. (Verschweigen eines wesentlichen Umstandes) entsteht, sondern um die objektive Begrenzung des Wagnisses, da eine Versicherung für die Zukunft genommen wird, in dem unter Voraussetzung eines bestimmten status quo (hier ein normaler Gesundheitszustand) nur Ereignisse, die nach Abschluß des Vertrages eintreten, als Versicherungsfälle gelten sollen.

Eine Versicherungsanstalt wird allerdings, wenn Unkenntnis einer Krankheit behauptet wird, sich nur in besonderen Fällen auf dieses formale Recht stützen, und wohl nur in der ersten Versicherungszeit, wenn z. B. ein Betrugsversuch in hohem Maße wahrscheinlich aber nicht nachweisbar ist: Wenn die begründete Vermutung besteht, daß eine große Behandlung (Operation, Krankenhaus) nur bis zum Ablauf der Wartezeit hinausge-

schohen wurde, wie es etwa bei der Operation eines alten Bruches der Fall wäre, von dem behauptet wird, daß er jetzt erst entstanden oder wenigstens durch auftretende Beschwerden bemerkt worden sei. Vorsicht ist auch nötig, wenn eine alte aktive Tuberkulose als Grippefolge ausgegeben wird. Im allgemeinen wird man das Krankheitsbewußtsein als für den Beginn einer Krankheit maßgebend ansehen können. Wenn es auch durchaus nicht notwendig ist, daß jeder, der nicht vollständig gesund ist, von der Versicherung ausgeschlossen wird, da ihm im Laufe der Zeit noch vieles andere zustoßen kann, für das ihm der Versicherungsschutz zusteht, so muß eine Anstalt doch auf ein altes Grundleiden zurückgreifen und einen Ersatz für dessen Folgen ablehnen. Es ist sicher nicht angebracht, jede, vielleicht nur mit den feinsten Untersuchungsmethoden wahrnehmbare Organveränderung als Krankheitsbeginn zu bezeichnen, wohl aber darf man den Beginn der ersten klinischen Erscheinungen nicht übersehen, und vor allem darf man nicht vergessen, daß es klinisch selbständige, und einen besonderen Namen führende Krankheiten gibt, die in Wahrheit nur eine Folge bzw. eine Späterscheinung eines schon halb vergessenen und darum oft verschwiegenen Grundleidens sind. Krankheitsanlage oder Krankheitsbereitschaft bei einer nicht ganz einwandfreien Konstitution sind natürlich noch nicht gleichbedeutend mit Krankheit und Krankheitsbeginn.

Bei der Beurteilung ist also sowohl das objektive wie das subjektive Moment zu berücksichtigen. Das ist nicht immer leicht. In Grenzfällen muß schließlich das objektive Vorhandensein eines wesentlichen Schadens, und das ist z. B. auch ein Myom, maßgebend sein. Eine brauchbare Begriffsbestimmung wäre folgende: „Unter Krankheit ist jede wesentliche organische oder funktionelle Störung eines normalen Gesundheitszustandes zu verstehen. Sie beginnt dann, wenn sie sich durch Krankheitszeichen bemerkbar macht oder eine Schädigung nachweisbar ist bzw. als vorhanden vorausgesetzt werden muß. Arbeitsunfähigkeit und Behandlungsbedürftigkeit sind für den Begriff des Krankseins nicht bestimmend.“ Und dann muß in den Versicherungsbedingungen der Zusatz aufgenommen werden: „Ist eine solche Störung vor Ablauf der Wartezeit festzustellen oder mit Sicherheit anzunehmen, ist hierfür Versicherungsschutz ausgeschlossen, auch wenn die Behandlung erst später stattfindet oder Folgeerscheinungen erst in der Vertragszeit auftreten.“ (Forts. folgt.)

Auch ein Jubiläum.

von Dr. jur. R. Breitschwerdt, Stuttgart.

Es sind in diesen Wochen 50 Jahre verflossen, seit uns die „Gewerbeordnung für den Norddeutschen Bund“, deren örtlicher Geltungsbereich bald nach Gründung des Deutschen Reiches auf das ganze Reichsgebiet ausgedehnt wurde, die Freiheit in der Ausübung des Heilgewerbes, die Freigabe der Kurpfuscherei, gebracht hat. Ein Ereignis von solch weittragender Bedeutung ist es wert, daß seiner mit einigen Worten gedacht wird, um so mehr als die Nutznießer und Interessenten dieser Segnung landauf, landab ihren Sieg in diesem Jubiläumsjahr feiern und zum Fortschreiten in dieser Richtung aufrufen. Zu verdanken haben wir diesen Sieg dem Reichstag von 1869, der sich darin nicht genug tun konnte, den von der Zeitströmung getragenen Grundsatz der Gewerbefreiheit so radikal wie möglich durchzuführen. Während der Entwurf zur Gewerbeordnung lediglich die Freizügigkeit der Aerzte, Zahnärzte und Apotheker gesetzlich festlegen wollte, änderte der Reichstag den bis dahin in den deutschen Einzel-

staaten geltenden Rechtszustand, wonach die Kurpfuscherei verboten oder doch sehr einengenden Vorschriften unterstellt war, ab, erklärte jedermann zur Ausübung der Heilkunde für berechtigt, und zwar ohne Nachweis irgendeiner Befähigung hierzu und begnügte sich damit, lediglich dem Titel „Arzt“ (in allen seinen Zusammensetzungen) zu schützen, indem er dessen Führung allen Personen, die nicht im Besitze der Approbation sind, unter Strafdrohung untersagte. Diese schrankenlose Freigabe der Kurpfuscherei zeitigte bald die schlimmsten Folgen: Leute ohne jede Vorbildung und ohne alle Kenntnisse betätigten sich in zahllosen Fällen als „Naturheilkundiger“, „Heilpraktiker“, „Augendiagnostiker“, „Magnetopath“, „Naturarzt“, „Naturheil-dozent“ u. a. m. Insbesondere machten sich angebliche „im Ausland“ erlangte Approbationen als Dr. med., Professor, Spezialist breit. Unter diesen Titeln verbirgt sich neben wenigen Idealisten und Phantasten eine Reihe gescheiterter Existenzen, die nach erlittenem Schiffbruch im ursprünglichen Beruf von heute auf morgen das Praktizieren anfangen — eben weil es hierzu im Gegensatz zu allen anderen Berufen gar keiner Voraussetzungen bedarf, keiner Konzession, keiner Prüfung, keiner Legitimation, ja nicht einmal einer Anzeige an eine Behörde. Und der Betrieb eines solchen Unternehmens bringt für einen, der das Geschäft versteht, Freiheiten und Vorteile, die andere Gewerbetreibende oder Berufe in diesem Maße nicht haben: es besteht keine Pflicht, Bücher zu führen, wie sie jedem Kaufmann obliegt; es gibt kein Verbot öffentlicher Reklame und Werbung, wie es für den Arzt gilt; ja es besteht — laut zahlreicher höchst richtiger Entscheidungen — nicht einmal die Möglichkeit, einen solchen Betrieb bei offenkundiger Unzuverlässigkeit seines Inhabers zu untersagen.

Diese Mißstände liegen für jeden, der in diese Verhältnisse Einblick hat, offen zutage. Der Gesetzgeber ist gegen sie bis heute nicht eingeschritten, obwohl er auf den meisten Gebieten den von ihm im Jahre 1869 allzu weit erstreckten Grundsatz der Gewerbefreiheit in der Folgezeit mehrfach einschränken mußte. Einige Anläufe, die wenigstens den größten Auswüchsen der freien Kurpfuscherei steuern sollten, kamen über das Entwurfsstadium in den gesetzgebenden Körperschaften nicht hinaus. Sobald von irgendeiner amtlichen Stelle gegen die Mißstände im Kurpfuschereiwesen etwas unternommen wird, entfalten die Organisationen der Kurpfuscherei und deren mächtiger und kapitalstarker geschäftlicher Anhang eine ungeahnte Propaganda, bei der auch vor den größten Mitteln nicht zurückgeschreckt wird.

Besonders rege zeigen und betätigen sich die Kurpfuscher in diesem Jahr, das sie als ein Jubiläumsjahr ihres Sieges von 1869 ansehen. Unter der Devise „50 Jahre Kurierfreiheit“ hält insbesondere der „Reichsbund deutscher Heilkundiger e. V.“ Kongresse und Versammlungen ab. Dagegen wäre an sich nichts zu sagen, denn das Recht, ihre Meinung kundzutun und ihre Interessen zu vertreten, haben die Verbände der Kurpfuscherei so gut wie jede andere Organisation. Sieht man aber näher zu, so merkt man mit Schrecken und Entsetzen, wie hier in durchaus unsachlicher und unwahrhaftiger Weise vom einseitigen Interessenstandpunkt aus die für die Gesundheit des einzelnen wie die der Gesamtheit entscheidenden Fragen behandelt werden. Die Träger dieser Propaganda handeln zu offensichtlich nach dem alten Rezept, daß eine Spekulation auf die Urteilsunfähigkeit der Menge selten fehl geht, wenn man nur recht derb aufträgt. Denn nur so kann man sich solche betrübliche Tatsachen erklären, daß bei den genannten Veranstaltungen der „Heilkundigen“ die ärztliche Approbation mit einem

„Schutzzollsystem“ verglichen wird oder die Universitäten die „Hochburgen der Ignoranz“ genannt werden oder als Zweck der Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten die „Benebelung der öffentlichen Meinung“ ausgegeben wird. Solche und andere Kraftleistungen pflegen dann tosenden Beifall bei vielen und ernste Bedenken bei wenigen zu erwecken.

Sieht man darauf, was die Leute zur Sache zu sagen haben, so kommt man beinahe in Verlegenheit, denn das ist sehr kurz beisammen, und das wenige ist zudem größtenteils unrichtig oder entstellt. Zuvor-derst leiden diese Leute — gelinde gesagt — an Unbescheidenheit, denn anstatt anzuerkennen, daß die von ihnen verlangte Kurierfreiheit in kaum einem Lande in so ausgedehntem Maße gesetzlich gewährleistet ist wie in Deutschland und so eigentlich ihre Grund- und Hauptforderung erfüllt ist, laufen sie Sturm gegen die wenigen Vorschriften, durch die einige Zweige der Heilkunst den Kurpfuschern entzogen sind, den Behandlungszwang in der Reichsversicherungsordnung, die Anzeigepflicht im Reichsseuchengesetz und insbesondere das vom Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten angeblich unter Uebertölpelung der Reichstagsabgeordneten eingeführte Verbot der Behandlung von Geschlechtskrankheiten durch Kurpfuscher. Wer auch nur einigermaßen Einblick hat in die Verhältnisse, wie sie sich in Wirklichkeit herausgestellt halten, weiß, welche geradezu gemeingefährliche Tätigkeit die Kurpfuscher gerade auf dem Gebiete der Behandlung von Geschlechtsleiden entfaltet haben und wie dringend notwendig das Verbot der Behandlung dieser Krankheiten durch nichtapprobierte Heilkundige war, weiß auch, daß trotz des Verbotes viele derselben solche Krankheiten nach wie vor behandeln im Vertrauen auf die Verschwiegenheit der Beteiligten und ihre eigene „Kurierfreiheit“.

Uns, die wir dem Beruf nach an dem Streit zwischen der Aerzteschaft und dem Kurpfuschertum nicht beteiligt sind und deshalb vielleicht unbeeirrter und unabhängiger zu urteilen vermögen, ist und bleibt ein Punkt immer rätselvoll: Woher nehmen diese Leute für sich und jedermann das Recht, zu verlangen, daß es jedem freistehen soll, von heute auf morgen ohne alles weitere einen so verantwortungsschweren Beruf wie den des Beraters und Helfers in allen Krankheiten auszuüben?

Jede Berufsart, und sei es die einfachste und untergeordnetste, verlangt von ihren Anwärtern ein bestimmtes Maß von Fähigkeiten, Kenntnissen oder Fertigkeiten, und gerade in unseren Tagen sehen wir, wie die Ansprüche an Vorbildungen zu den Berufen durchweg höhergeschraubt werden. Und da soll ausgerechnet der Beruf des Arztes als einer der am höchsten stehenden untergraben und ausgehöhlt werden? Das wäre ein seltsames Jubiläum.

Zum Kapitel: „Beschränkung der Kassenausgaben?“

Die Notwendigkeit, mit öffentlichen Mitteln bzw. Sozialbeiträgen pfleglich umzugehen, kommt erfreulicherweise allen Schichten des verarmten Deutschlands mehr und mehr zum Bewußtsein. Für uns Aerzte sind es die Verhältnisse der Krankenkassen, die uns unmittelbar betreffen. Immer wieder wird seitens der Aerzteschaft betont, daß sie es nicht allein in der Hand hat, zu „sparen“. Daß die „Frankfurter Ortskrankenkasse“ sich derartigen Ausführungen nicht verschließt, zeigt ein Brief derselben an den „Aerzteverband für freie Arztwahl Frankfurt a. M.“ vom 9. September 1929, in welchem es heißt:

„Aus gelegentlichen Mitteilungen einzelner Aerzte haben wir entnommen, daß in Aerztekreisen die sehr

richtige Auffassung vertreten wird, daß die Kasse auch ihrerseits den Mut haben müsse, ihren Versicherten die notwendige Beschränkung der Kassenausgaben klarzumachen.“

Die Kasse weist nun darauf hin, daß in der „Belehrung für die Kassenmitglieder“ (Seite 2, Ziff. 3 des von der Kasse herausgegebenen Aerzterzeichnisses) die Kasse dieser ihrer Pflicht nachgekommen sei. Sie empfiehlt, gegebenenfalls unberechtigten Anforderungen von Kassenmitgliedern gegenüber auf jene „Belehrung“ aufmerksam zu machen, wobei sie sich bereit erklärt, den Kollegen auf Anfordern Abdrucke des Aerzterzeichnisses für diesen Zweck zur Verfügung zu stellen. In der „Belehrung“ heißt es:

„Die Kassenärzte sind nicht imstande, den Wünschen eines Kranken in bezug auf Krankschreiben, Verordnung bestimmter Arzneien oder Heilmittel, Beantragung von Kuren usw. stattzugeben! Vielmehr sind die Aerzte gesetzlich mitverantwortlich für die richtige Verwendung der Kassennittel und deshalb verpflichtet, jede nicht erforderliche Behandlung abzulehnen, insbesondere sich hinsichtlich der Art und des Umfanges der ärztlichen Verrichtungen sowie bei der Verschreibung von Arznei-, Heil- und Stärkungsmitteln auf das notwendige Maß zu beschränken und alles zu vermeiden, was eine unnötige und überflüssige Inanspruchnahme der Kassennittel herbeiführen kann . . .

Von den Versicherten muß erwartet werden, daß sie nicht unvernünftige Anforderungen an die Aerzte stellen, zumal die Mittel für unnötige Ausgaben stets wieder von ihnen selbst aufgebracht werden müssen.“

In dem Schreiben der Kasse heißt es dann weiter:

„Vorschlägen aus Aerztekreisen, auf welche Weise das Bestreben der Aerzteschaft, der Kasse unnötige Ausgaben zu ersparen, von uns selbst unterstützt werden kann, sehen wir gern entgegen und werden die Möglichkeit der Durchführung eines jeden einzelnen Vorschlages ganz ernstlich prüfen.

Auch unser Personal ist neuerdings wieder auf die Pflicht hingewiesen worden, den Kampf der Aerzte gegen unberechtigte Forderungen der Versicherten zu unterstützen und ihn nicht durch unklare oder gar ungerechtfertigte Äußerungen den Versicherten gegenüber zu erschweren.“

Der Vorstand des Aerzterverbandes hat von diesem Schreiben gern Kenntnis genommen und glaubte, es weiteren Kreisen zugänglich machen zu sollen. In seiner Erwiderung betont er der Kasse gegenüber, daß für die Erreichung des erstrebten Zieles u. a. auch wesentlich wäre, auch bei arbeitsfähigen Versicherten unbefugten Arztwechsel wieder unmöglich zu machen, wie dies früher geschah. Denn sonst ist die Gefahr, daß ein Arzt gegen den anderen ausgespielt wird, natürlich gegeben.

Das Wesentlichste wäre natürlich, daß der soziale Gedanke, das genossenschaftliche Empfinden in den breiten Massen wieder mehr Wurzel faßt, und Menschen, welche für sich auf Kosten der Allgemeinheit Vorteile unberechtigter Art erstreben, sich ihres Unrechts wieder mehr bewußt würden.

In dieser Beziehung ist eine Bekanntmachung interessant, welche die Direktion einer sächsischen Papierfabrik an die Versicherten ihrer Betriebskrankenkasse richtete:

„Die Zahl der Krankmeldungen und Unfälle hat in einem Maße zugenommen, das mit dem wirklichen Gesundheitszustand und den tatsächlich ab und zu vorkommenden Unfällen zweifellos nichts mehr zu tun hat.

Ganz offensichtlich und zum großen Teil nachweisbar ist es bei einer sehr großen Zahl von Arbeitern zur Gewohnheit geworden, sich von Zeit zu Zeit „krankheitshalber“ von der Arbeit zurückzuziehen bzw. einen Unfall zu erleiden. Es liegen aus der Arbeiterschaft selbst verschiedene Mitteilungen darüber vor, daß sich gewisse Arbeiter regelrecht ablösen in ihren Krankmeldungen und daß sie diese bereits von vornherein besprechen. Diese Leute schädigen sowohl die Fabrik als auch ihre Arbeitsgenossen; denn die dauernde Zunahme der Krankheitsmeldungen macht eine dauernde Erhöhung der Krankengelder nötig.

Außerdem werden unzählige Ueberstunden für Krankenvertretungen nötig.

* * *

Aus der Gesamtzahl der Krankheitsfälle ergibt sich, daß auf jeden Arbeiter im Durchschnitt 24,1 Krankheitstage im Jahre entfallen, d. h. also, daß im Durchschnitt jeder Arbeiter nur 11 Monate arbeitet und einen vollen Monat krankheitshalber der Arbeit fernbleibt. Hieraus geht offensichtlich hervor, daß dieser Zustand völlig unhaltbar ist.

Es liegt im eigensten Interesse jedes einzelnen Arbeiters, diejenigen Kollegen, die einen derartigen Krankheitsschwindel treiben, aufs schärfste zu überwachen.

Wir unsererseits werden uns gezwungen sehen, zum Schutze unserer Firma und mit Rücksicht auf unsere gute Arbeiterschaft in Zukunft rücksichtslos gegen derartige Krankheits- und Unfallschwindel vorzugehen.“

Außerdem erhielten mehrere Arbeiter folgendes Schreiben:

„Wie Sie selbst aus der ausgehängten Liste ersehen können, sind Sie seit dem Jahre . . . bis heute . . . Tage krank gewesen, d. h. im Durchschnitt jährlich . . . Tage.

Wir machen Sie ausdrücklich darauf aufmerksam, daß es die außerordentlich angespannte Wirtschaftslage uns nicht mehr ermöglicht, Sie in unserem Betrieb zu behalten, sofern nicht eine völlig grundlegende Aenderung Ihres Gesundheitszustandes eintritt.

Sollten Sie daher wiederum erkranken, so haben Sie zu gewärtigen, daß wir an Ihre Stelle sofort Ersatz einstellen und Ihnen selbst kündigen müssen . . .“

Wenn man auch zugeben muß, daß hier der Bogen bei weitem überspannt und das Kind mit dem Bade ausgeschüttelt ist, so ist doch die Schärfung der Gewissen auch seitens der Arbeitgeber und vor allem der Arbeitskameraden und der Gewerkschaften an sich durchaus als zweckmäßig zu bezeichnen. Und man wird auch zugeben müssen, daß man den Pelz nicht waschen kann, ohne ihn naß zu machen. Wenn den wirklich Kranken geholfen werden soll, müssen die „Krankheits- und Unfallschwindler“ eben scharf angepackt werden, womit natürlich die von jener sächsischen Fabrik in Anwendung gezogenen Methoden nicht gebilligt zu werden brauchen.

Ein Beitrag zu dem Kapitel „Sparsamkeit“, der eines gewissen pikanten Beigeschmacks nicht entbehrt, ist auch die Mitteilung der Betriebskrankenkasse J. G. Farben Mainkur, die in den Veröffentlichungen des Aerzterverbandes Frankfurt a. M. zum Abdruck kam. „Und auf den Schützen prallt der Pfeil zurück.“ Die maßlose Arzneipropaganda, welche heutzutage getrieben wird, und welche sicherlich bis zu einem hohen Grad — und das ist ja auch der Zweck der Uebung — die Steigerung des Arzneikonsums mit veranlaßt hat, macht sich eben im Etat auch der Betriebskrankenkassen recht fühlbar, so daß hier nun der Versuch gemacht wird, ihre

Wirkung zu kompensieren durch Subjektivierung der Kosten.

All dies bestätigt die bestehende Krisis der Sozialversicherung, eine Krisis, welche nicht sowohl nur eine wirtschaftliche, als vielmehr eine psychologische ist und zu asozialen, geradezu inhumanen Maßnahmen führen muß, wenn es nicht gelingt, bei den Beteiligten das genossenschaftliche Empfinden und das Gefühl für die Mitverantwortung des einzelnen am Wohle der Gesamtheit und somit seinem eigenen Wohle den Gemütern wieder in viel höherem Maße einzuhämmern. G. B. (Westdeutsche Aerztezeitung 1929/19.)

Das „verrückte“ Schuljahr.

Von Dr. med. Otto Kolb.

Meine Ausführungen in Nr. 28 dieses Blattes sind, abgesehen von einigen persönlichen freundlichen Zustimmungen aus Aerztekreisen, ungehört verhallt.

Nun läßt sich neuerdings in den „Münchener Neuesten Nachrichten“ der verdienstvolle Jugendbildner Joseph Hofmiller, der schon beim Auftauchen des Planes der Aufgabe des alten bayerischen Schuljahres in mannhaftester Weise aufgetreten ist, vernehmen, indem er mit vollem Recht das jetzt bestehende Schuljahr als das „verrückte“ bezeichnet. Er schließt seine Ausführungen: „... ich fordere die Psychologen und Aerzte auf, endlich einmal Fraktur zu reden! Wie können sie es vor ihrem Gewissen verantworten, einen Zustand bestehen zu lassen, der automatisch so und so viele nervöse Kinder liefert, liefern muß, wo es doch nur ihres wohlbegründeten Einspruches, bedürfte, der Jugend endlich die ungeheure Wohltat einer natürlichen Einteilung ihres Arbeitsjahres zuteil werden zu lassen.“

Wollen die bayerischen Aerzte, zunal die hier berufenen Schulärzte, den beschämenden Vorwurf, der in diesen Worten liegt, weiter auf sich beruhen lassen? Bis auf verschwindend wenige Ausnahmen haben sie bisher zu den hier liegenden wichtigen Fragen geschwiegen.

Schulärzte heraus!

Gemeindewahlen in Bayern.

Die Gemeindewahlen in Bayern werden am 8. Dezember stattfinden. Für die Aerzteschaft werden die Wahlen von größter Wichtigkeit sein, insbesondere in den größeren Städten, wo Gesundheitsämter bestehen. Bei der Bedeutung, welche diese Gesundheitsämter bei der Ausdehnung der Fürsorgetätigkeit haben, vor allem im Hinblick auf die „Richtlinien über Gesundheitsfürsorge in der versicherten Bevölkerung“, ist es dringend nötig, daß sich die Vereine und Kollegen ernstlich um diese Wahlen kümmern und mit allem Nachdruck versuchen, Kollegen, welche mit der ärztlichen Organisation ständig in Fühlung sind, für diese Wahlen an aussichtsreicher Stelle kandidieren zu lassen. Bei der Wichtigkeit der Frage der Gesundheitsfürsorge der Gemeinden sind die Parteien heute wohl eher geneigt, einen sachverständigen Arzt aufzustellen, als dies früher der Fall war.

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.“

Vereinsnachrichten.

(Originalbericht der Bayerischen Aerztezeitung.)

Verein Pfälzischer Aerzte.

(Herbsthauptversammlung.)

In außerordentlich großer Zahl hatte sich die pfälzische Aerzteschaft am 13. Oktober in Kaiserslautern, der Gründungsstadt des Vereins Pfälzischer Aerzte, versammelt, um das 90jährige Bestehen des Vereins festlich zu feiern. Die Marmorbüste des ersten Präsidenten, Dr. Dapping, in frisch grünendem Lorbeer. Zahlreiche Ehrengäste: die Spitzen der staatlichen und städtischen Behörden, Professoren der Universität Heidelberg. Nach Begrüßung durch den Vorsitzenden, Geh. Rat Maxon, dankt Regierungspräsident Dr. Pfülf und betont, daß die bayerische Staatsregierung auf dem Gebiete der Gesundheitspflege auf die Mitwirkung der Aerzteschaft den größten Wert lege. Der Schriftführer, S.-R. Roediger, hält die Festrede: „Rückblick auf die Geschichte des Vereins Pfälzischer Aerzte.“ Der um den Verein hochverdiente frühere Vorsitzende S.-R. Stritter wird zum Ehrenvorsitzenden, der frühere Schriftführer S.-R. Rinck zum Ehrenmitglied ernannt. Geh. Rat Prof. Enderlen spricht über „Die Chirurgie der Gallenblase“, Geh. Rat Prof. v. Krehl über „Die Bedeutung der Allergie am Krankenbett“. Anschließend Festessen im Hotel Schwan mit Damen. Die Festesfreude wird wesentlich erhöht durch die Anwesenheit des Vorsitzenden der Bayerischen Aerztekammer, Geh. Rat Stauder, der in einer trefflichen Ansprache die Bedeutung der alten Aerztereine hervorhebt, die durch Tradition auf die Pflege der Standesethik eingestellt sind. Der harmonische Verlauf der Tagung hat das Zusammengehörigkeitsgefühl der pfälzischen Aerzte erneut gestärkt. In treuer Arbeitsgemeinschaft mit der bayerischen Aerzteorganisation wird der Verein Pfälzischer Aerzte auch in den kommenden schweren Zeiten sich die Pflege der Wissenschaften und der Standesethik angelegen sein lassen und wird sich an den Aufgaben der Sozialhygiene und der Wahrung der ärztlichen wissenschaftlichen Belange — im Rahmen der ihm zustehenden Aufgaben — beteiligen. R.

Berichtigung.

In dem Bericht über den 11. Bayerischen Aerztetag in Nr. 39 der „Bayer. Aerztezeitung“, Seite 480, 2. Spalte, heißt es: „Die Möglichkeit, die Rente außerhalb Bayerns zu verzehren, könnte weiteren Erwägungen unterstellt werden. Vielleicht könnten 75 Proz. der gezahlten Beiträge der Unterstützungskasse des neuen Wohnlandes überwiesen werden.“

Dazu ist berichtend mitzuteilen, daß der Verwaltungsausschuß der Bayerischen Aerzteversorgung in seiner Sitzung vom 31. August 1929 sich einmütig dahin ausgesprochen hat, „daß kein Mitglied behindert sein soll, seine Rente aus der Bayerischen Aerzteversorgung auch außerhalb Bayerns zu verzehren“.

Amtliche Nachrichten.

Dienstesnachrichten.

Vom 1. November 1929 an wird dem Landgerichtsarzt Dr. Paul Burkhard in Schweinfurt der Titel und Rang eines Obermedizinalrates verliehen.

Am 1. November 1929 tritt der mit dem Titel und Rang eines Obermedizinalrates ausgestattete Bezirksarzt Dr. Georg Wild in Wunsiedel wegen Erreichung

Promonta

Nervennahrung

bei

Schwäche- und Erschöpfungszuständen des Nervensystems, in der Rekonvaleszenz etc.

auf Grund seines hohen Gehaltes an den

organspezifisch wirkenden Gehirnlipoiden

Ferronovin

Blut- und Ergänzungsnahrung

bei

Anämien verschiedener Ätiologie, Ernährungsstörungen der Kinder und Erwachsenen

auf Grund seines hohen Gehaltes an den Aktivatoren der Blutregeneration

Leber und Eisen,

wirksam unterstützt durch geeignete Anreicherungen der **Vitamine** in relativer Suffizienz

Zur Verordnung bei vielen Kassen zugelassen

Packungen:
zu 100 und 250 g

Dosierung:
3mal täglich 1—2 Teelöffel voll



Versuchsmengen und Literatur zur Verfügung der Herren Ärzte

Chemische Fabrik Promonta G. m. b. H., Hamburg 26

der Altersgrenze in den dauernden Ruhestand. Aus diesem Anlasse wurde ihm die Anerkennung seiner Dienstleistung ausgesprochen.

Vom 1. November 1929 an wird der Landgerichtsarzt Dr. Julius Schneller in Straubing auf sein Ansuchen in gleicher Diensteseigenschaft auf die Landgerichtsarztstelle Fürth versetzt.

Vom 1. November 1929 an wird der Regierungschemiker der Untersuchungsanstalt für Nahrungs- und Genußmittel in Erlangen, Karl Hepp, auf sein Ansuchen in gleicher Diensteseigenschaft in etatmäßiger Weise an die Untersuchungsanstalt für Nahrungs- und Genußmittel in München versetzt.

Aufruf zur Förderung der Ausstellungsgruppe „Aberglaube und Gesundheit“ Dresden 1930.

Bei der großen „Internationalen Hygiene-Ausstellung Dresden 1930“ soll eine eigene, von Prof. J. F. Wolff, Dresden, und Dr. Neustätter, Berlin, geleitete Gruppe „Aberglaube und Gesundheit“ ausgestellt werden. Der Mystizismus hat seit dem Kriege eine ungeahnte Zunahme erfahren, auch für Krankheitsbekämpfung und -erkennung ist der Aberglaube in bedenklicher Zunahme begriffen. Hier birgt er besonders große Gefahren in sich. Bei einer Schau,

die alle gesundheitlichen Kulturerscheinungen berücksichtigt, müssen diese Verhältnisse zur Darstellung gebracht werden. Zum Gelingen dieses Planes können Medizinalbeamte, Aerzte, Fürsorgerinnen, Wohlfahrtspflegerinnen, Hebammen, Krankenschwestern sehr wesentlich beitragen. Es ergeht daher die Bitte an diese Persönlichkeiten wie an ihre Organisationen, möglichst viel Material zur Verfügung zu stellen, derart, daß sowohl die Art als auch die Ausdehnung des Aberglaubens, belegt durch Beispiele des modernen Lebens, dargestellt werden können. Insbesondere wird gebeten um Mitteilung von gerichtlichen Fällen, um Uebersendung von Zeitungsnachrichten, Ankündigungen, Plakaten, Originalrezepten oder Anweisungen, okkultistischen Medikamenten, zuständigen Schriften, Amuletten und sonstigen Gegenständen, die für abergläubische Handlungen, insbesondere für Heilversuche benutzt werden.

Zuschriften und Zusendungen erbeten an: Dr. Neustätter, Berlin-Zehlendorf-West, Seestraße 47.

Fortbildungskursus für Bezirksfürsorgerinnen.

In der Zeit vom 18. bis 29. November 1929 veranstaltet die Bayerische Arbeitsgemeinschaft mit Unterstützung des Staatsministeriums des Innern einen Fortbildungskursus für Bezirksfürsorgerinnen.



**Bayerische
Hypotheken- und Wechsel-Bank**
München * Nürnberg * Augsburg

Günstige Verzinsung von Geldeinlagen
Aufbewahrung und Verwaltung von Wertpapieren
Ausgabe von mündelsicheren 6-, 7- und 8%igen Goldpfandbriefen
Vermietung von Schrankfächern
Beratung in allen Vermögensangelegenheiten.

In dem Kursus werden Fragen aus der praktischen Gesundheitsfürsorge sowie aus anderen, für Bezirksfürsorgerinnen in Betracht kommenden Fürsorgegebieten besprochen.

Die Gesuche der Bezirksfürsorgerinnen sind bis 26. Oktober 1929 an die betreffenden Regierungen, Kammern des Innern, zu richten.

An dem Kursus können auch andere in der Fürsorge tätige weibliche Personen teilnehmen. Sie haben die Gesuche bis 3. November 1929 bei der Geschäftsstelle der Bayerischen Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Volksgesundheit, München, Ludwigstraße 14/1, 3. Eingang, einzureichen. Kursusgebühr M. 5.—

I. A.: Dr. Seuffert, Medizinalrat.

Vereinsmitteilungen.

Mitteilungen des Münchener Aerztervereins für freie Arztwahl.

1. Die Herren Kollegen werden höflichst ersucht, auf den blauen Wochenscheinen der kaufmännischen Ersatzkrankenkassen, die zum Bezug des Krankengeldes berechtigen, die Diagnose einzutragen und der Unterschrift den Stempel beizusetzen.

Es wird darauf aufmerksam gemacht, daß die Arbeitsunfähigkeit nur für die Zeit bescheinigt werden darf, während welcher der Versicherte tatsächlich vom Arzt behandelt worden ist. Trat der Patient am 30. in die Behandlung des Arztes, so darf die Arbeitsunfähigkeit nicht z. B. ab 26. bereits bestätigt werden (siehe Anlage 2, II des Vertrages).

2. Die Monatskarten für den Monat Oktober sind am Samstag, dem 2. November, bis spätestens nachmittags 5 Uhr auf der Geschäftsstelle abzugeben.

Die Auszahlung des Honorars erfolgt ab Montag, den 11. November, auf der Bayer. Hypotheken- und Wechselbank.

3. Die persönliche Abrechnung für das II. Vierteljahr 1929 ist fertiggestellt und kann ab Samstag, den 2. November, auf der Geschäftsstelle erholt werden. Eventueller Einspruch gegen die Abrechnung ist unter Beigabe der persönlichen Abrechnung und der Monatskarten schriftlich bis spätestens Montag, den 18. November, an die Geschäftsstelle zu richten.

4. Zur Aufnahme in den Verein als außerordentliches Mitglied hat sich gemeldet Herr Dr. Rudolf Lammert, prakt. Arzt mit Geburtshilfe, München-Neuharlaching, Hochvogelplatz 1.

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

Allgemeines.

Bei rein vaginalen Entzündungsformen, zumal wenn sie lange vernachlässigt im chronischen Zustande zum Arzt gelangen, ist eine systematische Lokalbehandlung nicht zu umgehen. Zahlreiche Mittel sind empfohlen, welche in Form von Bädern, Tampons und Aetzungen desinfizierend, adstringierend und anästhesierend wirken.

Ein solches Mittel ist das in Salbenform und Vaginalovalen in den Handel gebrachte Präparat „Dumea“ (Laboratorium Miros, Berlin). Die Salbe und die Ovale enthalten Kampherkarbol und Hamamalis. Aus der Leipziger Univ.-Frauenklinik (Prof. Sellheim) werden von Assistenzarzt Dr. H. Fink die mit diesem Mittel gemachten Erfahrungen mitgeteilt, welche eine günstige Einwirkung auf die entzündlichen Erscheinungen der Vaginalschleimhaut und der Vulva erkennen lassen. Bei Intertrigo genitofemoralis wird die juckstillende und heilende Wirkung der Dumea-Salbe besonders gerühmt. („Der prakt. Arzt“, XIV, 1929, H. 8.)

Zur gefl. Beachtung!

Der Gesamtauflage der heutigen Nummer liegt ein Prospekt der Firma Vial & Uhlmann, Frankfurt a. M., über »Zur Rekonvaleszenz der Grippe«, und ein Prospekt der Firma Siemens-Reiniger-Veifa, Berlin W 8, über »S.-R.-V. Diathermie-Apparate« bei.

Wir empfehlen diese Beilagen der besonderen Beachtung unserer Leser.

Anginasin

D. R. Wz.

Spezifikum gegen Angina

Preis Mk. 1.50 in den Apotheken

Johann G. W. Opfermann, Köln 64.

MUTOSAN

D. R. W. Z. 259763

Dr. E. Uhlhorn & Co.
in Bielefeld

Das
bekannte
Lungenheil-
Mittel bei

Tuberkulose
Rippenfellentzündung
Keuchhusten und ähnl.
Symptomatisches und Heil-Mittel

Empfehlenswerte Privat-Badeanstalten

Sie bieten den Herren Aerzten auf Grund ihrer fachmännischen Leitung die sicherste Gewähr für gewissenhafte Ausführung aller Bäder und Befolgung der ärztlichen Vorschriften

Hans Sachsbad

Hans Sachsstrasse 14
Linie 2 u. 7, Haltestelle Holz- u. Fraunhoferstraße
Fernruf Nr. 29441

Germaniabad

Arnulfstrasse 26
gegenüber dem Starnberger Bahnhof
Fernruf Nr. 56717

Türkenbad

Türkenstrasse 70
bei der Schule
Fernruf Nr. 23097

Reinigungsbäder, Bäder mit mediz. Zusätzen wie Sole, Fichtennadel, Heublumen, Moorlauge, Sauerstoff, Kohlensäure, Schwefel, Jodlauge etc.
Abreibebäder / Elektr. Lichtbäder / Wechselstrombäder / Dampfkastenbäder / Künstl. Höhensonne / Massage
Hühneraugen-Operateur im Hause.

Bäder-Abgabe an die Mitglieder sämtlicher Krankenkassen.

Geöffnet von morgens 8 $\frac{1}{2}$ bis abends 7 Uhr durchgehend.