

Ärzteblatt

für Bayern

vormals Bayerische Ärztezeitung (Bayerisches Ärztliches Correspondenzblatt)

Herausgegeben von der Kassendärztlichen Vereinigung Deutschlands, Landesstelle Bayern. Mitteilungsblatt der Bayerischen Landesärztekammer und des Bayerischen Ärzteverbandes

Geschäftsstelle: München, Karlstr. 21/III. Fernspr.: 57678. Bayerischer Ärzteverband: Postcheckkonto Nürnberg 15 376; Staatsbank München DD 125 991
Bayerische Landesärztekammer: Postcheckkonto München 5252; Staatsbank München DD 125 989

Schriftleiter: Dr. Philipp Dechener, Saar, Fernsprecher: 475 224

Verlag der Ärztlichen Rundschau Otto Smelin, München 2 SW, Bavariring 10. / Fernsprecher: 596 483 / Postcheckkonto: 1161 München
Alleinige Anzeigenannahme: Walbel & Co. Anzeigen-Gesellschaft München-Berlin. Anschrift: München 23, Leopoldstraße 4, Fernsprecher 356 53, 348 72.

Nummer 18

München, den 4. Mai 1935

2. Jahrgang

Inhalt: Sanitätsrat Dr. August Knorz †. — Durchführung des Rassenarztes. — Zur Frage der Hausapotheken. — Der Regelbetrag. — Warum Elektrochirurgie. — Verschiedenes. — Bekanntmachungen.

Sanitätsrat Dr. August Knorz †

Mitten in den Wundern des deutschen Frühlings schloß ein alter, treuer Kömpfer Adolf Hitlers, Son.-Rot Dr. Knorz, in Prien seine Augen. Ueber drei Jahrzehnte wirkte Knorz als praktischer Arzt und Krankenhausarzt in dem liebgewonnenen Chiemgauer Marktflecken. Schon bald nach seiner Niederlassung erwirkte sich sein gründliches ärztliches Können und Wissen und seine unermüdlige Aufopferungsfreudigkeit im Dienste der Kranken großes Ansehen und Anerkennung in weiten Kreisen, so daß Knorz nicht nur der Arzt der Bauern, sondern auch früherer hoher und höchster Kreise wurde. Das Bezirkskrankenhaus Prien, das ihm übertragen wurde, konnte er zu einer gesuchten Stätte seines chirurgischen Wirkens ausgestalten. Ein moderner Krankenhausneubau und Umbau mit allen Errungenschaften neuzeitlicher Asepsis und Apporatur wurde auf sein Betreiben und seine Inspiration und teilweise Finanzierung bewerkstelligt und vollendet. Im Kriege wurde Dr. Knorz die ärztliche Leitung des Res.-Lazarets und Offizierserholungsheimes Höhenaschau übertragen, wo sein frohes und sonniges Wesen ihm die Herzen aller Kameraden gewann. Seine glühende Vaterlandsliebe drängte ihn an die Front. 1916 nahm er stolz und leuchtenden Auges Abschied von seinem Heimotdienst. Die reiche Erfahrung, die ihm seine Verwendung gerade an Brennpunkten des großen Ringens einbrachte, gab dem Arzt und Wissenschaftler hohes Können mit. Es war bester Unterricht, wenn man Zeuge sein konnte seiner ärztlichen Gedankengänge, die wiederum Ausfluß waren eines ungeheuer reichen Speichers von ärztlicher Erfahrung auf allen Gebieten. Tief betrüblich bleibt die Tatsache, daß die politische Zerrissenheit und Verwohrlosung in den Kampfjahren 1930 bis 1933 es fertig brachten, diesem hochgeschätzten und verehrten Arzte Patienten abzutreiben, die ihm ihr Leben verdankten, und nur wegen der geraden und unentwegten nationalsozialistischen Gesinnung des San.-Rates Dr. Knorz



das Vertrauen aussagen zu müssen glaubten. Man sah einer stand am Grabe des toten Arztes, um ihm im stillen Abbitte zu leisten für diese Enttäuschung, die Knorz wohl ausgesprochen und empfunden, aber niemals zum Anlaß genommen hat, einen Finger breit von seiner Weltanschauung abzugeben. Um so geachteter und anerkannter war Knorz trotz dieser politischen Anschauung oder gerade wegen ihr bei seinen Kollegen, die ihn kannten als einen überragenden Organisator und unbeflecklichen Vertreter der ärztlichen Standesinteressen. Seinem zielbewußten und zöhen Arbeiten, der klaren Erkenntnis der Erfordernisse der Notzeit und seiner schlagfertigen Ausnutzung aller Momente im domoligen Kampfe mit den Kassen wor es zu danken, daß immer wieder ein befriedigender Weg des Ausgleichs gefunden werden konnte. Doch schließlich noch Errichtung der KVD, des schweren und verantwortungsvollen Amt eines Amtsleiters in die Hände des Dr. Knorz gelegt wurde, entsprach nicht nur den Verdiensten und Erfahrungs dieses Mannes, sondern einem durchaus selbstverständlichen Erworten der Kollegen und nicht zuletzt seiner alten Kampfgenossen, die in ihm ihren Besten sahen. In dankbarer Verehrung für den verdienstvollen Kollegen und guten Arzt hatten sich zahlreiche Kollegen aus Stadt und Land bei der Beerdigung des San.-Rates Dr. Knorz eingefunden, die am 25. April 1935 in Prien stattfand. Eine Sülle von Blumengebinden schmückte das Grab. In den Nachrufen, die Freunde, Vertreter maßgeblicher Behörden und Vereine dem Verstorbenen widmeten, erklang eine Stimme der Trauer um den frühen Heimgang des tüchtigen Menschen und Arztes. Der Amtsleiter der Landesstelle Bayern, der Leiter des Gauamts für Volksgesundheit legten neben anderen unter ehrenden Worten Kranzspenden nieder, die den Verstorbenen auch grüßen sollten vom Reichsärztesführer und von der Gesundheitsabteilung des Staatsministeriums des Innern.

Dr. König, Endorf.

Buchführung des Kassenarztes *).

Von Dr. med. Klaus Brand, Zellingen a. M.

Meine Herren Kollegen!

Als am 29. September 1934, gelegentlich des ersten nationalsozialistischen bayerischen Aerztes Tages in München, der Landessekretär der Landesstelle Bayern, Herr Dr. Riedel, im Rahmen eines Vortrages über die zentrale Abrechnung und das neue Prüfungsverfahren den Satz prägte: „Je besser der Arzt, desto schlechter seine Buchführung“, da konnte man das Aufatmen, das zustimmende Kopfnicken und den dankbaren Blick von so manchen jüngeren und älteren Kollegen im Saale beobachten. Das war für sie eine gewisse Rechtfertigung. Für die erst in die Kassenpraxis eintretenden Kollegen schien es direkt eine Anforderung gewesen zu sein, der künftigen ärztlichen Buchführung kein allzugroßes Augenmerk zu schenken, und sich ausschließlich der ärztlichen Tätigkeit mit Hingabe zu widmen. Schließlich und endlich will man sich auch nicht der Gefahr aussetzen, in den Verdacht eines allzugeschäftstüchtigen Arztes zu kommen.

Diese Illusion wurde allerdings durch den folgenden Satz, zwar nicht mit rauher Hand, jedoch mit einem zarten Hinweis etwas gestört, wenn davon die Rede war, daß es sich nicht umgehen lasse, daß sich der Arzt an eine gewisse Ordnung gewöhne. Dieses, vielleicht leicht übersehene Wort „Ordnung“ ist jedoch das Fundament jeder Buchführung. Was die heutigen Bezirks- und Prüfungsstellen unter dieser Ordnung verstehen, muß ich den in der Kassenpraxis stehenden Aerzten nicht erst erklären. Der Neuling aber, von dem man zunächst über seine Tätigkeit, Fähigkeiten usw. noch nichts weiß, kommt mit diesen Einrichtungen schon nach Ablauf des ersten Vierteljahres seiner Tätigkeit in mehr oder minder unliebsame Berührung, gelegentlich der ihm mangels fehlender Begriffsbestimmung sehr bald zum Bewußtsein kommt, was die ärztliche Organisation über Ordnung in der Buchführung versteht.

Aus diesem Grunde und zur Vermeidung von unliebsamen Enttäuschungen, gehört zu einem Vorbereitungskursus für die Kassenpraxis auch ein Vortrag über ärztliche Buchführung, den zu halten ich die Ehre habe.

Wenn ich mich dieses Auftrags entledige, so gestatten Sie mir, daß ich den Rahmen meiner Ausführungen etwas größer ziehe und ihn nicht nur auf die Buchführung des Kassenarztes, sondern auf die gesamte Buchführung des Arztes, oder wenn Sie wollen, auf die Ihnen allen so verhasste Schreibarbeit ausdehne. Haben Sie keine Angst, daß ich Ihnen etwa eine Vorlesung über doppelte amerikanische Buchführung oder sonstigen, lediglich dem Kaufmann interessierenden Dingen halte. Meine Aufgabe lautet, Sie von dem Sinn und Zweck, der Pflicht und dem Nutzen einer ordentlichen Buchführung zu überzeugen und Ihnen die verschiedenen Möglichkeiten dazu aufzuzeigen. Dabei will ich mich möglichst aller Theorie enthalten und zu Ihnen aus der Praxis, für die Praxis sprechen.

Die Buchführung ist notwendig: für den Kassenarzt, damit er seine Leistungen honoriert erhält; in der Privatpraxis, um auch hier zu einem Entgelt für die geleistete Arbeit zu kommen.

Die Zeiten des guten Onkel Doktor, des früheren Hausarztes, sind leider vorbei; die Zeiten, in denen man für seine Bemühungen alljährlich eine den Verhältnissen angepasste Liquidation stellte und es Ehrensache war, diese Schuld restlos zu begleichen. Im Zeitalter der Sozialversicherung, der reichsgesetzlichen Krankenkassen, Mittelstandskassen, Privatkrankenkassen, Berufsgenossenschaften, Fürsorgverbänden usw., bei der noch

immer bestehenden Knappheit der Zahlungsmittel weiter Volkskreise, werden an die Rechnungsstellung und damit an die Buchführung des Arztes erhöhte Anforderungen gestellt.

Mit der Aufzeichnung Ihrer Tätigkeit ist jedoch Ihre Buchführung noch nicht beendet. Das Gesetz verlangt vielmehr, auch eine Aufzeichnung über den Erfolg Ihrer Tätigkeit, d. h. über die Einnahmen und Ausgaben aus solcher Tätigkeit.

Zunächst müssen wir uns über den Umfang der ärztlichen Buchführung klar werden. Hier ist notwendig, daß Sie trennen zwischen der Aufzeichnung Ihrer Leistungen einerseits und deren Verrechnung andererseits, wobei das Erstere die Voraussetzung für das Zweite bildet. Die Aufzeichnung der Leistungen wird immer Ihre ureigenste Aufgabe bleiben; die Verrechnung, der geldliche Teil Ihrer Buchführung also, kann auch anderen Personen überlassen werden, sei es Ihrer Frau, einer Sprechstundenhilfe, einer Buchstelle, oder einer Privatverrechnungsstelle. Der zweite Teil Ihrer Buchführung wird um so reibungsloser vonstatten gehen, je besser die von Ihnen im ersten Teil geleistete Vorarbeit ist. Das bedeutet nicht etwa, je mehr Schreibarbeit Sie selbst vorher leisten, desto leichter haben es die vom zweiten Teil, nein, im Gegenteil, je besser Ihre Vorarbeit organisiert ist, desto mehr können Sie alle formelle Schreibarbeit anderen überlassen, um die nötige Beweglichkeit, Ruhe, Konzentration und Leistungsfähigkeit für die eigentliche Aufgabe Ihres Berufes zu erhalten.

Diese Organisation beginnt nicht einmal bei Ihnen selbst, sondern bei Ihrem Hauspersonal, bei Ihrer Frau, oder wer sonst Ihren Haushalt führt. Das mag Ihnen vielleicht im Hinblick auf die Buchführung noch nebensächlich erscheinen, aber die Praxis wird Sie bald eines anderen belehren. Kein anderer Beruf erfordert soviel die verständnisvolle Mitarbeit des ganzen Hauses, als der Arztberuf. Außer Ihrer Sprechstunde spielt sich Ihre berufliche Tätigkeit meist außerhalb des Hauses ab. Die Entgegennahme einer Meldung muß bereits in so einwandfreier Form erfolgen, daß Sie damit etwas anfangen können, denn sie bildet die Grundlage für Ihre erste Aufzeichnung. Außer dem Namen ist immer der Vorname, sowie Ort, Straße und Hausnummer zu notieren. Ich sage ausdrücklich: notieren, das heißt schriftlich festlegen. Man hält sich dafür klein geschnittene Zettel oder Meldeböckchen, die man auf feinen Schreibtisch gelegt erhält. Es ist falscher Ehrgeiz des Personals, gemeldete Besuche merken zu wollen, um sie mündlich zu berichten. Sie werden oft gerade in wichtigen Fällen vergessen, zumindest in ihrer Vollständigkeit. Das gleiche gilt für alle möglichen sonstigen Anfragen und Vorkommnisse während der Abwesenheit des Arztes. Auf dem Meldezettel ist zweckmäßig auch die Zeit und die Art der Meldung (z. B. abdringend) anzugeben, und ganz fähiges Personal weiß auch bereits die näheren Umstände einer Erkrankung aus dem Meldenden herauszulockern. Für die Dringlichkeit, Wichtigkeit und Notwendigkeit eines Besuches, für das, was Sie gegebenenfalls an Instrumenten mitzunehmen haben, ist diese erste Form einer Buchführung von nicht zu unterschätzender Bedeutung, was insbesondere in der Landpraxis wichtig ist.

Sie werden in Ihrer Praxis vielfach die Erfahrung machen, daß zunächst alle Besuche möglichst dringend sind. Da ein dringender Besuch in der Berechnung doppelt zählt, ist das nicht ohne Bedeutung. Ich warne Sie allerdings in der Kassenpraxis vor allzu vielen dringenden Besuchen. Sie erhöhen zwar den Durchschnitt Ihrer Leistungen, die Ihnen jedoch letzten Endes wieder gestrichen werden. Dringende Fälle sind solche, bei denen die ärztliche Hilfe ohne Gefahr für das Leben des Patienten nicht versagt werden kann. Diese Fälle sind erfahrungsgemäß bei etwas Routine und bei sorgfältiger Anamnese bei der Meldung äußerst selten. Meist handelt

*) Vortrag, gehalten im Einführungslehrgang für die Kassenpraxis der Landesstelle Bayern der KVD. in Würzburg am 29. März 1935.

es sich hierbei um geburtshilfliche Fälle und um Unfälle ernsterer Natur. In der Kassenpraxis müssen Krankenbesuche bis vormittags 9 Uhr gemeldet werden, andernfalls hat das Kassenmitglied keinen Anspruch auf einen Besuch am gleichen Tage, außer in dringenden Fällen. Das gleiche gilt für Beratungen außerhalb der Sprechstunde und für Nachtbesuche. Bereits hier also haben Sie die Möglichkeit, Ihre Tätigkeit und damit den Wert Ihrer Aufzeichnungen rationeller zu gestalten.

Und nun zu Ihrer Tätigkeit selbst:

Die Aufzeichnungen Ihrer Leistungen müssen zu einer Rechnungsstellung und späteren Auskunftserteilung ausreichen, sie müssen leserlich, übersichtlich und frei von allem unnötigen Beiwerk sein. In der Art und Form der Aufzeichnungen muß ein bestimmtes System liegen. Dabei ist es nicht so wichtig, für welches System Sie sich entscheiden, die Hauptsache ist, daß Sie vom ersten Tage Ihrer Tätigkeit an ein System wählen und nicht erst im Laufe der Jahre sich vom Schmierzettel zur ordentlichen Buchführung erziehen, bzw. erziehen lassen.

Zweckmäßig ist es, nicht gleich mit einer eigenen Erfindung zu beginnen, sondern ein bereits in der ärztlichen Praxis bewährtes Buchführungssystem zu wählen. Als solche sind zu nennen: das ärztliche Journal oder Hauptbuch, die Kartei, die lose Blottbuchführung im Ringbuch u. o. Die Eintreibungen erfolgen, soweit es sich um Sprechstundenfälle handelt, sofort, die Besuchstätigkeit jeden Tag. Letzteres kann nicht genug empfohlen werden, da sich jedes Hin- und Herwechseln von Tag zu Tag unangenehmer bemerkbar macht. Diese tägliche Arbeit ist nicht groß, auch wenn sie oft mit Widerwillen geschieht; sind aber einmahl acht Tage und mehr im Rückstand, dann findet man gewöhnlich keine Zeit und geht nur mit Widerwillen an solche Arbeiten heran.

Wenn ich bereits von der täglichen Eintragung der Besuchstätigkeit gesprochen habe, so setzt dies eine Vorbuchung voraus. Im kaufmännischen Betrieb nennt man dies Kladde, im ärztlichen Betrieb Laufzettel.

Der Laufzettel ist der tägliche Wegweiser für die auszuführenden Besuche; er dient ferner dazu, neu hinzukommende Patienten auf der Progistour aufzunotieren und bildet somit die Grundlage für die täglichen Eintragungen am Schreibtisch. Die Form des Laufzettels kann eine verschiedene sein.

Bewährt hat sich ein einfacher kleiner Notizzettel, der am Kopf mit dem Datumstempel versehen wird und die Namen der Patienten enthält, die an diesem Tage besucht werden sollen. Dies geschieht zweckmäßig in der Reihenfolge, in der man seine Besuchstour nach geographischen Gesichtspunkten, bzw. nach der Dringlichkeit der Fälle zu erledigen beabsichtigt. Nach dem obendlichen Eintrag werden die Besuche auf einen Tages-Tischkalender für den entsprechenden Tag des nächsten Besuches vorgetragen. Der kleine Laufzettel hat den Vorteil, leicht in der Westen- oder Manteltasche getragen zu werden, sodaß man sich jederzeit rasch und unauffällig über die Reihenfolge und Zahl der noch zu erledigenden Besuche orientieren kann. Er hat den Nachteil, daß er leichter verloren gehen kann, was nach meinen eigenen Erfahrungen allerdings sehr selten und auch nicht schlimm ist, da der Tischkalender ja bereits die wesentlichen Besuche enthält.

Anderer Aerzte bedienen sich eines festgebundenen Tageskalenders, in den sie ihre Aufzeichnungen eintragen und den sie auch gleich für die Vortragung benutzen. Solche Kalender, wie sie meist von Chemischen Fabriken zur Verfügung gestellt werden, jedoch als ausschließliche Auszeichnung und Buchführung zu benutzen, ist dringend abzuraten. Es sind zwar die täglichen Leistungen eingetragen, aber die spätere Zusammenstellung für die Rechnung ist äußerst zeitraubend und, wenn dies eine Hilfskraft

tun soll, meist unmöglich. Wir wissen aus Erfahrung, daß die Mehrzahl derjenigen Kollegen, die immer über die Abrechnung feufzen, sich ausschließlich dieser Art der Buchführung bedient. Sie lassen oft ein ganzes Vierteljahr zusammenkommen und finden dann keine Zeit mehr, die Leistungen für jeden Patienten zusammenzutragen. Zudem sind die Aufzeichnungen meist sehr mangelhaft, wodurch ein gut Teil von ihnen bei der Rechnungsstellung vergessen wird, weil man sich nicht mehr an sie erinnern kann. Der Kalender kann also nur dann empfohlen werden, wenn die Leistungen täglich in das Hauptbuch, oder in die Kartei für jeden Patienten eingetragen werden.

Ein sehr beliebter, weit verbreiteter und seit vielen Jahren bewährter Laufzettel ist der vom Verlag der Ärztlichen Rundschau von Otto Smelin, München, herausgegebene bzw. das Mensingasche Monatsheft, das im Verlag der Buchhandlung des Verbandes der Aerzte Deutschlands, Berlin SW 19, erschienen ist, oder das Ärztliche Taschenbuch von Dr. Blume, das vom Verlag H. Meyer, Halberstadt, zu beziehen ist.

Abgesehen von kleinen Abweichungen, ist das Prinzip bei allen das gleiche. Dieser Laufzettel ist als kleines Oktavheftchen bequem mitzuführen und ist für die Eintragungen eines ganzen Monats gedacht. Neben dem nötigen Raum für die Personalien, Diagnose usw., sind 31 Tageshäuschen für jeden Patienten vorgesehen. Der Vorteil dabei ist klar. Die Art der Eintragung entspricht fast der der späteren Rechnungsstellung, sie ist wenigstens für einen Monat für jeden Patienten fortlaufend. Kollegen mit kleinerer Praxis verwenden oftmals gar zwei oder drei Zeilen, so daß sie zwei oder drei Monate zusammen haben. Die Uebersicht ist eine recht gute. Es genügt, in der betreffenden Tagespalte nach unten zu sehen, um zu wissen, was an diesem Tage zu tun ist. Ebenso einfach ist der Vortrag für den nächsten Besuch. Die Einteilung des Heftchens erfolgt meist nach geographischen Gesichtspunkten, also nach Straßenzügen oder auf dem Lande nach Ortschaften, wodurch die Auffindung der Patienten erleichtert wird. Bei ordentlicher und sauberer Führung dieser Monatshefte kann die Führung einer Kartei oder eines weiteren Journals entbehrt werden.

Daß bei allen Notizen der Vermerk ob Kassen- oder Privatpatient mit der wichtigste ist, wird auch vom Anfänger rasch begriffen. Beim Kassenpatienten ist der Name der Kassen, bei Familienmitgliedern außerdem der des Versicherten ebenfalls zu notieren. Zweckmäßig ist ein Zeichen anzubringen über das Vorliegen eines Krankenscheines. Am einfachsten setzt man beim Fehlen des Krankenscheines vor den Namen der Kasse ein Minuszeichen, das nach Beibringen des Scheines in ein Pluszeichen verwandelt wird, so daß man stets auch über diesen wichtigen Punkt bei der Ausübung der Kassenpraxis auf dem Laufenden ist. Handelt es sich um einen Privatpatienten, so ist immer wichtig, besonders bei häufigen Namen, der Vorname, die Straße und die Hausnummer, sowie der Name des Zahlungspflichtigen. Zahlungspflichtig ist grundsätzlich derjenige, der den Arzt hat rufen lassen, oder den Auftrag dazu gegeben hat; bei Familienangehörigen der Unterhaltspflichtige. Bei Zweifel über die Zahlungsfähigkeit eines Patienten ist eine Klarstellung bereits bei der ersten Inanspruchnahme sehr ratsam, was natürlich mit dem nötigen Feingefühl erfolgen soll. In Fällen, in denen die Zahlungsunfähigkeit klar zutage tritt und keine zahlende Stelle zu ermitteln ist, empfiehlt sich die vorsorgliche Anmeldung beim Orts-, bzw. Bezirksfürsorgeverband, was lt. gesetzlicher Vorschriften innerhalb 3 Tagen nach Beginn der Behandlung zu geschehen hat. Zu warnen ist vor Ausstellung von Kassenrezepten,

in Fällen, in denen kein Krankenschein vorgelegt wird und die Anspruchsberechtigung nicht absolut sicher angenommen werden kann.

Der ärztliche Laufzettel hat insbesondere für den Landarzt nach eine andere wichtige Bedeutung. In der Landpraxis fallen außer den üblichen Leistungen bei Besuchen an Orten mit mehr als 2 km Entfernung von der Wohnung des Arztes Wegegebühren an.

Nehmen Sie die Aufzeichnung und richtige Verteilung auf Ihrem Laufzettel vor, dann ist eine unbeabsichtigte doppelte Berechnung völlig ausgeschlossen und man kommt zudem nicht in einen falschen Verdacht. Damit wollen wir das Kapitel über den Laufzettel verlassen und uns nach einmal einprägen, daß ohne den Laufzettel eine gewissenhafte Ausübung der Praxis und eine ardentliche Buchführung des Arztes unmöglich ist.

Nun zur eigentlichen Buchführung selbst:

Das zuletzt als Laufzettel erwähnte Monatsheft kann, wenn es sauber und ardentlich geführt wird, als alleinige Buchführung genügen. Für die Privatpraxis werden Sie allerdings nach ein Hauptbuch führen müssen, in das Sie den Schuldner, den Tag der Rechnungstellung, die Höhe der Liquidation und den Bezahlt- bzw. Mahnvermerk eintragen. Ein solches Hauptbuch ist beispielsweise im Verlag von Meyer-Halberstadt in Verbindung mit dem abenerwähnten Laufzettel erschienen. In allen anderen Fällen ist die Führung eines ärztlichen Journals mit Register oder einer Kartei unerlässlich.

Wenn Sie schon außer dem Laufzettel eine Buchführung sich einrichten, dann rate ich Ihnen zur Kartei. Sie hat den Vorzug der Uebersichtlichkeit, der Griffbereitschaft in der Sprechstunde, der Möglichkeit für alle notwendigen Notizen, zu denen Sie bei Betriebsunfällen, landwirtschaftlichen Unfällen, Haftpflichtfällen usw., verpflichtet sind. Sie haben auch den Vorteil, daß Sie die einzelnen Karteiblätter nach Kassen- und Privatpatienten durch verschiedene Farben unterscheiden können. Für die Kassenabrechnung ergibt sich die Möglichkeit, von vorneherein die Patienten nach den verschiedenen Kassen zu sortieren, wobei sie sogar schon alphabetisch geordnet sind, sodaß eine doppelte Aufzählung eines Falles vermieden wird. Bekanntlich zählt jeder Kassenpatient einer und derselben Kasse im Kalendervierteljahr nur als ein Fall, auch wenn er an zwei verschiedenen Krankheiten gelitten hat und dafür zwei Krankenscheine vorhanden sind. Journale und Karteiblätter sind in reicher Auswahl durch die Med. Verlagsbuchhandlungen zu beziehen. Schließlich möchte ich noch erwähnen, daß, soweit mir dies in Bayern bekannt ist, auch ein direkter Eintrag der Kassenleistungen in die für die Abrechnung vorgeschriebenen Kassenblatts erfolgen kann, die mit einem Register versehen und auch durchzuschreiben sind.

Für die Rechnungstellung selbst ist wichtig, die Kenntnis der Gebührenordnungen, der Preuga (= preußische Gebührenordnung) und der Adga (= allgemeine Deutsche Gebührenordnung). Ihre eingehendes Studium, insbesondere des allgemeinen Teils und der Anmerkungen vor jeder kassenärztlichen Tätigkeit kann nicht dringend genug empfohlen werden. Für die reichsgesetzlichen Krankenkassen (d. s. alle Orts-, Betriebs-, Innungs- und Landkrankenkassen), Fürsorgeverbände, Postbeamtenkrankenkassen, Knappschaftskassen und Zugeteilte gelten die Mindestsätze der Preuga. Für die Ersatzkassen gilt die Adga, und zwar die speziell für die Ersatzkassenpraxis bearbeitete Adga.

Die Gebührenordnungen, ihre Anwendung und richtige Auslegung im einzelnen hier zu erläutern, würde über den Rahmen dieses Vortrages hinausgehen, da sie eine kleine Wissenschaft für sich sind. Ihre zuständige Prüfungsstelle wird jedoch gerne bereit sein, Ihnen am Anfang mit Rat und Tat beizustehen,

jaferne Sie nur den Versuch dazu machen. Es sind auch Bestrebungen im Gange, die Vielheit der heute nach gültigen Positionen der Gebührenordnungen zu beseitigen und auf einen einfachen Nenner zu bringen.

Wenn Sie also nunmehr in all diese Kenntnisse eingedrungen sind, kann die eigentliche Rechnungstellung beginnen. Sie erfolgt auf die von Ihrer zuständigen Prüfungsstelle vorgeschriebenen Formulare. Sie mit all den Einzelheiten einer solchen Abrechnung heute zu belasten, halte ich nicht für zweckmäßig. Denn erstens haben Sie es bis zum Fälligerwerden der ersten Abrechnung doch wieder vergessen und zweitens könnte ich Ihnen doch nur das gerade jetzt und zwar für Bayern gültige Abrechnungsverfahren erklären. Auch hier werden Sie sich wieder unter die Sittiche Ihrer Organisation begeben müssen, um es dann meistens dennoch falsch zu machen. Erlauben Sie mir bei dieser Gelegenheit die Erteilung eines guten Rates: Haben Sie nicht den Egoismus und falschen Ehrgeiz, bei dieser Abrechnung alles allein verstehen und machen zu wollen, wenn Sie am Ende die Abrechnung gar nicht selbst oder nicht allein machen. Nehmen Sie also alle diese, Ihnen einmal vorzutragenden Weisheiten nicht in sich auf, um sie in sich zu verschließen oder um sie entstellt zu Hause wiederzugeben, sondern bringen Sie diejenige Person, die Ihnen Ihre Bücher führt, zu dieser Besprechung mit, dann wird dies für Sie und für Ihre Prüfungsstelle nur von Vorteil sein.

Lassen Sie mich auch einige Worte zur Rechnungstellung in der Privatpraxis sagen:

Auch in der Privatpraxis soll der Arzt auf eine ardentliche und regelmäßige Rechnungstellung sehen. Es gibt immer noch Aerzte, die immer über schlechte Einnahmen jammern, die immer in Geldschwierigkeiten sind und deswegen immer den Weg der Darschüsse wählen. Wenn man sie aber nach ihren Außenständen fragt, wenn man sie fragt, wann sie das letztmal Rechnungen hinausgeschickt haben, wann gemahnt wurde, dann enthüllt sich ein trauriges Bild einer Buchführung. Gatt sei Dank gibt es Arztfrauen, die sich dieser Sünder annehmen, sanft könnte es manchmal sein, daß oft nicht das nötige Bargeld zur Bestreitung der täglichen Bedürfnisse im Hause ist. Schuld an dieser Misere ist allein die Schlampererei des Herrn Haushaltsvorstandes, der zumeist nach recht grab werden kann, wenn man ihm nach des Tages Mühe und Last eine ja aufreibende Tätigkeit wie die des Rechnungsfreibens zumutet.

Doch auch hier kann dem Vielgeplagten geholfen werden.

Es gibt im ganzen Reiche eine graße Anzahl von gutgeleiteten Privatverrechnungsstellen, die dem Arzt all das Unangenehme, das Geschäftliche im Verkehr mit seinen Patienten abnehmen. Wer diese Einrichtung einmal praktisch erprobt hat und sich von den, von interessierten Kallegenkreisen geäußerten Darurteilen befreit hat, wird seine Forderungen grundsätzlich von einer solchen Stelle einziehen lassen. Aufklärung hierüber können Sie jederzeit unverbindlich von diesen Stellen erhalten.

Meine Herren Kallegen, was Sie bisher über die Buchführung des Arztes gehört haben, bezog sich auf die Aufzeichnung und Verrechnung der Leistungen. Das ist nun einmal eine notwendige Tätigkeit, der Sie sich nicht entziehen können, wenn Sie von Ihrer Arbeit auch einen klingenden Erfolg sehen wollen. Der zweite Teil Ihrer Buchführung umfaßt die Aufzeichnung Ihrer Einnahmen und Ausgaben, zu der Sie laut Gesetz verpflichtet sind. Daran haben Sie, aber auch das Finanzamt, ein Interesse. Ihre Einnahmen aus der Kassenpraxis werden heute bis auf den letzten Heller erfasst durch die ärztlichen Abrechnungsstellen. Die übermittelten Kantaauszüge geben Ihnen die not-

wendigen Unterlagen. Da die Abrechnungsstellen zur Auskunft dem Finanzamt gegenüber verpflichtet sind, ist die lückenlose Aufzeichnung der Kasseneinnahmen unbedingt notwendig. Man bedient sich dazu eines der in den medizinischen Verlagsbuchhandlungen erhältlichen ärztlichen Kassabücher. Die Einnahmen aus der Kassenpraxis und aus der sonstigen ärztlichen Tätigkeit in der Sozialversicherung sind umsatzsteuerfrei. Die Einnahmen aus der Privatpraxis, für die man den Kontoauszug einer Privatverrechnungsstelle zugrunde legen kann, sind umsatzsteuerpflichtig, desgleichen die Einnahmen aus der Gutachtertätigkeit usw. Wer einer Privatverrechnungsstelle angehört und seine sämtlichen Forderungen durch sie gehen läßt, dessen Buchführung ist auf der Einnahmenseite denkbar einfach. Bemerken möchte ich noch, daß die Privatverrechnungsstellen dem Finanzamt gegenüber nicht zur Auskunft verpflichtet sind.

Es kann nicht genug empfohlen werden, dem Finanzamt gegenüber, was die Einnahmen betrifft, aufrichtig zu sein. Dagegen wird von vielen Kollegen viel zu wenig Gebrauch gemacht von der Möglichkeit, den Gewinn, das ist das Reineinkommen, um die wirklichen Werbungskosten, oder wie es jetzt heißt, „Betriebsausgaben“, zu vermindern.

Hier muß Ihre Tätigkeit einsetzen, indem Sie jeden Pfennig, den Sie zur Führung und Erhaltung Ihrer Praxis ausgeben, aufzeichnen und die Belege dafür sammeln.

Meine Herren Kollegen, das ist einer der wichtigsten Teile Ihrer Buchführung, in dem Sie von Ihrer Gattin verständnisvoll und sehr wirksam unterstützt werden können. Auch diese Tätigkeit wird Ihnen abgenommen, wenn Sie einer Steuerberatungs- oder Buchstelle beitreten. Allerdings, um die erste Aufzeichnung kommen Sie nicht herum. Sofern Sie keiner Buchstelle beitreten, empfiehlt es sich, bei gewissenhafter Aufzeichnung aller Einnahmen und beruflichen Ausgaben, die erste Steuererklärung von einem in ärztlichen Dingen bewanderten Steuerberater anfertigen zu lassen; Sie sparen unter Umständen viel Geld.

Damit wäre ich am Schlusse meiner Ausführungen angekommen. Wenn es mir gelungen ist, in Ihnen die Ueberzeugung zu wecken, daß die ordentliche Buchführung des Arztes nicht etwa eine lästige Vorschrift und unvermeidliche Pflicht darstellt, sondern vielmehr eine unerläßliche Voraussetzung für eine gedeihliche und freudige Arbeit, sowie für ein reibungsloses Zusammenarbeiten mit allen in Betracht kommenden Stellen ist, dann hat dieser Vortrag seinen Hauptzweck erfüllt.

Dann darf ich auch den eingangs erwähnten Satz: „je besser der Arzt, desto schlechter seine Buchführung“ umprägen in den Satz:

„Zu einem guten Arzt gehört auch eine gute Buchführung!“

Zur Frage der Hausapotheken.

Erwiderung auf den Artikel des Herrn Apothekenbesizers Pündtner in Nr. 14 des Aerzteblattes von Bayern.

Zu obigem Thema sind in Nr. 14 des Aerzteblattes von Bayern zwei Artikel erschienen, die sich mit meinem Vortrag zu dieser Frage beschäftigen. Diese Äußerungen neben einer großen Zahl von Zuschriften interessierter Kollegen beweisen mir, daß von einer befriedigenden Lösung der Hausapothekenfrage noch keine Rede sein kann. Da sich die Ausführungen des Herrn Kollegen Schmidt (Aschaffenburg) mit den von mir geäußerten Gedankengängen decken, brauche ich mich nur mit der Veröffentlichung des Herrn Apothekenbesizers Pündtner beschäftigen.

Wenn in Bayern die Zahl der Hausapotheken verhältnismäßig groß ist, so hat das eben seinen Grund in der wenig dichten Besiedlung des Landes, dem Fehlen größerer Orte, die einer Vollapotheke Existenz gewähren, und der dadurch erschwerten Arzneimittelversorgung der Bevölkerung.

Ebenfalls um diese zu erleichtern, bzw. überhaupt zu ermöglichen, hat der Staat die ärztlichen Hausapotheken zugelassen. Daß er damit eine Einnahmequelle für den Arzt schaffen wollte, wurde von uns nie behauptet. Aber eins muß einmal klar herausgestellt werden: Nie hat der Staat verlangt, daß der Arzt die Tätigkeit der Arzneimittelabgabe und Bereitung unentgeltlich ausübt. Wenn wir schon die Arbeit des Handapothekenbesizers verrichten, zu der wir uns durch eine abgelegte Prüfung qualifizierten, so hoben wir auch ein Recht auf das Entgelt, das der Apotheker für seine Arbeitsleistung beansprucht. Der alte Spruch, die ärztliche Hausapotheke darf keine Erwerbsquelle für den Besizer sein, ist vollständig abwegig. Wenn der Arzt schon im Interesse des arzneibedürftigen Publikums zusätzliche Arbeit leistet, so kann er auch fordern, daß er dafür in der üblichen Weise wie der Apotheker honoriert wird. Wir verlangen ja auch nicht, daß beispielsweise die Apothekerschaft zugunsten minderbemittelter Volkskreise auf einen Teil ihrer Arbeitsentlohnung verzichtet.

Von einem Hausapothekenschacher ist mir kein Fall bekannt geworden. Ein solcher wäre auch ganz unmöglich, da ja die Vergebung der frei werdenden Arztstellen nicht mehr in dem Belieben des Arztes bzw. seiner Erben liegt, sondern einzig und allein Sache der Zulassungsausschüsse ist, die bei der Neubesezung durch ganz bestimmte Richtlinien gebunden sind. Im Gegenteil, wie schon Herr Dr. Schmidt ausführte, ist bei Auflösung der Praxis durch Tod, Uebertritt in Beamtenstellung oder Wegzug die Veräußerung der Vorräte und Hausapothekeneinrichtung an den nachfolgenden Kollegen, wenn überhaupt, meist nur mit erheblichen Verlusten möglich.

Der Grund des Nichtbezugs bei den vorgeschriebenen Lieferapotheken ist, wie ich bereits ausgeführt habe, der von manchen Apothekenbesizern gewährte ungenügende Rabatt, der ein verlustloses Führen der Hausapotheke unmöglich macht. Ich gebe gerne zu, daß eine für sämtliche bayerischen Apotheken verbindliche Lieferpreisregelung getroffen wurde; aber was hilft das, wenn diese die Vorschriften nicht einhalten. Ich selbst habe der Verwaltungsstelle Bayern der deutschen Apothekerschaft solche Fälle benannt und es wurde mir auch versprochen, daß Abhilfe geschaffen würde. Aber solange diese Vorschriften nicht strikte befolgt werden, ist ein reibungsloses Zusammenarbeiten unmöglich.

Und es muß leider einmal gesagt werden: Wenn das Verhältnis zwischen Lieferapotheke und Arzt häufig ein gespanntes ist, so trägt dazu recht oft das Verhalten der ländlichen Apothekenbesizer bei, die durch Beratung des Publikums und Abgabe von Arzneien ohne ärztliche Verordnung den Arzt ausschalten und sicherlich dabei nicht im Interesse der Volksgesundheit handeln. Wir Hausapothekenbesizer pfuschen den Apothekern nicht ins Handwerk. Wir sind zur Arzneimittelbereitung und Abgabe durch einen vorgeschriebenen Befähigungsnachweis berechtigt. Die direkte Abgabe von Arzneimitteln an das Publikum unter Umgehung des Arztes ist aber in vielen Landapotheken heute noch gang und gäbe trotz des bestehenden Verbots und ich kenne fast keinen Landarzt, der darüber nicht zu klagen weiß.

Es ist ohne Zweifel, daß eine gewisse Beunruhigung in den beteiligten Aerztekreisen durch die von Seiten der Apothekerschaft in den letzten drei Jahren gegen die bestehenden Hausapo-

theken betriebene Aktion ausgelöst wurde. Ich glaube, es wäre entschieden erfolgversprechender gewesen, einmal gegen den heute immer noch blühenden Hausierhandel mit Medikamenten, besonders aber gegen den Arznei- und Geheimmittelverstand, der von einer Reihe von Apothekenbesitzern mit lauter Propaganda und großem pekuniären Erfolg, aber sicher nicht im Interesse der Volksgesundheit betrieben wird, vorzugehen, als auf die Beseitigung nicht genehmer Hausapotheken hinzuarbeiten.

Es ist mir nicht erinnerlich, daß auch nur ein einziges Mal von ärztlicher Seite die Bewilligung zur Führung einer Hausapothekes aus dem Grunde verlangt wurde, damit ein Arzt sein Auskommen findet. Ich habe mich lediglich bemüht nachzuweisen, daß eine große Zahl ländlicher Arztstiche mit der Aufhebung der Hausapothekes verschwinden würden, und zwar gerade in dünn bevölkerten, verkehrstechnisch schlecht gestellten Bezirken. Eine Verschlechterung der ärztlichen Versorgung bedeutet aber immer eine Gefährdung der Volksgesundheit.

Es ist also in erster Linie die Ermöglichung einer bestmöglichen ärztlichen Versorgung großer Teile des flachen Landes, die die Erhaltung der ärztlichen Hausapothekes notwendig macht. Eine nicht geringe Zahl von Kollegen hätte ohnedies nichts dagegen, wenn an ihrem Praxissitz eine Vollapothekes errichtet würde. Denn der wirkliche Nutzen aus dem Hausapothekesbetrieb ist, wie mir zahlreiche Zuschriften bestätigen, recht mäßig.

Aus diesem Grunde kann dem Arzt aus einem vernünftigen Rechte heraus nicht zugemutet werden bei Lieferapothekes zu kaufen, die verkehrstechnisch für ihn ungünstig liegen und einen Mehraufwand von Portos, Telefonausgaben und Beförderungskosten notwendig machen. Eine Gefährdung der Gesundheit durch verspätete Arzneibelieferung ist im Zeitalter des Verkehrs ganz und gar nicht so ausgeschlossen, wie Herr Pündtner meint, wenn beispielsweise bei plötzlich auftretenden gehäuften Diphtherieerkrankungen ein Mehrbedarf an Seren notwendig wird, die durch die ungünstig gelegene Lieferapothekes vielleicht nach zwei Tagen beigebracht werden. Was bleibt da dem Arzt über, als selbst das Notwendige aus der schnell und nächst erreichbaren Apothekes beizuschaffen ohne Rücksicht auf die für ihn dadurch entstehenden Mehrauslagen. Herr Pündtner scheint eben doch den Verdienst aus der ärztlichen Hausapothekes mit dem Ertragsmaßstab der Vollapothekes zu messen, sonst könnte er nicht annehmen, daß der Hausapothekesbetrieb so viel abwirft, daß er sub forma Arzneimittelversorgung Luxusfahrten in die Großstadt gestattet. Wenn Herr Pündtner einen solchen Zusammenhang andeutungsweise konstruiert, so erscheint diese Gedankenbeziehung unsachlich. Lieferapothekes liegen nicht nur im Umkreis der Großstadt und es ist ein wenig rentierliches Unternehmen, wenn der Arzt sich gezwungen sieht, oft aus der Praxis heraus in die nächstgelegene größere und damit leistungsfähigere Apothekes fahren zu müssen, um einen dringend gewordenen Arzneimittelbezug mit Sicherheit erledigen zu können.

Kann auf der einen Seite nicht verlangt werden, daß eine kleine Landapothekes beim raschen Wechsel der Behandlungsfälle und Behandlungsmethoden jedes gerade notwendige Arzneimittel auf Lager hat, so kann andererseits das Verhalten des Arztes keine berechtigte Kritik erfahren, wenn er in solchen Fällen die Medikamente dort bezieht, wo sie sicher und schnell zu haben sind. Aber darüber hinaus wird nochmals festgestellt, daß auch beim Bezug sonstiger Arzneimittel durch manche un-

günstig gelegene Lieferapothekes eine oft unverständlich lange Verzögerung der Belieferung zur Erfahrung einer großen Zahl von Handapothekesbesitzern gehört.

Wir wissen selbstverständlich, daß der Bezug aus dem Großhandel oder von Versandapothekes unstatthaft ist; ebenso, daß von der vorgeschriebenen Lieferapothekes zu kaufen ist. Aber, wenn der Bezug dort erhebliche Nachteile für den Arzt mit sich bringt, muß ihm die Möglichkeit gegeben sein, nach Klarlegung der Verhältnisse bei der zuständigen Behörde die Belieferung durch eine günstiger gelegene Apothekes zu erwirken. Einen Nachteil für die Apothekerschaft kann ich aus dieser Lösung nicht ersehen; denn eine der nächstgelegenen Apothekes wird ja doch zur Lieferung herangezogen.

Und nun zu dem neuen Gedanken der Arzneimitteldepots. Ich habe zu diesem Vorschlag von sehr vielen Kollegen Zuschriften erhalten; alle lehnen ab und ich muß mich anschließen.

Vor allem, weil mit einer Depoterrichtung die Spezialitätenverschreiberei noch mehr blühen wird; denn dafür kämen doch in erster Linie nur Dauerpräparate in Betracht, gleichgültig, ob diese nun von der Industrie oder von der Standesgemeinschaft der deutschen Apotheker hergestellt werden. Vergängliche Arzneimittel, die sich nur einige Tage halten, wie Infuse, Dekokte, empfindliche Mixturen usw. würden aus dem Arzneischatz der Hausapothekes verschwinden. Früher hieß es doch immer, die Apotheker würden nichts mehr verdienen, weil nur mehr Spezialitäten verordnet würden; jetzt scheint dies auf einmal anders zu sein. Mit Einführung des Arzneimitteldepots müßte der Hausapothekesbesitzer auf die persönliche Note der Arzneiverordnung verzichten.

Auch würde die Arbeit für den depotführenden Arzt noch größer statt kleiner, namentlich die Schreiberei. Er müßte zu den jetzt schon notwendigen Journalen noch ein Depotbuch führen; denn er muß doch den Verbrauch ausweisen können. Die Rezepte müßten nach wie vor ausgeschrieben und auch tagiert werden; sonst kann er ja nicht den Rezeptanteil der Familienversicherten kassieren, der ebenso wie der 25-Pfennig-Rezeptbeitrag durch den Arzt eingezogen werden muß. Wie ist es nun, wenn der oft recht beträchtliche Arzneikostenanteil bei Familienversicherten nicht bezahlt wird, weil der Familienvater, beispielsweise erwerbslos, kein Geld hat? Haftet der Arzt dann der Lieferapothekes für den nichteingegangenen Betrag oder muß er bei Nichtbezahlung die Abgabe der Arznei verweigern?

Nebenbei bemerkt, bekommen wir Hausapothekesinhaber nur einen sehr geringen Teil der Beträge für Rezeptanteile herein. Der Apotheker kann bei dessen Nichtbezahlung die Abgabe der Rezeptur verweigern. Mir als Arzt ist das nicht gut möglich; denn ich kann eine Verordnung von mir in der Sprechstunde nicht dadurch illusorisch machen, daß ich den Patienten die Arznei nicht abgebe, weil sie eben das nötige Geld für den Rezeptanteil nicht bei sich haben. Dadurch gehen uns oft erhebliche Beträge verloren. Die Lieferapothekes wird aber darauf nicht verzichten wollen und wir werden für die nichteingehenden Summen haften müssen. Ähnlich wird es auch in der Privatpraxis sein, wenn höhere Arzneimittelrechnungen von den Patienten nicht bezahlt werden.

Selbstverständlich wird der Arzt auch die Haftung für die Arzneien, die in seinem Depot lagern, zu übernehmen haben, ebenso die Auslagen für Portos und Telefon. Auf die Schereien mit der ländlichen Privatklientel, die plötzlich von einer Apothekes die Medikamentenrechnung erhält, von der sie nichts bezogen hat, will ich gar nicht eingehen. Kurzum, der Arzt

würde der schlecht honorierte Verkäufer der Lieferapotheke werden und Schwierigkeiten und Streitereien gäbe es mehr denn je.

Da ist es dann schon besser, es bei dem jetzigen Zustand zu belassen, der sich immerhin schon fast hundert Jahre lang bewährt hat. Wir ersparen uns dabei einen Ministerialerlaß und viel Aerger. Schließlich kann es sich doch nur darum handeln, wie vollzieht sich die ärztliche und Arzneimittelversorgung der Landbevölkerung am reibungslosesten und raschesten. Ohne ärztliche Hausapotheken ist sie heute noch nicht gut denkbar. Darum müssen diese erhalten bleiben, selbst auf die Gefahr hin, daß dadurch ein geringer Verdienstausfall für manchen Apothekenbesitzer entsteht.

Dr. Hirtreither, Petershausen,
Vertrauensmann für ärztliche Hausapotheken.

Der Regelbetrag.

Die Geltendmachung von Ersatzansprüchen auf Grund des § 23 der Vertragsordnung (Haftung für unwirtschaftliche Verordnungen) durch verschiedene Krankenkassen und die dabei herausgekommenen teilweise erheblich hohen Regressforderungen an einzelne Aerzte haben eine begreifliche Beunruhigung verursacht. Sind doch die Fälle gar nicht so selten, in denen von einzelnen Aerzten Rückzahlungen in Höhe von mehr als 1000 RM. verlangt werden und wo die Rückforderungen das Kassenhonorar des einzelnen Arztes überschreiten. Diese Ueberraschung ist in erster Linie darauf zurückzuführen, daß die Handhabung des § 23 der Vertragsordnung bislang unterblieben ist und infolgedessen zu der irrigen Ansicht führte, daß seine praktische Durchführung kaum jemals ernstlich in Betracht kommen könnte. Wir wollen hoffen, daß bei den nunmehr notwendigen Verhandlungen von Seiten der Krankenkassen auf die Erhaltung der wirtschaftlichen Existenzfähigkeit der Aerzte genau so Rücksicht genommen wird, wie die Aerzteschaft dieses den Kassen gegenüber getan hat und tun wird. Von einer zu Verlusten führenden Benachteiligung der Kassen könnte nur die Rede sein, wenn der Gesamtbetrag für Arzneiverordnungen, der auf Grund des ermittelten Regelbetrags, wenn auch nur theoretisch, bereitgestellt war, durch die Verordnungen der Aerzte überschritten wurde. Dieses dürfte wohl in keinem Falle zutreffen. Ohne das verantwortungslose Handeln einzelner Aerzte hiermit entschuldigen zu wollen, sei doch bemerkt, daß eine rigorose Handhabung der Vertragsbestimmungen u. E. moralisch nicht zu rechtfertigen wäre, da sie einerseits eine nicht auf Leistung beruhende Bereicherung der Kassen bedeuten, andererseits aber dazu angetan sein würde, ärztliche Existenzen zu bedrohen. Diese Auffassung dürfte übereinstimmen mit der in Nr. 12 des Deutschen Aerzteblattes S. 288 wiedergegebenen Äußerung Dr. Walters: „Der Regelbetrag ist nur äußerlich ein Schutzmittel für die Krankenkassen gegen eine Uebersteigerung der Arzneiauslagen — dem Wesen nach jedoch ein Hilfsmittel für die Erziehung der Kassenärzteschaft zum gewissenhaften Denken und Handeln.“ Gewiß soll nicht bezweifelt werden, daß den Kassen de jure das Recht zu einer „Bestrafung“ zusteht. Als entlastend für die Aerzteschaft ist aber zu berücksichtigen, daß es noch andere Leute zu „erziehen“ gibt, durch deren „Umgang die guten Sitten der überwiegenden Zahl regreßpflichtig gemachter Aerzte erst verdorben wurden“. Darauf soll später noch zurückgekommen werden. Zunächst sei im einzelnen kurz erklärt, was unter Regelbetrag zu verstehen ist, wieso Verstöße gegen ihn zustande kommen und auf welche gesetzlichen Bestimmungen sich die Regressforderung bei Ueberschreitung des Regelbetrages stützt.

Bereits im § 14 der Vertragsordnung ist vorgeschrieben,

daß über die Verordnung von Arznei und Heilmitteln besondere Richtlinien festzusetzen sind. Es ist weiterhin in diesem Paragraphen bestimmt, daß bei Abschluß des Gesamtvertrages ein Regelbetrag, d. i. ein Durchschnittsbetrag für Arznei pro behandeltem Fall, zwischen den Vertragsparteien zu vereinbaren ist. Dieser wird unter Zugrundelegung eines durchschnittlichen wirtschaftlichen Verbrauchs von Arznei und Heilmitteln, nach Gruppen von Aerzten unterschieden, festgesetzt. Als Richtlinien für die wirtschaftliche Arzneiverordnung gelten die unter dem 15. Mai 1925 bereits aufgestellten. Die Ermittlung und Festsetzung der Höhe des Regelbetrags ist meistens den Parteien, die den Gesamtvertrag abschlossen, überlassen worden. In § 23 der Vertragsordnung sind Bestimmungen über die Haftung des einzelnen Arztes bei Ueberschreitung des Regelbetrages getroffen. Um noch einen gewissen Spielraum zu lassen und damit dem Arzt in seiner Verordnungsweise keine unnötigen Hemmungen aufzuerlegen, ist in jedem Gesamtvertrag ein Hundertsatz festgelegt, um den der Regelbetrag überschritten werden darf, ohne daß eine Regreßpflicht eintritt.

Die Ermittlungen etwaiger Regelbetragsüberschreitungen mußten für jeden einzelnen Arzt vorgenommen werden. Es geschah in der Weise, daß die Gesamtzahl der Fälle des Arztes in einem bestimmten Zeitraum dividiert wurde in die Gesamtarzneikosten, die die Verordnungen des betreffenden Arztes im gleichen Zeitraum verursachten. Ergab sich dann ein durchschnittlicher Betrag, der über dem Regelbetrag plus Freigrenze lag, so war der Arzt regreßpflichtig zu machen. Es war also durch die Einbeziehung aller seiner Fälle eine Kompensationsmöglichkeit zwischen kostspieligen und weniger kostspieligen Fällen gegeben. Ein Verfahren, das in sozialer Beziehung gewisse Gefahren in sich bergen kann, aber immerhin doch zu einer leidlich gerechten Beurteilung der gesamten Verschreibeweise eines Arztes führte. Die Ueberschreitung des Regelbetrages bei einem Arzt muß von der betreffenden Kasse der zuständigen Bezirksstelle der KVD. bekanntgegeben werden, ebenso wie der Bezirksstelle der KVD. die Unterlagen zur Verfügung gestellt werden müssen, auf Grund derer die Errechnung der Ueberschreitung des Regelbetrages erfolgte. Die Bezirksstelle muß dann die Ermittlungen der Krankenkasse nachprüfen und dem Arzt Gelegenheit zur Stellungnahme geben. Erst wenn diese Erhebungen zuungunsten des Arztes ausgefallen sind, kann eine Haftbarmachung erfolgen. Unter keinen Umständen sind jedoch die Kassen berechtigt, von vornherein die von ihnen festgestellten Regelbetragsüberschreitungen an der der Bezirksstelle zu zahlenden Gesamtvergütung zu kürzen und einzubehalten. Die Bezirksstelle hat Anspruch auf ungekürzte Zahlung des nach der Pauschalberechnung festgesetzten Gesamthonorars.

Nach dieser kurzen Darstellung der kassenrechtlichen Seite soll noch die standesrechtliche Beurteilung derartiger Fälle erörtert werden. Der Arzt besitzt zwar nicht, wie von Krankenkassenseite des öfteren behauptet wird, den Schlüssel zum Geldschrank der Krankenkassen, aber er ist eine Art Treuhänder eines Teils des Vermögens der Sozialversicherungsträger und damit des deutschen Volksvermögens. Der Charakter der Sozialversicherung verlangt von den für diese Anstalt Tätigen eine klare soziale Berufsauffassung, d. h. jeder in der Sozialversicherung arbeitende Volksgenosse muß sich stets dessen bewußt sein, daß die Sozialversicherung keine Einrichtung ist, die ausgebeutet werden kann und daß eine ungerechtfertigte Bereicherung aus Mitteln der Sozialversicherung als Verbrechen an der Allgemeinheit gilt. Es müßte also schon, ohne daß es vertraglicher Strafbestimmungen bedürfte, eine selbstverständliche Pflicht für jeden Kassenarzt

sein, die Mittel der Sozialversicherung so wirtschaftlich wie nur möglich zu verwenden. Für die Arzneiverordnung heißt das nichts anderes, als mit dem geringsten Kostenaufwand den optimalsten Heilerfolg zu erzielen, wobei es darauf ankommt, beide Bedingungen in richtige Beziehung zueinander zu setzen. Mitunter wird ein billiges Heilmittel, das im Arzneimittelschatz als durchaus gebräuchlich für die Behandlung irgendeiner Krankheit erwähnt ist, den erwarteten Heilerfolg später oder weniger wirkungsvoll eintreten lassen als ein im Preise teureres. In diesem Falle würde es als wirtschaftlich anzusprechen sein, das teure Heilmittel von vornherein zu verordnen. Steht indessen fest, daß in der Wirkungsweise des teuren gegenüber dem billigen Heilmittel obsolut kein Unterschied besteht, so ist selbstverständlich dem im Preise niedrigeren Mittel der Vorzug zu geben. Mit der Aufhebung der Arzneiverordnungsbücher ist dem Arzt eine hinreichende Bewegungsfreiheit in bezug auf eine seiner ärztlichen Kunst entsprechende Verschreibeweise gegeben. Weiterer Zweck dieser Maßnahme war, starre Richtlinien, die vom grünen Tisch aus festgesetzt worden, zu beseitigen und eine nach jeder Richtung hin individualisierende Heilweise zu ermöglichen. Hier und da in Erscheinung tretende Gepflogenheiten von Vertrauensapothekern und Rezeptprüfungskommissionen, die Arzneiverordnungsbücher durch den Rotstift des Prüfers zu ersetzen, widerspricht dem Sinn und Zweck der Aufhebungsverordnung. Infolgedessen ist eine Regressforderung, die sich auf das verordnete Mittel und nicht auf die geldliche Ueberschreitung des Regelbetrages gründet, nur in solchen Fällen als begründet anzusehen, wo es sich um wertlose Reklamemittel handelt, oder um Mittel, die nicht einem ausgesprochenen Heilzweck dienen (Schönheitspflege- und Störkungsmittel). Auf weitere Einzelheiten einzugehen, erübrigt sich. Es sei hier nur auf die bereits erwähnten Richtlinien über die wirtschaftliche Verordnung von Arzneimitteln hingewiesen, die alles Wissenswerte entholten.

Ergibt sich aus den Pflichten gegenüber der Allgemeinheit für jeden Kassenarzt die selbstverständliche Verpflichtung, wirtschaftlich zu verordnen, so entstehen aus der Durchführung der Bestimmungen der Vertragsordnung außerdem beachtliche Standespflichten für den Verkehr der Aerzte untereinander. Durch die Anordnung, daß der einzelne Arzt für seine Verordnungsweise verantwortlich gemacht werden soll, ist eine direkte Schädigung anderer Aerzte scheinbar ausgeschlossen. In der Praxis trifft das leider nicht zu. Durch unärztliche Geschäftspraktiken einzelner Aerzte und Losenpropaganda der Heilmittelindustrie und Apotheker ist das Publikum falsch geleitet und daher leider heute immer noch geneigt, dem Arzt den Vorzug zu geben, der am bereitwilligsten auf seine Wünsche in bezug auf Arzneiverordnung eingeht. Der korrekt handelnde Arzt wird solche Patienten abweisen und sie größtenteils künstlich nicht mehr unter seiner Klientel finden, während der leichtfertig handelnde Arzt über solche Gewissensbedenken hinweggeht und infolgedessen seine „Kundschaft im Geschäft“ behält. Es liegt hierin eine besondere Art der Unterbietung, die nach § 9 der Standesordnung zu ohnden wäre. Abgesehen davon ist aber auch das Verhalten solcher Aerzte durchaus dazu angetan, das Ansehen des ganzen Aerztestandes in den Augen der Öffentlichkeit herabzusetzen. Ein Arzt, der seine Pflichten in bezug auf die Arzneiverordnungsweise nicht erfüllt, erweist sich damit als Standeschädling. Die Standesleitung wird sich vorbehalten müssen, alle diejenigen, die aus unlauteren Motiven die Verpflichtung des § 23 der Vertragsordnung nicht einhalten, neben der im Gesamtvertrag vorgesehenen Geltend-

machung von Ersatzansprüchen auch noch disziplinarisch in Strafe zu nehmen.

Nach dieser Hervorhebung der für ihn positiven Seiten des Regelbetrages müssen wir uns aber auch gerechterweise die negativen Seiten ansehen. Sozialversicherungsträger und Aerzte wehren sich gemeinsam gegen den Vorwurf, daß die Sozialversicherten als Patienten zweiter Klasse behandelt würden. Von seiten der Standes- und ihrer Berufspflichten bewußten Ärzteschaft ist solch eine geradezu beleidigende Unterstellung nicht unterschieden genug zurückzuweisen. In gleicher Weise sind wir auch der Ueberzeugung, daß der Leiter einer Krankenkasse es in keiner Weise versäumen wird, seinen Versicherten die beste und wirksamste Hilfe angedeihen zu lassen und insolgedessen auch hier solche Vorwürfe nicht angebracht sind. Trotzdem ist es psychologisch verständlich, wenn durch die Einführung einer rein theoretischen Begrenzung ärztlich-praktischen Handelns die Versicherten — leider auch auf Grund von Äußerungen verärgelter Aerzte — zu einem Gefühl minderwertiger Behandlung kommen. Dieses restlos zu beseitigen, muß das Ziel gemeinsamen Strebens der Sozialversicherungsträger, der Aerzte und der Versicherten sein. Fangen wir bei den letzteren an, so stoßen wir hier bereits auf die eigentliche Ursache des Übels. Sachmännische und laienhafte Aufklärung hoben der Bevölkerung eine gewisse Kenntnis von medizinischen Dingen vermittelt. Es gibt nicht wenige Volksgenossen, die geradezu mit Leidenschaft an sich und anderen herummedikastern. Besonders geistig nachdenkliche Menschen und Berufe, die zum geistigen Nachdenken anregen (Lehrer und Pastöre), kurpfuschern bekanntlich sehr gerne, womit jene harmlose Kurpfuscherei gemeint ist, die ihren Lohn lediglich in dem selbstgefälligen Gefühl erblickt, sich als hilfsreicher Mitmensch auf einem fremden Gebiet scheinbar erfolgreich betätigen zu können. Nicht immer geht die Nächstenliebe dieser Leute so weit, daß sie ihren Opfern auch gleich die Allheilmittel kostenlos zu ihrem „wertvollen“ Rat hinzugeben, vielmehr wird meist angeraten, sich das betreffende Mittel doch auf Kosten der Kasse vom Arzt verschreiben zu lassen. Auf die Verletzung ärztlichen Ehrgefühls durch solche Ansinnen soll hier nicht weiter eingegangen werden. Eine tiefe, sozusagen psychologische Ursache des Übels dürfte aber hiermit aufgezeigt sein. Sie zu beseitigen liegt nicht in der Hand der Aerzte und kann nur durch zunehmende Einsicht der Volksgenossen geschehen.

Weiterhin sollte eine ernsthafteste Heilmittelindustrie und standesbewußte Apothekerschaft es unterlassen, Losenpropaganda im bisherigen Stil zu treiben. Medizinisch gesehen, betreibt sie damit Kurpfuscherei größten Umfangs. Materiell schädigt sie sich dadurch selbst, wie die Anwendung der Regelbetragsbestimmungen immer deutlicher zeigen wird.

Was der Arzt zu seinem Teil an der Aenderung des vorerwähnten Zustandes tun kann, hatten wir größtenteils schon erwähnt, erinnert sei nur daran, Disziplin zu halten und nicht den gönzlich standesunwürdigen Weg zu beschreiten, die Versicherten gegen die Kassen aufzuheizen. Die Sozialversicherungsträger aber mögen sehen, daß sie die Regelbetragsbestimmungen in verständnisvoller Zusammenarbeit mit der ärztlichen Standesführung durchführen. Soweit die Höhe des festgesetzten Regelbetrages einer Nachprüfung bedarf, möge diese schnellstens herbeigeführt werden. Bei der Anwendung der Regressbestimmungen sollte sich keine Kasse von gewinnüchtigen Motiven leiten lassen und Verständnis zeigen, wenn wirtschaftliche Schwierigkeiten für einzelne Aerzte durch allzu strenge Forderungen entstehen. Bestrafung und Strafmaß der Uebeltäter möge sie vertrauensvoll der Standesleitung überlassen, wogegen wir versprechen, durchaus im Sinne unserer Ausführungen das Allgemeinwohl im

Auge zu behalten und reiflich für affensichtliche Verluste der Kassen, die durch unwirtschaftliche Verardnung eintreten sollten, zu haften. Auf dieser Linie wird man sich einigen können und einigen werden.

Dr. Laß.

(Arzteblatt für Lippe u. Westfalen Nr. 8/35.)

Warum Elektrochirurgie.

Eine Betrachtung zum Chirurgenkongreß.

Von Dr. Pitaw, Berlin.

Der bevorstehende Chirurgenkongreß gibt Veranlassung, im Rahmen einer kurzen Abhandlung einer Methade Erwähnung zu tun, die wie Bauer sagte, „mancher alten Operation ein neues Gesicht verliehen hat“ und die, darüber hinaus, „durch ihre besonderen Vorzüge aperotiv Eingriffe an parenchymotösen Organen vielfach erst ermöglicht hat“.

Die Elektrochirurgie, um die es sich hier handelt, ist zum wertvollsten technischen Fortschritt für den Chirurgen in den letzten Jahren geworden. Sie umfaßt alle mit Hochfrequenzströmen auszuführenden operativen Eingriffe und wird in zwei verschiedenen, sich durch ihre Indikationsgebiete und ihre Wundheilungen voneinander unterscheidenden Methaden angewendet, nämlich dem sogenannten Hochfrequenzschnitt und der Elektrokaagulation.

Besondere Vorteile haben der Elektrochirurgie die Wege geebnet und ihre Ueberlegenheit gegenüber den bis dahin üblichen Methoden zutage treten lassen. Als wesentlichstes Merkmal muß die Blutungseinschränkung hervorgehoben werden in Form einer fehlenden Blutung überhaupt oder einer stark verminderten, ein Umstand, durch den die Elektrochirurgie speziell in der Gehirn- bzw. Rückenmarkchirurgie zur Methode der Wahl geworden ist. Ueber die Blutstillung selbst sind wir eingehend unterrichtet; bei der elektrischen Durchtrennung des Gefäßes findet eine augenblickliche Retraktion der Blutfäule statt neben einer Koagulationsthorombase und einer Intimaverflechtung. Bei größeren Gefäßen bedarf es allerdings wegen der Gefahr der Nachblutung oder der Bildung eines postoperativen Hämangioms einer Ligatur. Diese blutstillende Wirkung und das Sparen von Unterbindungen ist z. B. in der Nierenchirurgie von großer Bedeutung, bei der das elektrische Messer dadurch geradezu unentbehrlich ist.

Ein nicht minder wichtiger Vorzug der Elektrochirurgie ist die durch Blockade der Lymph- und Gewebespalten erzielte Vermeidung der Keimverschleppung. Nach Kirschner eignet sich insolgedessen das elektrische Messer sehr gut zur Öffnung von Abszessen, zum Ausschneiden von Furunkeln und Karbunkeln und auch zu Operationen an parenchymotösen Organen wie z. B. dem Kropf. Auch bei der radikalen Behandlung des Mastdarmkarzinoms ist die Gefahr der Wundinfektion sehr gering.

Nicht zu verkennende weitere Vorteile sind die Vermeidung bzw. Verringerung des Operationschocks, der geringe postoperative Schmerz bzw. die unbedeutenden Beschwerden nach Operationen. Durch das elektrische Operieren wird die Bindegewebswucherung ongeregt und damit die Heilungstendenz fördernd unterstützt.

Ueberblickt man das ungeheure Gebiet der Indikationen, so sei an erster Stelle die Gehirnchirurgie genannt. Erst durch das elektrische Operieren konnte die Durchtrennung von Gehirngewebe ohne lästige Blutung vorgenommen und die erschreckend hohe Mortalitätsziffer beträchtlich gesenkt werden.

Ein weiteres und ebenfalls einen välligen Umschwung in den Behandlungsmethaden verzeichnendes Indikationsgebiet ist

die Protophyertrophie neben dem Heer der Nieren- und Blasenkrankungen. Bei der ersteren sanken die Mortalitätsziffern beträchtlich, abgleich auch schwere und aussichtslose Fälle operiert wurden. Von Lichtenberg, der auf diesem Gebiet besondere Verdienste erworben hat, operierte im vergangenen Jahre in den Hauptstädten Argentinien und Brasiliens und fand dort begeisterte Zustimmung zu der von ihm entwickelten Methade des „Unter-Wasser-Schneidens“. Als Therapie der Leukoplokie bedeutet die Elektrochirurgie einen ebenso großen Fortschritt wie die elektrische Behandlung der Gelenktuberkulose (Egger, Pizen), die elektrochirurgische Behandlung der Basedow-Strumo (Nieden), des Lupus durch die elektrische Schlinge usw.

Als Vorzüge und Indikationsgebiete des Hochfrequenzschnittes seien genannt die blutstillende und -schonende Wirkung, Keimvernichtung neben permanenter Sterilität von Instrument und Schnittfläche, fehlendes Impfreizidiv, Gewebeschonung und sehr geringer oder fast fehlender postoperativer Schmerz, außerdem die Reaktionslosigkeit maligner Tumoren bei Probeexzisionen. Außer den verschiedenartigsten Prozessen im Bereich des Schädels bzw. seiner Organe kommen in Betracht gynäkologische, venerologische und uropoetische Leiden. Ein Hauptanwendungsgebiet bilden außerdem die Gehirntumoren in allen Formen.

Grundsätzlich zu unterscheiden von dem elektrischen Schnitt ist die Koagulation oder Verkachung des Gewebes. Keimvernichtung und Unmöglichkeit einer Verschleppung infektiösen Materials auf der einen Seite, blutstillende Wirkung neben geringem Wundschmerz und gute, die Heilung fördernde Eigenschaften des Wundschorfes auf der anderen sind die besonderen Merkmale der Verkachung.

Reiche Erfahrung auf den mannigfachen Gebieten der Chirurgie haben gelehrt, daß man Hochfrequenzschnitt und Koagulationen oft wird kombinieren müssen. An der Münchener Klinik hat sich diese Vereinigung sehr bewährt und nur so sind die Erfolge zu verstehen bei Korzinamen der Orbita, des Lides, des Gesichtes, des Oberkiefers, bei krebsartigen Neubildungen der Zunge, der Lippe, der Mommo und des Rektums.

Sehr in den Vordergrund gerückt ist außerdem die Koagulationsbehandlung der Nephrotomie nach Ganin oder Weve.

Pizen berichtet über gute Erfahrungen mit der Verschorfung bei Knochen- und Gelenktuberkulose, Hofer bei einer solchen angebarener Holsfisteln. Auch hier haben die vorstehend erwähnten Vorzüge der elektrischen Verschorfung diese unentbehrlich gemacht bei den mannigfachen Erkrankungen im Bereich des Schädels und seiner einzelnen Organe, bei urlogischen, venerologischen und gynäkologischen Affektionen. Große maligne Tumoren werden kaaguliert, dermatologische Eingriffe vorgenommen, Fisteln zerstört, Stouungen beseitigt und Unterschenkelgeschwüre behandelt.

Hochfrequenzschnitt und Koagulation hat man außerdem mit Radiumbestrahlung kombiniert, weil nur etwa die Hälfte der sonst erforderlichen Strahlendosis angewendet zu werden braucht, die Zeit bis zur Primärheilung verkürzt und in kosmetischer Hinsicht gute Narbenbildung erreicht wird.

Erwöhnt sei an dieser Stelle als wichtigste technische Neuerung der Telerapidochalter, der dem operierenden Arzt das Gefühl unbedingter Sicherheit verleiht dadurch, daß durch Betätigung eines Druckknopfes von der Operationselektrode aus der gesamte Apparat primär ein- und ausgeschaltet werden kann (Heymann und Kenzler).

Im vorstehenden konnte natürlich nur ein orientierender Ueberblick und eine referierende Zusammenfassung über das sehr wichtige Gebiet der Elektrochirurgie gegeben werden. Es war

bezweckt, das Interesse an dieser Methode zu fördern, die Anwendungsmöglichkeiten noch weiter zu spannen und heute abseits stehende Aerzte zu gewinnen. „Ich kenne keinen Chirurgen, der, nachdem er einmal mit der Hochfrequenzchirurgie begonnen hat, sie einschränkt oder gar wieder verlassen hätte“ (Heymann).

Verschiedenes

Stellungnahme eines Hochschullehrers zu den Herabsetzungen der chemischen Arzneimittel.

Der neue Rektor der Universität Erlangen, Prof. Dr. Specht, Direktor der Hals-, Nasen- und Ohrenklinik in Erlangen, hat, wie wir der Zeitschrift „Die Pharmazeutische Industrie“ entnehmen, in seiner Rektoratsantrittsrede die Verunglimpfungen zurückgewiesen, die die übertriebene Kritik an der sogenannten Schulmedizin und an den von dieser angeblich benützten „Giften“ darstellen.

Prof. Dr. Specht führte unter anderem aus:

„Wissenschaftliche Heilkunde ist Dienst am Volk. Es ist viel die Rede von einer Krisis in der Heilkunde. Das Schlagwort von der Krisis stammt von Aerzten und war ernst gemeint. Denn auch in der Heilkunde hatte sich das Uebel der individualistischen Denkweise tief eingefressen, und es war Zeit, daß wir Aerzte uns bejannan, daß wir nicht Organe und Zellen, sondern Menschen behandeln.“

Die revolutionäre Stimmung der Umbruchzeit, die Erkenntnis, daß träge Gemüter nicht mit sachlichen Gründen, sondern nur mit der Trommel aktivster Propaganda aus eingefahrenen Gleisen herausgebracht werden können, hat allerdings dazu geführt, daß vielfach die Fehler oder Mängel der ärztlichen Einstellung übertrieben wurden, als ob ein wissenschaftlicher sogenannter »Schulmediziner« grundsätzlich ein kritik- und gewissenloser Scharlatan wäre, der sich in den Leibern seiner Kranken mit Messern und Giften austobt, ein Judenknecht ohne eigenen Willen, und da war der Tragödie das Satyrspiel gefolgt. Ein Satyrspiel allerdings, das manche unserer armen Volksgenossen vielleicht bald, vielleicht schon heute mit ihrem Leben bezahlen müssen, weil die einzig heilende »Giftpriße nicht rechtzeitig gegeben wurde.“

Jedes Arzneimittel ist an sich ein Gift, wenn man es nicht in richtiger Dosis gibt. Ja, selbst die Stoffe und Säfte des eigenen Körpers sind in besonderen Fällen und Dosierungen Gifte, wie jeder Arzt weiß. Ein Heiltee aus Kräutern vermag gewiß dann und wann Vorzügliches zu wirken. Wenn es aber gelingt, zu finden, was in diesen Kräutern die wirksame Substanz eigentlich ist, wenn es gelingt, sie zu isolieren, rein und mit sicher dosierbarer Wirkung darzustellen und zu verabreichen, so ist das eine für den Kranken überaus wertvolle wissenschaftliche Leistung. Nur der Laie, der Gedankenlose und Uebelwollende kann behaupten, daß solche Heilweise sich von der Natur entferne. In Wahrheit hat sie der Natur ein Geheimnis abgelauscht! Was ist überhaupt unser ganzes ärztliches Forschen anderes als ein ständiges Lauschen und Spüren nach den Geheimnissen der Natur . . .

Wir deutschen Aerzte und Gelehrten aber wissen und können es beweisen, daß wir in überwiegender Mehrzahl mit unserem ganzen Können, mit unserem ganzen heißen Herzen nichts anderes wollen, als den armen Leidenden und der Volkswohlfahrt dienen. Wir würden jedem das Feld räumen, der mit mehr Gewissenhaftigkeit, mit ernsterer Schulung, mit größerer Sach-

kenntnis und Selbstaufopferung die Verantwortung für das Volkswahl übernehmen möchte. — Aber wir wissen, daß das nicht möglich ist und nicht möglich sein kann!

Dies nicht anzuerkennen, hieße einem ganzen, der Wohlfahrt des Volkes unermüdblich dienenden Stand, dem gerade das deutsche Volk soviel verdankt, seine Berufsehre nehmen! Und niemand kennt die menschliche Unvollkommenheit besser als der zum Todkranken gerufene Arzt.“

(Süddeutsche Apothekerzeitung Nr. 30/35.)

Heilpraktiker fordern Zulassung zur Kassenpraxis.

Der Heilpraktikerbund sucht schon seit längerem die Zulassung von Heilpraktikern bei der gesamten sozialen und privaten Krankenversicherung zu erreichen. Er behauptet auf Grund einer Erhebung, daß im Monat November 1934 170 000 Mitglieder reichsgesetzlicher Krankenkassen sich auf ihre eigenen Kosten von Heilpraktikern haben behandeln lassen und auf die ihnen zustehende kostenlose Behandlung durch approbierte Aerzte sowie auf die freien Arzneimittel verzichtet haben. Ferner haben sich 100 000 Mitglieder von Privatkrankenkassen, von denen vielleicht nur 20 000 einen Rechtsanspruch auf Erstattung von Heilpraktikerrechnungen an ihre Kassen besitzen, von Heilpraktikern behandeln lassen. Diese Erhebung soll in den Monaten Februar, März und April wiederholt werden.

Die Juden im Deutschen Reich*).

Bei der Volkszählung am 16. Juni 1933 wurden im Deutschen Reich 499 682 Juden festgestellt. Dies ist die Zahl derjenigen Personen, die sich ihrer Religionszugehörigkeit nach als Juden bezeichnet haben; hiermit ist nur ein Teil der rassistisch zum Judentum gehörigen Personen erfasst. Im Laufe des letzten Jahrhunderts ist die Zahl der Juden in etwas anderer Weise angewachsen als die gesamte deutsche Bevölkerungszahl. Im Jahre 1816 lebten im heutigen Reichsgebiet etwa 214 000 Juden, 0,97 Proz. der Bevölkerung. Zunächst nahmen die Juden etwas rascher zu als die übrige Bevölkerung, so daß sie im Jahre 1871 1,05 Proz. ausmachten. Im Jahre 1925 war ihr Anteil wieder auf 0,90 Proz. gesunken; im Jahre 1933 betrug er noch 0,77 Proz. Die Bewegung dieser Ziffer wird bestimmt durch die verschiedene Stärke der Zuwanderung, namentlich aus dem Osten, und der Weiterwanderung (z. B. nach Amerika), ferner durch den zunächst großen, später aber schwindenden Geburtenüberschuß der Juden und durch die Austritte aus der jüdischen Religionsgemeinschaft. Eine absolute Verminderung der jüdischen Bevölkerung ist während des ganzen dargestellten Zeitraums nur einmal, nämlich von 1925 auf 1933, eingetreten; sie hat 64 697 Personen betragen.

Bei der letzten Zählung wohnten 160 600 Juden (ein Drittel aller Juden des Reichs) in Berlin; die nächstgrößten Zahlen von Juden fanden sich in den Großstädten Frankfurt a. M., Breslau, Hamburg, Köln und Leipzig. Diese sechs Städte umfaßten insgesamt 250 300 Juden, die Hälfte aller Juden des Reichs; im ganzen wohnten 70,6 Proz. der Juden in Großstädten. In Frankfurt a. M., wo ihr Anteil am größten ist, umfaßten sie 4,7 Proz. der Volkszahl. In Berlin hat sich ihr Prozentanteil folgendermaßen entwickelt: 1816 : 1,5 Proz., 1852 : 2,4 Proz., 1880 : 4,2 Proz., 1910 : 3,9 Proz., 1925 : 4,3 Proz., 1933 : 3,8 Proz.

In der Gesamtheit der deutschen Großstädte ist der Anteil der Juden in den letzten 50 Jahren infolge der geringeren natürlichen Vermehrung und infolge der Tausen, Austritte und Misch-

*) Vgl. Wirtschaft und Statistik 1935, S. 147.

ehen dauernd gesunken. Er betrug 1880 4,1 Proz., 1933 noch 1,8 Proz. Den geringsten jüdischen Bevölkerungsanteil hat unter den Großstädten Kiel, Remscheid und Solingen (0,3 bzw. 0,2 Proz.).

Städte mit 10 000 bis unter 100 000 Einwohnern, deren jüdischer Bevölkerungsanteil besondere Höhe hat, sind Fürth, Fulda, Bruchsal, Landau, Bingen, Eschwege und Kitzingen. Ueber ein Viertel aller kleinstädtischen Juden wohnt in der Provinz Hessen-Nassau und im Land Hessen. Im ganzen Reich beträgt der Anteil der Juden an der Bevölkerung in Gemeinden unter 10 000 Einwohnern 0,2 Proz.

(Reichsgesundheitsbl. Nr. 15/35.)

Vereinheitlichung der Hochschulverwaltung.

Reichswissenschaftsminister Rust hat Richtlinien zur Vereinheitlichung der Hochschulverwaltung erlassen, die an die Stelle der bisherigen Vorschriften treten und in denen die Hochschule in Dozentenschaft und Studentenschaft gegliedert wird. Die Dozentenschaft setzt sich zusammen aus den Lehrkräften und Assistenten, die Studentenschaft aus den an der Hochschule voll eingetragenen Studenten deutscher Abstammung, unbeschadet ihrer Staatsangehörigkeit. Führer der Hochschule ist der Rektor, der dem Reichswissenschaftsminister allein verantwortlich ist. Der Leiter der Dozentenschaft wird vom Reichswissenschaftsminister ernannt. Er untersteht dem Rektor. Das gleiche gilt für den Leiter der Studentenschaft. Der Senat, der dem Rektor beratend zur Seite steht, wird gebildet aus den Leitern der Dozentenschaft und der Studentenschaft, dem Prorektor, den Dekanen und zwei weiteren vom Rektor zu berufenden Mitgliedern der Studentenschaft. Die Dekane, die die Fakultät führen, werden durch Fakultätsausschüsse beraten.

(Süddeutsche Apothekerzeitung Nr. 29/35.)

Rassenschutzgesetzgebung vor dreitausend Jahren.

KWR. Die indogermanischen Völker, die zu früher Zeit aus dem hohen Norden nach Osten und Süden zogen, waren sich der Gefahr, die der Reinheit ihres Blutes und damit ihrer völkischen Kraft drohte, in vollem Maße bewußt. Das ist eigenartig und zeugt nicht allein von der hohen geistigen Begabung, sondern von einem ganz unverdorbenen Instinkt dieser blonden Herren, die sich den Weltball unterwarfen, um überall dort, wohin sie kamen, Kulturen von nie geahnter Höhe und Vollendung ins Leben zu rufen.

Es ist gleichgültig, ob wir zu den indogermanischen Völkern gehen, die Persien und Indien eroberten, oder ob wir die indogermanischen Stämme am Mittelmeer und auf dem Balkan unter die geschichtliche Lupe nehmen, bei allen werden wir geradezu ein Recht und eine Rechtsprechung finden, deren Hauptziel und Zweck der Rassenschutz schlecht hin ist. Das Recht der noch gesunden indogermanischen Völker wird von dem Grundsatz des Rassenschutzes beherrscht. Am besten sind wir über die frühspartanische Rassenschutzgesetzgebung unterrichtet, die in den sogenannten Lakedaimonischen Gesetzen zum Ausdruck kam. Diese Gesetze waren zwar nach dem Willen des Gesetzgebers Lykurg nicht schriftlich niedergelegt worden, Lykurg wollte vielmehr, daß diese Gesetze durch Sitte und Gewohnheit fester als durch Buchstaben im Volke verankert würden, aber später sind diese Gesetze vielfach beliebter Gegenstand politischer und gelehrter Auseinandersetzungen geworden. Interessant ist die Rassengesetzgebung des Lykurg vor allem deswegen, weil dieser Mann schon erkannt hatte, daß Blut und Boden untrennbar vereint bleiben müssen.

Im 11. Jahrhundert v. Chr. hatten die indogermanischen Dorier von Lakonien Besitz ergriffen. Als Herren waren sie ins Land gekommen, groß und blond, herrisch und heldenhaft. Jetzt kam es darauf an, die Familien, das gute nordische Blut mit dem fruchtbaren Boden Griechenlands zu verbinden. Etwa 30 000 Familien waren vorhanden. So mußten nun ebenso viele Bauerngüter aus dem unterworfenen Land herausgeschnitten werden. Damit niemand sich betrogen fühlen konnte, ließ Lykurg das Land, die einzelnen Höfe auslosen. So sprach man also von „Landlosen“. Auch die Bürger der neugegründeten Stadt Sparta erhielten Land zugeteilt, und zwar entsprechend den vorhandenen 9 000 Bürgern 9 000 Landlose, so daß Sparta eine richtige Bauern- oder Ackerbürgerstadt wurde.

Entscheidend für die spartanische Geschichte ist aber nicht die Landaufteilung als solche gewesen, sondern das Lykurgische Erbhofgesetz, nach dem der ausgeloste Erbhof unverkäuflich war und nicht dem einzelnen als Privateigentum gehörte, sondern Besitz der Familie wurde.

Solange Erben vorhanden waren, konnte der Hof niemals den Händen der Familie entgleiten. Dieses spartanische Erbhofgesetz, das in seiner wesentlichen Bestimmung dem von Darré geschaffenen Reichserbhofgesetz genau gleicht, und das Blut und Boden innig verband, hat den Bestand Spartas für mehr als ein halbes Jahrtausend gegen alle fürchtbaren Gegner und in allen blutigen Kriegen gesichert. Solange das spartanische Bauerntum zahlenmäßig nicht zurückging, hat das spartanische Volk die schweren Blutverluste der unendlich vielen Kriege erstaunlich gut überstanden. Durch 500 Jahre hat der spartanische Staat die erste Rolle in Griechenland gespielt, und erst, als die wichtigsten Bestimmungen des Lykurgischen Erbhofgesetzes aufgehoben wurden, als es gestattet wurde, daß mehrere Erbhöfe in einer Hand vereinigt werden durften, ging die Zahl der spartanischen Bauern- und Bürgergeschlechter schnell zurück, es entstanden in kürzester Zeit gewaltige Latifundien, die auch hier, wie bei allen anderen Völkern, den Zerfall der politischen Macht in kurzer Zeit zur Folge hatten.

Obwohl die spartanische Erbhofgesetzgebung das wichtigste Element einstiger Rassenzucht war, so darf doch nicht vergessen werden, daß man in Sparta auch in anderer Hinsicht schon sehr „modern“ war. Bekannt ist die ausgezeichnete sportliche Ausbildung der spartanischen Jugend. So wurden nicht nur die Knaben und Jünglinge, sondern auch die Mädchen auf das gewissenhafteste z. B. im Laufen, Ringen, Diskuswerfen und Speer schleudern ausgebildet. Die Spartaner wußten, daß ein sportlich gut durchtrainierter Körper auch die Strapazen der Schwangerschaft und die Schmerzen der Geburt leichter ertragen können als ein schlaffer, durch Wohlleben geschwächter Organismus. Es ist bekannt, daß an den großen Sportfesten in Sparta Mädchen und Knaben völlig unbekleidet teilnahmen. Der Schwächling und körperlich Entartete mußte hierbei, wie uns die alten Schriftsteller berichten, bittere Spöttereien wegen seiner Fehler über sich ergehen lassen. Dieser Umstand, daß niemand seine körperlichen Fehler durch die Kleidung verbergen konnte, trug dazu bei, daß sich nur fehlerfreie Menschen heirateten, denn der Schwächling und körperlich Entartete wurde allgemein verachtet. Die Sittlichkeit hat durch das Nackturnen beider Geschlechter, wie die Zeitgenossen behaupten, keineswegs gelitten. Ehebruch kam in Sparta zu dieser Zeit überhaupt nicht vor, dagegen wird berichtet, daß dieser Brauch des Nackturnens eine starke Ermunterung zum Heiraten darstellte, obgleich der spartanische Gesetzgeber es schon damals für notwendig befand, gegen die, die sich nicht verheiraten wollten, insbesondere gegen die Hagestolzen, vorzugehen. Sie durften an den großen Sportfesten in Sparta nicht teilnehmen. An einem bestimmten Tage im Winter

mußten sie auf Befehl der Behörde nackt um den ganzen Markt herumgehen und ein auf sie gedichtetes Spottlied absingen, das den Inhalt hatte, daß sie eine verdiente Strafe erlitten, weil sie den Gesetzen des Landes ungehorsam gewesen wären.

Sehr wirkungsvoll war noch eine andere Bestimmung des Lykurgischen Gesetzes. Das neugeborene Kind mußte einer Kommission von Aerzten und Aeltesten vorgestellt werden. Diese untersuchten das neugeborene Kind genau. Wenn es stark und wohlgebaut war, befahlen sie, es aufzuziehen, war es aber schwach oder mißgestaltet, so wurde es in eine Schlucht des Tangetos geworfen. Die alten Spartaner gingen von der Voraussetzung aus, daß ein Kind, das schon bei der Geburt schwach und gebrechlich sei, in den meisten Fällen später dem Staat zur Last fallen müsse und die ganze Rasse verderbe. Es sei auch besser, lieber einmal ein durchaus lebenswertes Kind zu töten, als daß durch die Aufzucht vieler schlechter die ganze Rasse allmählich verderben würde.

Die Erkenntnis, daß nur körperlich, geistig und feilisch gesunde Menschen ein Volk auf die Dauer erhalten, ging den Spartanern und überhaupt den Griechen später verloren. Mit dem Verlust dieser Erkenntnis aber sank ihre Volkskraft und ihre politische Macht. Wir Deutsche haben daraus gelernt. Das Dritte Reich Hitlers wendet heute diese biologischen Grundgesetze wieder. Das Dritte Reich Hitlers wendet heute diese biologischen Grundgesetze wieder praktisch an. So haben wir die Hoffnung, daß das deutsche Volk wieder gefunden wird und damit seinen Platz an der Sonne durch Jahrhunderte behaupten kann. Dr. W. Petersen.

Bekanntmachungen

E. d. Staatsmin. d. Inn. v. 15. 4. 1935 Nr. 5219 b 9 über die Einziehung von Hellsiren.

An die Regierungen und die Bezirksärzte.

Wegen Ablauf der staatlichen Gewährdauer sind zur Einziehung bestimmt worden:

1. die Diphtheriesera mit den Kontrallnummern
3539 bis 3567 aus der J. G. Farbenindustrie AG. in Höchst a. M.,
1312 bis 1346 aus den Behringwerken in Marburg a. d. L.,
414 und 415 aus dem Sächsischen Serumwerk in Dresden,
305 aus der Chemischen Fabrik Schering-Kahlsbaum in Berlin,
467 aus der Chemischen Fabrik E. Merck in Darmstadt;
2. die Meningokokkenserum mit den Kontrollnummern
241 bis 256 aus der J. G. Farbenindustrie AG. in Höchst a. M.,
34 und 35 aus dem Sächsischen Serumwerk in Dresden,
72 aus der Chemischen Fabrik E. Merck in Darmstadt;
3. die Tetanusserum mit den Kontrallnummern
3350 bis 3378 aus der J. G. Farbenindustrie AG. in Höchst a. M.,
1977 bis 1997 aus den Behringwerken in Marburg a. d. L.,
517 aus dem Sächsischen Serumwerk in Dresden,
20 und 21 aus der Gesellschaft für Seuchenbekämpfung in
Frankfurt a. M.-Niederrad,

31 aus dem Seruminstitut Dr. Schreiber in Landsberg a. d. W.,
82 aus dem Pharmazeutischen Institut L. W. Gans in Ober-
ursel a. T.

4. die Ruhrserum mit den Kontrallnummern
275 bis 279 aus der J. G. Farbenindustrie AG. in Höchst a. M.,
148 bis 157 aus den Behringwerken in Marburg a. d. L.,
49 aus der Chemischen Fabrik E. Merck in Darmstadt.

Aerztliche Sterbekasse für Oberbayern-Land.

Herr Dr. med. Otto Klein in Walfratshausen ist gestorben. Das Sterbegeld wurde umgehend angewiesen. Die Einziehung des fälligen Beitrages für 133. Sterbefall wird bei den Kassenärzten durch die zentrale Abrechnungsstelle für Oberbayern in München vorgenommen. Einzelmitglieder bitte ich den Betrag von 5.— RM. pro Sterbefall an die Bezirksparkasse Trostberg, Postsparkonto 5997 München unter Benützung des Aufklebers zu überweisen.

Dr. med. G. Hellmann, Amtsleiter,
Trostberg.

Aerztliche Sterbekasse für Oberbayern-Land.

Herr San.-Rat Dr. med. August Knorz in Prien ist gestorben. Das Sterbegeld wurde umgehend angewiesen. Die Einziehung des fälligen Beitrages für 134. Sterbefall wird bei den Kassenärzten durch die zentrale Abrechnungsstelle für Oberbayern in München vorgenommen. Einzelmitglieder bitte ich den Betrag von 5.— RM. pro Sterbefall an die Bezirksparkasse Trostberg, Postsparkonto 5997 München unter Benützung des Aufklebers zu überweisen.

Dr. med. G. Hellmann, Amtsleiter,
Trostberg.

Bekanntmachung der Landesstelle Bayern der Kassenärztlichen Vereinigung Deutschlands.

An Stelle des verstorbenen Herrn San.-Rat Dr. August Knorz (Prien a. Chiemsee) wird Herr Dr. Otto König (Endorf) zum Amtsleiter der Bezirksstelle Rosenheim und Umgebung bestellt.

Dr. Sperling.

Dienstesnachricht.

Die Stelle eines Landgerichtsarztes für den Landgerichtsbezirk Frankenthal (Pfalz) ist auf 1. September 1935 neu zu besetzen.

Bewerbungs(Dienstes)gesuche sind beim Staatsministerium des Innern bis 20. Mai 1935 einzureichen. Bewerber aus dem Kreise der Bewerber für den ärztlichen Staatsdienst haben der Bewerbung den Nachweis der arischen Abstammung (gegebenenfalls auch für die Ehefrau) beizulegen.

Esdesan

Das bekannte und bewährte flüssige
Nervinum und Sedativum

Esdesan c. Nitro, gegen Ang. pect.

1/1 Origfl. = 50g = RM 1.30 1/2 Origfl. = 25g = RM —.85

Eine Einzeldosis kostet nur ca. 2 1/2 Pfg.

Nur in Apotheken gegen ärztliches Rezept erhältlich.

Pharmarium G. m. b. H., Berlin-Charlottenburg 5

Ärzteblatt

für Bayern

vormals Bayerische Ärztezeitung (Bayerisches Ärztliches Correspondenzblatt)

Herausgegeben von der Kassendärztlichen Vereinigung Deutschlands, Landesstelle Bayern, Mitteilungsblatt der Bayerischen Landesärztekammer und des Bayerischen Ärzteverbandes

Geschäftsstelle: München, Kartstr. 21/III. Fernspr.: 57678. Bayerischer Ärzteverband: Postcheckkonto Nürnberg 15376; Staatsbank München OD 125991
Bayerische Landesärztekammer: Postcheckkonto München 5252; Staatsbank München OD 125989

Schriftleiter: Dr. Philipp Dehner, Haar, Fernsprecher: 475224

Verlag der Ärztlichen Rundschau Otto Smetin, München 2 SW, Bavariaring 10. / Fernsprecher: 596483 / Postcheckkonto: 1161 München
Beauftragte Anzeigenverwaltung: Walbel & Co. Anzeigen-Gesellschaft München-Berlin. Anschrift: München 23, Leopoldstraße 4, Fernsprecher 35653, 34872.

Nummer 19

München, den 11. Mai 1935

2. Jahrgang

Inhalt: Gesundheitspflege im nationalsozialistischen Staat. — Das Mahnverfahren. — Ratschläge an Ärzte zur Bekämpfung der Diphtherie. — Erhaltung der Leistungsfähigkeit der Ortskrankenkassen. — Rasse und Schute. — Ärztliche Versorgung der Landjahrpflichtigen. — Verband der Krankenhausärzte Badens. — Bekanntmachungen. — Verschiedenes. — Personalien. — Vereinstoben.

Der Verlag behält sich das Recht des alleinigen Abdrucks aller Originalbeiträge vor, ebenso das Recht jeden Nachdrucks von Sonderabzügen.

Gesundheitspflege im nationalsozialistischen Staat.

Von Dr. Herbert Müller, Marolsweisach.

Seit über 15 Jahren setzen wir Nationalsozialisten unsere ganze Kraft an die Neubestellung des Ackers, genannt Deutsches Volk. Der Acker war völlig verquedet und mit Unkraut bestanden.

Dier Anschauungen waren es, die in unserem Volksleben besonders verderblich wucherten und es zerrissen:

1. Der Liberalismus, eine Weltanschauung, die in ihrer Schlussfolgerung die Herrschaft des Ich bedeutet.
2. Der Kapitalismus, d. i. die Herrschaft des zinsfressenden Geldes. Meist in den Händen internationaler Juden befindlich.
3. Der Marxismus, d. i. das Streben nach der Herrschaft einer Klasse, und zwar der der nicht selbständig arbeitenden Handarbeiter.
4. Der Ultramontanismus, d. i. das Streben eines ausländischen, die jenseitigen Dinge beherrschenden Souveräns nach weltlicher Macht in unserem Vaterlande.

Mit diesen vier Anschauungen liegen wir in bitterem Kampfe. Ihnen haben wir unsere aus dem Fronterlebnis stammende nationalsozialistische Weltanschauung entgegengesetzt, die sich ausdrückt in den Worten: Gemeinnutz vor Eigennutz. Wir wollen die Volksgemeinschaft auf Grund der Gemeinsamkeit von Blut und Boden. Der heilige deutsche Boden, er ist unser aller Nährvater und unsere Heimat. Er hält uns räumlich zusammen. Das Andere uns alten Gemeinsame ist das Blut, unsere Rasse, unsere Art.

Unsere Boden uns zu erhalten, unsere Rasse und Art vor fremder Einmischung und damit vor Verfall zu behüten, das sind unsere Hauptaufgaben. Vorbedingung zur Erfüllung dieser Aufgaben ist die Beseitigung der vier Weltanschauungen: des Liberalismus, des Kapitalismus, des Marxismus und des Ultramontanismus.

Jeder Volksgenosse muß sein eigenes Ich in wahren Sozialismus hinter die Belange der Gesamtheit des Volkes zurücktreten lassen. Auch ein Stand kann nicht verlangen, daß ihm besondere Vorteile oder gar die Herrschaft eingeräumt werden.

Stände und Berufe haben ihre Belange ebenfalls nur im Rahmen des Nutzens für das ganze Volk zu vertreten.

Der Einfluß des internationalen Gewaltes dienstbaren Geldes muß ausgeschaltet werden. Geld darf nicht Ansehen und Ehre geben. Leistung und Pflichterfüllung für die Allgemeinheit waren noch bei unseren Großvätern die Gradmesser für die Bewertung der Stellung eines Mannes im Volke und Staate.

Die wichtigste Aufgabe ist aber das Herausreißen unseres Volkes aus dem unserer Art und unserem Denken fremden, ja zuwiderlaufenden Einflusse einer politisierenden Kirche, die uns mit Feuer und Schwert aufgezwungen worden ist, und deren weltliche Herrschaftsgelüste unser Volk seit 1200 Jahren nicht haben zur Ruhe kommen lassen. Wie notwendig der Kampf in dieser Richtung ist, das zeigen die Mächenschaften der ultramontanen Geistlichkeit gegen das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses. Stempelt man doch an dem Sterilisationseingriff gestorbene Schwachsinnige usw. zu Märtyrern und erweckt so Unzufriedenheit im Volke, das im allgemeinen die Zweckmäßigkeit dieses Gesetzes voll anerkennt.

Seit nunmehr zweieinviertel Jahren hat das Volk, vertrauend auf den Nationalsozialismus, unserem Führer Adolf Hitler die Leitung seines Geschicks in die Hand gelegt. Er hat die Zeit nicht ungenützt vergehen lassen. Mit der Pflugschar der Gesetzgebung hat er den ihm anvertrauten Boden gründlich umgepflügt und Samen ausgestreut, der geeignet ist, in diesem Boden zu wachsen und Frucht zu bringen.

Adolf Hitler hat die fabelhafte Gabe, von einfachen, naturgemäßen — man möchte sagen primitiven — Gedanken ausgehend, die richtigen, einzig zweckentsprechenden und erfolgreichen Maßnahmen zu treffen. Biologisches Denken beherrscht das nationalsozialistische Vorgehen. Als Beispiel dafür das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses. Was tut die Natur mit Lebewesen, die für den Lebenskampf in irgendeiner Form minderwertig sind? Sie merzt sie aus, sie vermindert ihre Fortpflanzungsfähigkeit — ich weise hier auf die Bastarde hin —, sie läßt sie überhaupt zugrunde gehen. Was tut das Gesetz? Es ist barmherziger als die Natur. Es will all dem Elend und Jammer vorbeugen, dem der nicht vollwertige Mensch ausgesetzt ist. Es will ihn gar nicht erst entstehen lassen.

Der bereits vorhandene Träger von Erbfehlern wird nicht dem für ihn hoffnungslosen Kampf ums Dasein überlassen, die Volksgemeinschaft sorgt für ihn. Sie verlangt aber dafür von ihm, sich sterilisieren zu lassen, um das Unglück der aus ihm

sonst entstehenden Nachkommenschaft zu verhüten. Der als Einzelmann für den Staat vielleicht sehr wertvolle Volksgenosse dient dadurch, daß er sein eigenes Menschenglück dem Interesse des Staates opfert, dem Volke in hervorragender Weise und verdient höchste Anerkennung für diese Leistung.

Eineinhalb Milliarden werden jährlich für in Irrenanstalten, Krüppelheimen und Gefängnissen untergebrachte minderwertige Volksgenossen ausgegeben. Eine Summe, die, bei Verhinderung der Entstehung solcher Minderwertiger, zur Förderung erbgesunder Volksgenossen verwendet werden könnte. Sie sehen, dieses Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses, das ich für das wichtigste und einschneidendste auf dem Gebiete der Gesundheitspflege halte, bringt nicht nur große ideelle, sondern auch materielle Vorteile. Es dient der Erhaltung der Rasse und wird dem Staate große Summen ersparen.

Diesem Gesetz folgten als weitere Maßnahmen auf dem Gebiete der Gesundheitspflege:

1. die Errichtung des Amtes für Volksgesundheit der NSDAP. (15. Mai 1934);
2. das Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens (3. Juli 1934);
3. das Gesetz über den Aufbau der Sozialversicherung (5. Juli 1934).

Ueber das letzte Gesetz brauche ich nur wenig zu sagen. Es bringt eine festere und einheitlichere Führung in das Versicherungswesen. Die Aerzte werden als Beiräte bei den Versicherungsträgern gesetzlich eingebaut. Leider ist eine Konzession an das Privatunternehmertum insofern gemacht, als die Betriebskrankenkassen keinen ärztlichen Beirat erhalten. Was um so bedauerlicher ist, als in den Krankenordnungen der Betriebskrankenkassen noch manche Bestimmungen — z. B. über Ausgang der Kranken usw. — enthalten sind, über deren Auswirkung bei der Behandlung der Arzt allein Auskunft geben kann und wo sein Rat unbedingt gehört werden mußte.

Das Gesetz zur Vereinheitlichung des Gesundheitswesens vom 3. Juli 1934 regelt den staatlichen Gesundheitsdienst. In Anlehnung an die unteren Verwaltungsbehörden sind in den Stadt- und Landbezirken Gesundheitsämter einzurichten. Leiter des Gesundheitsamtes ist ein staatlicher Amtsarzt. Ihm stehen zur Seite eine Gesundheitspflegerin und eine Schreibhilfe. Es sind drei Räume zur Verfügung zu stellen: einer für den Amtsarzt, einer für die Gesundheitspflegerin und die Schreibhilfe, ein Wartezimmer. Den Gesundheitsämtern liegt ob:

- I. Die Durchführung der ärztlichen Aufgaben
 - a) der Gesundheitspolizei,
 - b) der Erb- und Rassenpflege einschließlich Eheberatung,
 - c) der gesundheitlichen Volksbelehrung,
 - d) der Schulgesundheitspflege,
 - e) der Mütter- und Kinderberatung,
 - f) der Fürsorge für Tuberkulöse, für Geschlechtskranke, körperlich Behinderte, Sieche und Süchtige.
- II. Die ärztliche Mitwirkung bei Maßnahmen zur Förderung der Körperpflege und Leibesübungen.
- III. Die amts-, gerichts- und vertrauensärztliche Tätigkeit, soweit sie durch Landesrecht den Amtsärzten übertragen ist. Ferner heißt es: Weitere vertrauensärztliche Tätigkeit, besonders auf dem Gebiete der Sozialversicherung, können die Gesundheitsämter auf Grund besonderer Regelung übernehmen. Die Zahl der Ausgaben hat sich in den letzten Jahren erheblich vermehrt. Trotz der Beschäftigung von zwei Hilfskräften dürfte wohl die Masse der Ausgaben die Kraft der Gesundheitsämter übersteigen, auch wenn der Amtsarzt von jetzt ab voll-

besoldet und nicht mehr auf Verdienst aus freier Praxis angewiesen sein soll.

Es nimmt wunder, daß es im Gesetz nur heißt: „Die Unterstützung der frei praktizierenden Aerzte ist anzustreben“; und nicht der Einbau der freien Arbeit dieser Aerzte vorgenommen wird. Ohne tätige und verständnisvollste Mitarbeit aller Aerzte, besonders draußen auf dem flachen Lande, erscheint eine Erfüllung der Aufgaben der Gesundheitsämter unmöglich. Es wird so kommen, daß die Gesundheitsämter völlig mit der Gesundheitsförderung und der Betreuung der bereits Kranken und Siechen zu tun haben werden, so daß ihnen für die Gesundheitsführung der Gesunden kaum Zeit und Kraft übrig bleiben wird.

Wahrscheinlich aus dieser Erkenntnis heraus, und auch um die Erfahrungen und die Mitarbeit aller Aerzte zu gewinnen, hat der Führer die Errichtung des Amtes für Volksgesundheit der NSDAP. schon vorher angeordnet. Zum Leiter des Hauptamtes für Volksgesundheit in der Reichsleitung der NSDAP. ist Pg. Dr. Gerhard Wagner, unser Reichsarztessführer, ernannt worden. Das Amt für Volksgesundheit lehnt sich an die Gliederung der DAS., von der es auch finanziert wird. In jedem Gau besteht eine Gauamtsleitung und eine Anzahl Kreisamtsleitungen, in deren Verwaltungsstellen mehrere politische Kreise zusammengefaßt sind, da eine Verwaltungsstelle etwa 100 000 Volksgenossen betreuen soll.

In der Dienstanweisung heißt es:

„Das Hauptamt für Volksgesundheit ist auf dem Gebiet des Gesundheitswesens mit Ausnahme des sogenannten truppenärztlichen Dienstes die für sämtliche Parteigliederungen einschließlich der betreuten Organisationen allein zuständige Stelle.“

Das Amt für Volksgesundheit hat die Aufgabe, über die staatliche Sicherung und Betreuung hinausgehend, die Gesamtheit der biologisch Wertvollen zur Höchstentwicklung erb- und rassebiologischer Anlagen zu führen. Zur Durchführung dieser Aufgaben sind notwendig:

1. Untersuchungen zunächst aller Neuaufnahmen in die Partei, ihre Gliederungen und betreuten Organisationen, später auch die Erfassung der alten Mitglieder.
2. Tätigkeit für die Ausgaben der NS-Volkswohlfahrt. Anlässlich dieser Untersuchungen ist für jeden neu eintretenden oder auf Leistungen der NSD. Anspruch machenden Volksgenossen (bzw. Volksgenossin) ein Gesundheitsstammbuch anzulegen.

Zugelassen zur Mitarbeit im Amt für Volksgesundheit sind alle Aerzte, Zahnärzte und Tierärzte, die ihren Willen, vorbehaltlos im nationalsozialistischen Sinne mitzuarbeiten, durch Beitritt zum NSD.-Aerztebund kundgegeben haben oder Parteigenossen sind.

Für die Benützung des Gesundheitsstammbuches erhält jeder zur Tätigkeit beim Amt für Volksgesundheit zugelassene Arzt eine gedruckte Anleitung. Aus ihr sind alle Einzelheiten zu ersehen. Die Untersuchungen sollen weniger organische Fehler feststellen als den funktionellen Leistungszustand ermitteln und bestrebt sein, diesen Leistungs- und Gesundheitszustand in ein Verhältnis zu dem anlagemäßig möglichen Zustand zu bringen. Ueberall da, wo dieser Leistungs- und Gesundheitszustand nicht vorliegt, soll — um ihn möglichst zu erreichen — die Hilfe der Bewegung einsetzen. Zum Beispiel:

- a) Blutdruckmessung ist Regeluntersuchung.
- b) Brillenträger werden mit ihrer Brille untersucht.
- c) Ab vierzehnten Jahr ist die Untersuchung auf Farbensichtigkeit durchzuführen. (Stillingsche Tafeln bei den Verwaltungsstellen).

Werden krankhafte Zustände gefunden, so ist möglichst sofort die Behandlung in die Wege zu leiten bzw. durchzuführen, der untersuchende Arzt soll ja der gewählte Hausarzt sein. Für Versicherungspflichtige und Fürsorgederechtigte tritt der entsprechende Versicherungs- oder sonstige Träger ein. Für mittellose, von keiner Versicherung oder Fürsorge erfaßte Volksgenossen tritt nach noch zu erlassenden Bestimmungen die Bewegung ein.

Der Anleitung zum Gebrauche des Gesundheitsstammbuches ist eine Fehlertabelle angeheftet, mit Hilfe deren eine einheitliche und einfache Bezeichnung der vom Normalen abweichenden Befunde im ganzen Reiche erzielt wird. Die Fehler werden mit Zahlen bezeichnet, während der Grad der zu erwartenden Leistungsfähigkeit mit Buchstaben bezeichnet wird, z. B.: A, B, Z, L, U, v. U.

52 A = Zustand nach Blinddarmoperation mit reizloser Festsnarbe — tauglich.

51 U = Unterleibsdrüße, welche durch ein Bruchband nicht zurückgehalten werden können — untauglich für Außendienst.

75 A = Formveränderungen an den Füßen, die keine Beschwerden machen (z. B. Flachfuß, Spreizfuß, Knickfuß, Hohlfuß) — tauglich.

Ferner befindet sich in der Anleitung noch eine Erdfaktorentabelle, die in

a) positive Erdfaktoren, z. B.: Sangleidigkeit, besondere Begabung,

b) negative Erdfaktoren, z. B.: Schwachsinn, Blindheit, und

c) die in der Erbtafel zu vermerkenden Anomalien, z. B.: Pseudopathien, Zuckerharnruhr, Bluterkrankheit usw.

gegliedert ist.

Aus meinen Ausführungen werden Sie ersehen haben, daß der Führer wünscht, durch Einsatz seiner Bewegung und unter Benutzung von deren straffen Organisationsapparat und der Mittel der Bewegung maßgebenden, direkten Einfluß auf die Gesundheitsführung des deutschen Volkes zu haben. Er verfallt nicht in den Fehler früherer Systeme, die es nicht verstanden haben, sich der freudigen Mitarbeit auch der freipraktizierenden Ärzte auf gesundererzieherischem Gebiete zu versichern. Er ruft uns auf zur Mitarbeit. Er weiß den Einfluß des guten Arztes beim Volke im Lande draußen zu schätzen und will ihn bewußt für seine Sache nützen.

Er ruft den Aerztestand zu seinen alten, idealen Aufgaben zurück, die in der Jagd um den Krankenschein und der damit verdunnenen Behandlung von Krankheiten und nicht von Kranken schier vergessen schienen. Er will uns wieder zu Vollärzten, zu Erziehern unserer Volksgenossen machen. Zu einer gesunden, Körper und Geist leistungsfähig erhaltenden Lebensführung sollen wir sie erziehen, nicht nur durch Worte allein, sondern durch Vorleben. Mit den neuen Maßnahmen, die zur Aus- und Weiterbildung der Ärzte getroffen werden, sollen wir draußen, die wir oft jahrzehntelang nicht in der Lage waren, uns fortzubilden, in den Stand gesetzt werden, neues Wissens- und Ideengut zu erwerben, ohne um unsere Existenz während der Fortbildungszeit besorgt sein zu müssen.

Unser Blick soll erweitert werden. Viele von uns sind zu sehr der Schematisierung und Spezialisierung verfallen. Waren wir doch in Gefahr, Organärzte zu dekommen. Der Führer will unsern Blick wieder richten über die Krankheit hinaus auf den Kranken, und über diesen hinaus auf das Volk. Die Belange des Gesamtvolkes geden auch für unsere ärztlichen Maßnahmen dem Einzelnen gegenüber die Richtlinie.

Für die Lehr- und Behandlungsweise werden wir auf die Grundsätze des Hippokrates hingewiesen: „Nicht der Arzt heilt, sondern die Natur. Der Arzt ist nur ihr treuer Diener und Helfer. Er wird von ihr, sie aber niemals von ihm lernen.“

Die Behandlungsmethoden von Laien und Ärzten, die nicht auf dem Wege über die Schulmedizin gewonnen worden sind, sollen im Rudolf-Heß-Krankenhaus in Dresden geprüft und, wenn brauchbar, allen Ärzten vertraut gemacht werden. Den natürlichen Heilverfahren soll mehr Raum gegeben werden. Licht, Luft und Wasser sollen mehr als bisher in der Behandlung eine Rolle spielen. Arbeit und Erholung sollen in das richtige Maß zueinander gebracht werden. Der Ernährungsfrage ist größere Aufmerksamkeit zuzuwenden. Dr. Werner Sad el gibt hier in seinem Buch „Grenzerweiterung der Schulmedizin“ viel Anregendes und Beherzigenswertes.

Adolf Hitler schreibt in seinem Buch „Mein Kampf“ im Schlußwort des 2. Bandes:

„Ein Staat, der im Zeitalter der Rassenvergiftung sich der Pflege seiner besten rassischen Elemente widmet, muß eines Tages zum Herrn der Erde werden.“

Das Amt für Volksgesundheit ist für diesen Zweck ins Leben gerufen worden. Der Führer ruft uns alle auf zur Mitarbeit. Volksgenossen! Wer folgt ihm nicht?

Das Mahnverfahren.

Von Justizinspektor Berger, München.

- a) Der Zahlungsverweigerungsbescheid.
- b) Der Widerspruch hiergegen.
- c) Der Vollstreckungsverweigerungsbescheid.
- d) Der Einspruch hiergegen.
- e) Die Kosten des Verfahrens.

a) Der Zahlungsverweigerungsbescheid ist eine auf Antrag des Gläubigers erlassene gerichtliche Aufforderung an den Schuldner, innerhalb einer bestimmten Frist (Widerspruchsfrist) an den Gläubiger bei Vermeidung sofortiger Zwangsvollstreckung zu bezahlen. Zugleich wird der Schuldner aufgefordert, Widerspruch zu erheben, wenn er gegen den vom Gläubiger erhobenen Anspruch Einwendungen habe (§ 692 RZPO.).

Ein Zahlungsverweigerungsbescheid kann deantragt werden:

1. wenn es sich um eine fällige Geldforderung handelt, die von keiner Gegenleistung abhängig ist (Warenlieferung, Darlehen, ärztliches Honorar, Behandlungskosten in einer Heilanstalt usw.).

Unzulässig ist aber ein Zahlungsverweigerungsbescheid bei bedingten oder noch nicht fälligen Ansprüchen (Adnahme bestellter Waren gegen Bezahlung des Kaufpreises, Rückzahlung eines ungekündigten Darlehens, Bezahlung einer noch nicht fällig gewordenen Miete usw.).

In diesen Fällen ist die Erhebung einer Klage notwendig, weil es sich um bedingte bzw. noch nicht fällige Ansprüche handelt;

2. wenn es sich um Ansprüche handelt, welche „die Leistung einer bestimmten Quantität anderer vertretbarer Sachen oder Wertpapiere zum Gegenstand haben“, d. h. der Gläubiger kann durch Zahlungsverweigerungsbescheid nicht bloß die Zahlung einer bestimmten Geldforderung begehen, sondern auch die Lieferung von Sachen.

Der Begriff „vertretbare Sachen“ ist im § 91 des BGB. wie folgt definiert:

„Vertretbare Sachen im Sinne des Gesetzes sind bewegliche Sachen, die im Verkehr nach Zahl, Maß oder Gewicht bestimmt zu werden pflegen.“

Demnach ist ein Zahlungsbefehl zulässig auf Lieferung von: 2 Ztr. Kartoffel mittlerer Art und Güte, nicht aber: auf 2 Ztr. große Kartoffel.

Ebenso kann ein Zahlungsbefehl auf Lieferung eines 8proz. — nun 6proz. — Pfandbriefes der Bayer. Hypotheken- und Wechselbank in München, Ausgabe vom 5. Jan. 1925, beantragt werden, nicht aber: auf Lieferung des Pfandbriefes Ser. II, Lit. A, Nr. 12430.

Es kann also niemals die Lieferung einer ganz bestimmten Sache verlangt werden (komplettes Bett, Kinderwagen, Klavier usw.), sondern nur die Lieferung einer „bestimmten Quantität vertretbarer Sachen oder Wertpapiere“.

Form und Inhalt des Zahlungsbefehlsgeſuchs ſind denkbar einfach.

Die Zahlungsbefehle werden ohne Rücksicht auf die Höhe der Geldforderung oder des Wertes der verlangten Sachen ausschließlich von den Amtsgerichten erlassen.

Für die Erlassung ist das Amtsgericht zuständig, in dessen Bezirk der Schuldner seinen Wohnsitz hat, wenn nicht etwas anderes vereinbart ist (vereinbarter Gerichtsstand) oder ein besonderer Gerichtsstand gilt (Gerichtsstand der unerlaubten Handlung, des Aufenthaltsortes, der dingliche Gerichtsstand usw.), § 689 RZPO. Der Antrag kann kurz und bündig gefaßt werden, z. B.:

Der ... schuldet mir 300 RM. nebst 4 Proz. Zinsen hieraus seit ... für ärztliche Bemühungen. Ich beantrage Erlassung eines Zahlungsbefehls; bei Widerspruch Terminbestimmung.
oder:

Der ... schuldet mir 400 RM. nebst 4 Proz. Zinsen hieraus seit ... für ein zur Rückzahlung fälliges Darlehen.
oder:

Der ... schuldet mir 120 RM. Schadensersatz, weil er am ... mit seinem Motorrad in mein Schaufenster fuhr und dieses zertrümmerte usw.

b) Der Schuldner kann gegen den Zahlungsbefehl innerhalb der vom Gericht bestimmten Frist Widerspruch erheben. Der Widerspruch ist aber nur zweckmäßig, wenn der geforderte Betrag nicht geschuldet wird oder noch nicht fällig ist oder aber dem Schuldner Einwendungen zur Seite stehen, welche den erhobenen Anspruch nicht oder nur teilweise rechtfertigen.

Der grundlose Widerspruch — er wird meist erhoben, um den Prozeß zu verschleppen — kann sehr hohe Kosten zur Folge haben. Diese stehen meist in keinem Verhältnis zur erreichten Verzögerung des Verfahrens.

Die Widerspruchsfrist beträgt:

1. beim gewöhnlichen Zahlungsbefehl:

3 Tage, wenn die Zustellung des Befehls an einen im Gerichtsbezirk wohnenden Schuldner zu erfolgen hat, eine Woche, wenn der Schuldner außerhalb dieses Bezirks wohnt;

2. beim Wechsel- und Scheck-Zahlungsbefehl:

24 Stunden, wenn der Schuldner am Sitz des Gerichts wohnt, im übrigen 3 Tage oder eine Woche wie vor.

Da aber der Widerspruch auch noch nach Ablauf der Widerspruchsfrist erhoben werden kann, ist dem Gläubiger zu raten, sofort nach Ablauf der Widerspruchsfrist den Vollstreckungsbefehl zu beantragen, da die Vorschrift der §§ 692, 699 RZPO. befiehlt, daß der Gläubiger nach Ablauf der Frist den Voll-

streckungsbefehl beantragen kann, wenn der Schuldner bis zu diesem Augenblicke nicht Widerspruch erhoben hat.

c) Der Vollstreckungsbefehl (siehe die vorstehenden Ausführungen) ist gleich einem Verjämnnisurteil. § 700 RZPO. Er gibt dem Gläubiger die Möglichkeit, gegen seinen Schuldner im Wege der Zwangsvollstreckung vorzugehen (Pfändung ins bewegliche Vermögen durch den Gerichtsvollzieher, Pfändung von Forderungen und Rechten, Offenbarungseid, Zwangsverwaltung und Zwangsversteigerung usw.). Die Verjämning aus einem Vollstreckungsbefehl erfolgt in 30 Jahren.

d) Gegen den Vollstreckungsbefehl kann der Schuldner Einspruch erheben. Die Frist hierfür ist im Gegensatz zur Widerspruchsfrist stets eine Woche und beginnt immer mit der Zustellung des Vollstreckungsbefehls.

Bemerkenswert ist aber, daß durch den Einspruch der Gläubiger nicht gehindert wird, die Zwangsvollstreckung weiter zu betreiben. Der Schuldner kann aber (gegen eine vom Gericht zu bestimmende Sicherheit, welche regelmäßig soviel beträgt, als Hauptsache, Zinsen und Kosten ausmachen) die Einstellung der Zwangsvollstreckung bis zur Entscheidung über den Einspruch beantragen.

e) Die Kosten für einen Zahlungsbefehl betragen:

1. Gerichtskosten:

bis zu 100 RM. einschließlich	2.00 RM.
" " 200 " "	3.00 "
" " 300 " "	4.50 "
" " 400 " "	6.00 "
" " 500 " "	7.50 "
" " 600 " "	9.00 "
" " 700 " "	10.50 "
" " 800 " "	12.00 "
" " 900 " "	13.50 "
" " 1000 " "	15.00 "

2. Anwaltskosten:

für den Zahlungsbefehl:

bis zu 20 RM. einschließlich	2.00 RM.
" " 60 " "	4.00 "
" " 100 " "	6.00 "
" " 150 " "	8.00 "
" " 200 " "	10.00 "
" " 300 " "	15.00 "
" " 400 " "	20.00 "
" " 500 " "	25.00 "
" " 600 " "	29.00 "
" " 700 " "	33.00 "
" " 800 " "	37.00 "
" " 900 " "	41.00 "
" " 1000 " "	45.00 "

Für den Vollstreckungsbefehl erhält der Rechtsanwalt die Hälfte der vorstehenden Sätze.

*

Das Mahnverfahren ist billig und rasch. Es ermöglicht dem Gläubiger, ehestens einen vollstreckbaren Titel (Vollstreckungsbefehl) zu bekommen: er braucht nicht persönlich bei Gericht erscheinen, bedarf keines Rechtsanwalts und keiner mündlichen Verhandlung.

Bei Ansprüchen aus einem Wechsel ist ein Wechselzahlungsbefehl, bei Schecks ein Scheckzahlungsbefehl zu beantragen.

Der Schuldner muß stets genauestens nach Vor- und Zunamen, Stand und Wohnort bezeichnet werden.

Ein Zahlungsbefehl ist aber ausgeschlossen, wenn der Schuldner unbekanntem Aufenthaltsort ist oder sich im Ausland befindet.

Ratschläge an Aerzte zur Bekämpfung der Diphtherie.

Bearbeitet im Reichsgesundheitsamt, in Verbindung mit Prof. H. Kleinschmidt, Direktor der Universitätsklinik in Köln.

Die Diphtherie tritt in jedem Lebensalter auf, am häufigsten im vorschulpflichtigen Alter, aber auch noch oft genug im Schulalter, hier sogar nicht selten in besonders bösartiger Form. Auch der Erwachsene wird von Diphtherie nicht verschont.

Während sich Masern, Keuchhusten und Scharlach nur selten bei den gleichen Individuen wiederholen, ist bei der Diphtherie durchaus mit der Möglichkeit wiederholter Erkrankung zu rechnen.

Die Diphtherie kann sehr schnell im Anschluß an den Kontakt mit einem Diphtheriekranken auftreten, d. h. nach zwei Tagen oder etwas später. Viel häufiger aber erfolgt die Infektion durch einen gesunden Bazillenträger oder abortiv Erkrankten.

Bei gesunden Personen, die Diphtheriebazillen in ihrem Rachen beherbergen, besteht stets die Gefahr zu erkranken. Irgendeine Beeinträchtigung der Abwehrkräfte, insbesondere auch der lokalen Abwehrkräfte der Schleimhäute kann aus dem Bazillenträger einen Kranken machen. Bei der großen Verbreitung der Bazillenträger in der Bevölkerung (1 bis 2 Proz. und mehr) sieht man deshalb plötzlich Diphtherieerkrankungen auftreten unter dem Einfluß besonderer Witterungsverhältnisse, im Anschluß an körperliche Ueberanstrengung oder Unpäßlichkeit, im Gefolge von leichten und schweren Erkrankungen, besonders solchen, die die Schleimhäute der oberen Luftwege angreifen. Hierzu gehören auch Masern und Scharlach. Von einer normierten Inkubationszeit der Diphtherie kann unter solchen Umständen nicht gesprochen werden. Die Diphtherie ist eine Krankheit, die eine Infektion zwar zur Voraussetzung hat, zu deren Angehen aber eine bestimmte Verfassung des Körpers besonders entscheidend ist.

Das sieht man besonders deutlich bei Beobachtung der Erkrankung in größeren Familien. Gehäufte Erkrankungen können hier zwar am gleichen Tage oder innerhalb weniger Tage vorkommen, vielfach folgt jedoch die Erkrankung eines weiteren Familiengliedes erst nach Wochen, ja oft genug kommen weitere manifeste Diphtherieerkrankungen selbst in einer größeren Familie überhaupt nicht vor. Die Familienmitglieder entgehen indessen der Diphtherieinfektion meist nicht; diese kann aber bei kräftiger Resistenz oder früherer Spontanimmunsierung des Organismus in stummer (symptomloser) Form verlaufen. Bei den im Anschluß an eine Diphtherieerkrankung weiter Bazillen ausscheidenden Personen, den sog. Dauerausscheidern ist vielleicht auch mit einer Virulenzabschwächung der Diphtheriebazillen zu rechnen.

Krankheitserscheinungen.

Für eine erfolgreiche Behandlung der Diphtherie ist die frühzeitige Erkennung der Erkrankung erste Voraussetzung.

1. Rachen-diphtherie. Hinweis durch Schluckbeschwerden nicht immer gegeben. Bei jedem kranken Kinde, mag es an Kopfweh, Appetitlosigkeit oder Durchfall leiden, ist die Befichtigung des Rachens erforderlich, und zwar durch schonendes Niederdrücken des Zungengrundes mittels Löffel oder Spatel. Der Belag auf den Gaumenmandeln kann im Umfang von kleinsten Stippchen bis zur vollständigen Bedeckung beider Mandeln mit Uebergang auf die Gaumenbögen, den Gaumen und die hintere Rachenwand schwanken. Sind die charakteristischen dicken, grauweißen Membranen in irgend größerem Umfange vorhanden, so ist die Diagnose ohne weiteres zu stellen. Schwierigkeiten be-

stehen nur im Anfangsstadium. Zuweilen kommt es sehr früh zu Blutungen in die Beläge, wodurch diese eine schmutzig braune Farbe annehmen.

- a) Verwechslung mit Angina catarrhalis. Gerade die schwerste Form der Rachen-diphtherie, die toxische oder maligne Diphtherie, die in den letzten Jahren häufiger als früher gesehen wurde, zeigt am ersten Krankheitstage oft nur Schwellung und Rötung der Gaumenmandeln. Bei genauer Betrachtung fällt jedoch frühzeitig eine schleierartige Trübung der Schleimhaut auf, die sich auch auf Gaumenbögen und Gaumen fortsetzt. An Stelle dieses Schleiers treten oft in Stunden dicke Membranen. Daneben zeigt sich frühzeitig glasiges Ödem in der Umgebung der Tonsillen. Daher
- b) Verwechslung mit Tonsillarabszess. Schon die sehr schnelle Entwicklung der bei Diphtherie gewöhnlich beiderseitigen peritonsillären Schwellung, der schnell hinzutretende membranöse Belag sollten hier vor schützen.
- c) Verwechslung mit Angina lacunaris. Die Diphtherie kann mit lakunären Belägen beginnen, ja der lokale Prozeß kann sich auf einzelne Membraninseln beschränken. Immerhin sind diese Beläge meist größer und dicker als bei der gewöhnlichen Angina, haben grauweiße Farbe und haften fest. Nicht möglich ist die Differentialdiagnose zwischen Angina und Diphtherie aus der Höhe des Fiebers. Nicht nur bei Angina, sondern auch bei der Diphtherie findet man oft genug hohes Fieber. Richtig ist nur, daß manchmal insbesondere sehr schwere Diphtherieerkrankungen mit niedrigen Temperaturen einhergehen. Auch kann die Diphtherie ebenso schnell einsetzen wie eine gewöhnliche Angina.

Sehr wichtig ist die Beobachtung der zugehörigen Kieferwinkel-drüsen-schwellung. Charakteristisch für bösartige Diphtherieformen ist die eigenartige teigige Schwellung der Kieferwinkelgegend, in der die einzelnen Lymphdrüsen nur schwer abzugrenzen sind. Es handelt sich um ein periglanduläres Ödem, das schon bei noch nicht eindeutigen Rachenbefund einen sicheren Fingerzeig gibt und schnell große Ausdehnung erlangen kann (Verwechslung mit Mumps!). Wertvoll ist auch die Beobachtung des eigentümlich leimartigen Geruches aus dem Munde bei der Diphtherie.

2. Kehlkopf-diphtherie (Krupp). Die Erkrankung des Kehlkopfes schließt sich entweder an eine Nasen- oder Rachen-diphtherie an oder tritt primär auf. Bei jeder Heiserkeit, jedem bellenden Husten, jeder mit leise pfeifendem Geräusch verbundenen Einatmungsbehinderung ist daher an Kehlkopf-diphtherie zu denken. Ist entsprechender Ausfluß aus der Nase (s. u.) oder Belag auch geringfügiger Art in Nase oder Rachen zu sehen, so ist an der Diagnose Diphtherie nicht zu zweifeln. Nur ganz plötzlich auftretender Kehlkopfstidor mit Bellhusten, aber klarer Stimme ohne Beläge in Nase oder Rachen ist als Pseudokrump anzuspüren. Zu Beginn der Masern gibt es allerdings auch sich allmählich steigende Erscheinungen dieser Art, die nicht auf Diphtherie beruhen. Im Zweifelsfalle sollte man sich aber in der Therapie stets so verhalten, als ob Diphtherie sicher gestellt wäre.

3. Nasen-diphtherie, am häufigsten im frühen Kindesalter, macht sich durch blutig-serösen, blutig-eitrigen, rein eitrigen Ausfluß bemerkbar. Stets verdächtig sind Erosionen an der Nasenöffnung. Die Erkrankung entsteht des öfteren auf der Grundlage septischer oder skroföser Rhinitis. Durch einfaches Emporheben der Nasenspitze kann man die grauweißen Diphtheriemembranen vielfach sichtbar machen. Das Allgemeinbefinden ist bei der isolierten Erkrankung der Nase meist

wenig gestört, daher fällt der eitrig-eitrige Schnupfen vielfach erst nach einiger Zeit auf.

4. Hautdiphtherie kann sich nur auf Hautstellen, die ihres Epithels beraubt sind, entwickeln (z. B. bei Intertrigo, Ekzemen, Wunden) und besteht in einer fortschreitenden fibrinösen Entzündung.

Bakteriologische Untersuchung.

Abstrich mittels des in jeder Apotheke vorrätigen sterilen watteumwickelten Stäbchens und Einsendung an die nächstgelegene staatliche oder städtische bakteriologische Untersuchungsstelle ist in jedem Verdachtsfalle angezeigt. Doch ist das therapeutische Handeln nicht von dem Ausfall dieser Untersuchung abhängig zu machen. Denn einmal vergeht durch die bakteriologische Untersuchung kostbare Zeit, und außerdem kann die — erstmalige — Untersuchung bei Diphtherie negativ ausfallen. Die bakteriologische Untersuchung hat nur den Zweck, den ärztlichen Befund nachträglich zu bestätigen und die Diagnosestellung in den seltenen Fällen, wo diese aus dem Befund allein unmöglich ist, zu unterstützen. Für rechtzeitige Behandlung ist der Arzt am Krankenbett und nicht der Bakteriologe verantwortlich.

Behandlung zu Hause oder im Krankenhaus?

Wo im Privathause Isolierung in eigenem Zimmer, genügende Beobachtung und sachverständige Pflege gewährleistet ist, kann die Behandlung hier stattfinden. Wo das nicht der Fall ist, sowie bei allen Erkrankungen mit bedrohlichen Erscheinungen (toxische Diphtherie, Kehlkopfdiphtherie) ist alsbaldige Ueberweisung in ein Krankenhaus angebracht. Sie muß auf alle Fälle stattfinden, wenn eine Uebertragung auf weitere Kreise zu befürchten ist, wie in Schulgebäuden, Erziehungsanstalten, Gasthäusern, Wirtschaften, Pflege-, Straf- und sonstigen Anstalten, Milch- und andere Lebensmittelhandlungen. Die Beförderung soll möglichst in Krankenwagen erfolgen. Hat die Ueberführung ausnahmsweise durch öffentliches Fuhrwerk geschehen müssen, so ist für gründliche Desinfektion Sorge zu tragen.

Behandlung mit Diphtherieserum.

In jedem Krankheitsfall, der als Diphtherie sogleich zu erkennen ist oder auch nur den ernstlichen Verdacht auf Diphtherie erregt, ist für unverzügliche Anwendung des Diphtherieheilserrums Sorge zu tragen. Der Arzt sollte also entweder selbst das Serum alsbald einspritzen oder so schnelle Ueberführung in ein Krankenhaus veranlassen, daß nicht Stunden verlorengehen. Denn bei allen Erörterungen über den Wert des Diphtherieheilserrums hat sich immer wieder bestätigt, daß die Wirkung um so günstiger ist, je frühzeitiger es eingespritzt wird. Das antitoxische Serum kann nämlich nicht mehr das in den Körper aufgenommene Diphtheriegift neutralisieren, da es bereits fest an Körperzellen gebunden ist. Ist die Dosis letalis in den Körper aufgenommen und hier schon fest verankert, so nützen auch größte Antitoxindosen nichts mehr. Das Diphtherieheilserrum ist nur wirksam, wenn es zu einem Zeitpunkte eingespritzt wird, wo es noch weiteren Schaden verhindern kann. Hierher gehört auch die Verhütung eines Uebergreifens des Rachenprozesses auf den Kehlkopf, wozu das Diphtherieheilserrum mit größter Sicherheit befähigt ist. Im übrigen hat das Diphtherieheilserrum offenbar auch eine unspezifische Wirkung durch seinen Gehalt an Eiweiß. Die Einspritzung erfolgt im allgemeinen intramuskulär unter den nötigen aseptischen Kautelen in den oberen äußeren Quadranten der Gesäßmuskulatur oder die laterale Oberschenkelmuskulatur. Die Dosierung richtet sich nach der Schwere und Dauer der Erkrankung sowie

dem Alter bzw. Körpergewicht des Kranken. Hier kann nur ein Schema gebracht werden:

Dosierung des Diphtherie-Heilserrums.

Stig und Schwere der Erkrankung	A. E. pro kg	1 Jahr 10 kg	6 Jahre 20 kg	11 Jahre 30 kg
Nasendiphtherie, leichte Rachendiphtherie . . .	100 bis 200	2000	3000	4000
Mittelschwere Rachen- diphtherie	300	3000	6000	9000
Schwere Rachen- diphtherie	400	4000	8000	12 000
Toxische Rachen- diphtherie, Krupp und Diphtherie bei Majern	500	5000	10 000 bis 15 000	15 000 bis 20 000

Die angegebenen Dosen müssen gegebenenfalls wiederholt verabfolgt werden.

Die Unterlassung der Einspritzung vor der bakteriologischen Erhärtung der Diagnose ist vielfach bedingt durch die Scheu vor etwaigen, für den Kranken unangenehmen Begleiterscheinungen der Einverleibung artfremden Eiweißes, vor der sog. Serumkrankheit. Die hierdurch herbeigeführten Beschwerden stehen jedoch in gar keinem Verhältnis zur Gefahr der Diphtherieerkrankung. Kranke, die schon einmal ein Heilserrum vom Pferd erhalten haben, spricht man mit Diphtherieheilserrum vom Hammel oder Rind, das zu prophylaktischen Zwecken prinzipiell benutzt werden sollte, oder macht eine kleine Vorinjektion von 0,5 ccm Diphtherieheilserrum vom Pferd und läßt die Hauptmenge nach 4 Stunden nachfolgen. Man vermeidet dadurch zum mindestens plötzliche, schockartige Wirkungen der Serumgabe bei dem bereits sensibilisierten Organismus.

Die Umgebung des Diphtheriekranken.

Die gesunden Kinder aus einem Haushalt, in dem sich ein Diphtheriekranker befindet, sind trotz Isolierung des Kranken zunächst von jedem Schul- und Unterrichtsbesuch und vom Verkehr mit anderen Kindern auf Straßen und Plätzen fernzuhalten. Dem Leiter der Schule ist von dem Erkrankungsfalle sofort Meldung zu machen. Die erwachsenen Angehörigen sollen den Verkehr mit fremden Kindern unterlassen. Umgekehrt sind Besuche in den Familien Kranker zu vermeiden. Bei den Kindern, die mit einem Diphtheriekranken in Berührung gekommen sind, sollte der Arzt täglich den Hals untersuchen. Ist diese Kontrolle unmöglich, so empfiehlt sich die vorbeugende Einspritzung von 500 Antitoxineinheiten Hammel- oder Rinder-Diphtherieheilserrum, wobei man sich jedoch darüber klar sein muß, daß dieser passive Schutz nur wenige (zwei bis drei) Wochen anhält. Treten bei den gesunden Kindern innerhalb von acht Tagen keine Krankheitsercheinungen auf, so ist unter der Voraussetzung weiterer vollständiger Abtrennung des Kranken der Schulbesuch wieder zu gestatten, sofern nicht von Seiten zuständiger Behörden weitergreifende Maßnahmen gefordert werden. Die Entlassung des Diphtheriekranken aus der Behandlung.

Diese ist, abgesehen von dem Fehlen jeglicher Krankheitsercheinungen (Herz, Nervensystem), möglichst von der bakteriologischen Abstrichuntersuchung abhängig zu machen. Dreimalig negativer Befund im Abstand von je zwei Tagen ist wünschenswert. Bei Entlassung des Kindes aus dem Krankenhaus in irgendeine geschlossene Anstalt ist hierauf unbedingt zu bestehen. Der Schulbesuch ist frühestens vier Wochen nach Beginn der Erkrankung zu gestatten.

Aktive Schutzimpfung.

Nachdem in den letzten Jahren eine Häufung der Diphtherie in einzelnen Teilen des Reiches eingetreten ist, auch vielfach besonders schwere Fälle mit erheblicher Sterblichkeit aufgetreten sind, ist wiederholt von der aktiven Schutzimpfung in größerem Umfange Gebrauch gemacht worden. Man wird sich zu ihr um so leichter entschließen, als eine allgemeine Diphtheriebekämpfung durch Ansteckungsbehinderung wegen der häufigen Bazillenträger in einer dichtwohnenenden Bevölkerung doch nur in sehr beschränktem Maße möglich ist. Diese Schutzimpfung erfolgt mit besonderen Impfstoffen und verleiht fast immer einen länger dauernden Schutz vor der Erkrankung, wenn sie in der vorchriftsmäßigen Weise ausgeführt wird. Ihre Durchführung in Massenimpfungen erfolgt auf behördliche Anweisung. Auf Wunsch der Eltern kann die Schutzimpfung jedoch im Einzelfalle vom Hausarzt ausgeführt werden. Nähere Anweisungen über die Durchführung sind den im Handel befindlichen Impfstoffen stets beigelegt. Da es sich hier um ein aktives Immunisierungsverfahren handelt, ist zu beachten, daß bis zur Ausbildung nennenswerter Schutzkräfte im Körper etwa acht bis zehn Wochen vergehen, daß die Impfung also keine Methode in Fällen akuter Gefahr, sondern eine Vorbeugung auf längere Sicht darstellt. (Reichsgesundheitsblatt Nr. 17/35.)

Erhaltung der Leistungsfähigkeit der Ortskrankenkassen.

Von Oberregierungsrat Pg. Martin, Reichsbeauftragter für den Reichsverband der Ortskrankenkassen.

Die nationalsozialistische Idee wurzelt in der Volksgemeinschaft. In ihr muß auch die Sozialversicherung, wie sie der Nationalsozialismus anstrebt, ihre tiefste Verankerung haben. Deshalb gibt es auch kein Gebiet, das mit dem Nationalsozialismus mehr verwachsen sein kann, als gerade die Sozialversicherung. Der nationalsozialistische Grundsatz: „Gemeinnutz geht vor Eigennutz“ hat insbesondere Bedeutung, wenn es sich um die Erhaltung und Stärkung der Volkskraft handelt; denn im Dritten Reich steht die Erkenntnis der Notwendigkeit der Erhaltung und Stärkung der Volkskraft an oberster Stelle.

Den Ortskrankenkassen fällt die hohe und verantwortungsvolle Aufgabe zu, für die Erhaltung der Arbeitskraft und die Förderung der Gesundheit von etwa 22 Millionen deutscher Volksgenossen, sei es im Wege der unmittelbaren Krankenhilfe für Versicherte oder der mittelbaren Familienkrankenpflege, zu sorgen. Mit der Sorge um die Gesundheit dieser 22 Millionen obliegt den Ortskrankenkassen aber die Sorge um einen guten Teil der deutschen Volksgesundheit überhaupt. Dabei ist nicht entscheidend, welche Vorteile der einzelne Versicherte gegebenenfalls aus der Versicherung zu ziehen vermag; es kommt vielmehr darauf an, durch welche Maßnahmen und auf welchem Wege ein höchstes Maß an Gesundheitsfürsorge für die Gesamtheit der Versicherten erreicht wird. Diese seit dem Bestehen der Krankenversicherung gültige Erkenntnis hat sich der nationalsozialistische Staat insbesondere zu eigen gemacht, weil er sich dessen bewußt ist, daß ein Höchstmaß der Gesundheitsfürsorge für die Gesamtheit seiner Glieder letzten Endes die Quelle seiner eigenen Kraft ist. Um hier ein Höchstmaß an Wirkung zu erzielen, ist es Aufgabe kluger Sozialpolitik, den Gemeinschaftsgeist in der Sozialversicherung zu fördern, um so die Träger der Gesundheitsfürsorge zur Entfaltung höchster Leistungsfähigkeit zu entwickeln.

Die Grundpfeiler der Krankenversicherung sind nach dem ganzen Aufbau des Krankenkassenwesens die Ortskrankenkassen; denn sie vereinigen in sich den weitaus größten Teil

der gegen Krankheit versicherten Volksgenossen und ihre Familienangehörigen. Den Bestrebungen, in der Krankenversicherung die verschiedenen Sonderkassenarten zu beseitigen und einen einheitlichen Versicherungsträger zu schaffen, ist der Gesetzgeber nicht gefolgt. Damit ist die Möglichkeit offen geblieben, daß sich einzelne Versicherte oder bestimmte Gruppen von Versicherten der in der nationalsozialistischen Volksgemeinschaft an sich selbstverständlichen Verpflichtung, daß die Lasten der Krankenversicherung auf breitesten Schultern liegen sollten, ganz oder teilweise entziehen können. Selbst wenn man den Zusammenschluß gleichartiger beruflicher oder betrieblicher Versicherungswagnisse gut heißt, darf man die Auswirkung für den Teil der Versicherten, die aus persönlichen, betrieblichen oder beruflichen Gründen keiner Sonderkasse angehören können, nicht außer acht lassen. Von diesen Versicherten muß mit Recht als drückende Belastung empfunden werden, wenn aus organisatorischen Gründen, die man an sich billigen mag, das Gleichgewicht in der Krankenversicherung gestört wird mit dem Ergebnis, daß auf der einen Seite überwiegend günstige und auf der anderen Seite — bei den Ortskrankenkassen — die ungünstigen Wagnisse zusammenkommen.

Nach den Beobachtungen der vergangenen Jahre und den Erfahrungen der neuesten Zeit droht sich diese Gefahr sehr zu verschärfen. Die Ersatzkassen wachsen immer stärker an und nehmen die günstigen Wagnisse gut entlohnter Versicherter aus den Ortskrankenkassen heraus. Dazu kommt, daß auch bei dem Neuaufbau des Handwerks Bestrebungen laut geworden sind, die darauf abzielen, sämtliche in handwerklichen Betrieben Beschäftigte in berufeigenen Handwerkerkrankenkassen zusammenzufassen, wodurch der Versichertenbestand der Innungskrankenkassen vervielfacht und den Ortskrankenkassen noch ein weiterer guter Teil günstiger Wagnisse entzogen würde. Es können in diesem Zusammenhange auch nicht unerwähnt bleiben einerseits die Bestrebungen, die auf eine weitere Zulassung von Landkrankenkassen abzielen, und andererseits die Bemühungen zur Errichtung von Betriebskrankenkassen selbst für Betriebe verschiedener irgendwie verketteter Unternehmungen.

Wohin die Verwirklichung dieser Bestrebungen führen würde, ist mir nicht zweifelhaft. Der Erfolg müßte ganz zwangsläufig sein, daß die Allgemeine Ortskrankenkasse zur „Armeleute-Krankenkasse“ heruntergewirtschaftet würde. Aber gerade das würde mit nationalsozialistischem Gemeinschaftsgeist, wie er in der Krankenversicherung vorbildlich sein sollte, nichts, aber auch gar nichts mehr gemein haben.

Nun ist zwar durch Erlaß der zuständigen Reichsministerien vom 29. März 1935 die Werbetätigkeit der Ersatzkassen bis auf weiteres eingeschränkt. Auch ist durch die Sechste Verordnung zum Aufbau der Sozialversicherung vom 13. März 1935 vorerst sichergestellt, daß die Neuordnung der Rechtsverhältnisse der Innungskrankenkassen zu keinem Eingreifen in den Mitgliederbestand der Ortskrankenkassen führen darf. An der zum Nachteil der Ortskrankenkassen bereits eingetretenen Risikoverlagerung wird dadurch nichts geändert.

Auf der anderen Seite kann aber nicht in Abrede gestellt werden, daß das von den Allgemeinen Ortskrankenkassen zu tragende Versicherungswagnis durch tatsächliche Umstände und besondere Vorschriften, die bei den übrigen Kassenarten nicht in gleicher Weise und Wirkung vorliegen, ungünstig beeinflusst wird. So haben die Ortskrankenkassen vier Fünftel aller freiwilligen Mitglieder, neun Zehntel aller Arbeitslosen, die Notstands- und Fürsorgearbeiter, die unständig Beschäftigten und die Hausgewerbetreibenden gegen Krankheit zu versichern. Hieraus ergibt sich eine im Vergleich zu den übrigen Kassenarten nicht zu unterschätzende schlechterstellung im Versichertenbe-

stande der Ortskrankenkassen. Man komme mir nur nicht mit dem Einwand, daß durch die Einführung einer Gemeinlast die Risikoverlagerung ausgeglichen werde. Bei mir besteht kein Zweifel darüber, daß das Unrecht einer verhältnismäßig höheren Belastung der in den Ortskrankenkassen Versicherten auch bei Einführung eines gewissen finanziellen Lastenausgleichs (Gemeinlast) fortbestehen wird.

Schlagartig werden die Verhältnisse, wie sie sich in der allerletzten Zeit zugespitzt haben, durch nachstehende Ausführungen beleuchtet, die mir in den letzten Tagen aus einer der größten Städte Deutschlands zuzingen:

„Die Neugestaltung der Sozialversicherung, insbesondere der Neuaufbau der Krankenversicherung, bringt den Geschäftsführern der Allgemeinen Ortskrankenkassen täglich neue Sorgen. Das Ersatzkassenwesen ist nicht etwa eingeschränkt oder gar beseitigt, sondern im Gegenteil gefördert worden. Die Existenz der Ortskrankenkassen ist sehr gefährdet durch den Austritt aller guten Risiken, und es ist nur noch eine Frage der Zeit, bis die Ortskrankenkasse die Versicherungskasse der ärmsten deutschen Volksgenossen ist und diese Volksgenossen durch zu hohe Beitragsätze auch noch um ihr sehr geringes Einkommen bringen muß.

Vom sozialen Standpunkt aus muß ich als Kreisleiter der NSDAP. die größten Bedenken zum Ausdruck bringen. Der Nationalsozialismus will alles andere als das, was sich hier vollzieht. Wenn ich mir nur die Werke betrachte, wo von 800 Beschäftigten die 150 männlichen Arbeiter bei der Ersatzkasse versichert sind, während die an und für sich schlechten Risiken der 650 Frauen der Ortskrankenkasse verbleiben, so muß ich dieses unsoziale Verhältnis als Nationalsozialist schroff zurückweisen. Ich bin überzeugt, daß unser Führer sowie die nationalsozialistischen Sachbearbeiter solche Mißstände ebenso verworfen wie jeder leitende Angestellte der Ortskrankenkassen.

Ich halte es für meine Pflicht, diese meine Befürchtungen Ihnen noch einmal mitzuteilen und bitte Sie, doch endlich einmal die Leiter der größten Krankenkassen Deutschlands nach Berlin zu rufen, um in gemeinsamer Aussprache die Nöte und Sorgen der Allgemeinen Ortskrankenkassen zu besprechen. Meine Anregung geschieht einzig und allein aus der Erkenntnis, daß die Ersatzkassen mit allen Mitteln arbeiten und nichts unversucht lassen, für sich etwas zu erreichen, so daß auch wir nicht ruhen und rasten dürfen, sondern unerbittlich für unser Recht und vor allem für das soziale Wohl der deutschen Schaffenden einzutreten haben.

Ich gehe auch nicht fehl, wenn ich Ihnen versichere, daß auch Sie, der Sie eine große Verantwortung übernommen haben, aus einer solchen Besprechung neue Kraft und neue Ueberzeugung gewinnen werden für Ihren so schweren Kampf zur Erhaltung der Leistungsfähigkeit der Allgemeinen Ortskrankenkassen und zur Erreichung des Zieles, jedem deutschen Volksgenossen im Krankheitsfalle auf raschestem Wege die Wiederherstellung der Arbeitskraft zu ermöglichen.“

Um Mißdeutungen von vornherein zu begegnen, stelle ich hiermit ausdrücklich fest, daß der Zweck dieser Ausführungen nicht sein soll, einer einzelnen Kassenart — hier den Ortskrankenkassen — das Wort zu reden. Es liegt mir einzig und allein an der Feststellung, daß die Bestrebungen von dritter Seite nichts anderes bedeuten, als die Durchführung des Gesetzes über den Neuaufbau der Sozialversicherung in Wege geleitet zu wissen, die zwar dem Wohle einzelner Gruppen dienlich sein mögen, sich für das Allgemeinwohl aber sehr nachteilig auswirken müssen.

Es läßt sich mit dem Geist einer wahren Volksgemeinschaft nicht vereinbaren, einer Versicherungseinrichtung, auf die nicht

verzichtet werden kann — daß man sie Ortskrankenkassen nennt, bleibt gleichgültig —, letzten Endes nur geringst entlohnte und gesundheitlich besonders anfällige Volksgenossen als Mitglieder zu belassen. Diese Versicherungseinrichtung würde dadurch gezwungen, von diesen ärmsten Volksgenossen zur Deckung des Versicherungswagnisses weit höhere Anteile des Arbeitseinkommens als Beiträge zur Durchführung der Krankenversicherung erheben zu müssen als das die anderen Kassenarten notwendig haben. Diese Gefahr abzuwenden ist das Gebot der Stunde. (Völk. Beobachter Nr. 106/35.)

Rasse und Schule.

Von Dr. W. Groß, Leiter des Rassenpolitischen Amtes der NSDAP.

KDR. Die Beziehungen zwischen dem nationalsozialistischen Rassegedanken und dem Schulwesen sind wechselseitiger Natur: Einerseits beeinflußt die rassische Erkenntnis erheblich unser Bild von den Aufgaben und Grenzen der Schule, andererseits wird die Schule selbst wieder wesentlich zur Verbreitung und Vertiefung des Rassegedankens im Volk beitragen können und müssen. Die Forderungen, die sich aus dem Rassegedanken an die Schule ergeben, mögen im ersten Augenblick unbequem erscheinen. Die Erkenntnisse der Vererbungswissenschaft, die uns die überragende Bedeutung der Erbanlagen gegenüber allen Umweltwirkungen gelehrt hat, schränken die Möglichkeit der Erziehung und Bildung des heranwachsenden Menschen in gewissem Sinne ein. Alle Erziehung und Bildung setzt das Vorhandensein entsprechender Erbanlagen voraus, die entwickelt und gefördert werden wollen; sie kann aber nichts von sich aus schaffen, was anlagenmäßig nicht vorbereitet ist, und sie kann auf der anderen Seite auch nichts endgültig beseitigen, was an Erbanlagen etwa unerwünschter Natur im Menschen schlummert. Das bedeutet, daß das sinnvolle Anwendungsgebiet aller Erzieher Tätigkeit eine Einschränkung erfährt. Auf der einen Seite verlieren alle Bestrebungen ihre Berechtigung, die auch die ungewöhnliche oder gar geniale Veranlagung unter allen Umständen in das Schema eines genormten Bildungsganges pressen wollen. Es ist sinnlos, erzieherische Bestrebungen dort einzusetzen, wo jede anlagenmäßige Voraussetzung für einen Erfolg fehlt. Die ungebührliche Pflege des Hilfsschulwesens und der Fürsorgeerziehung verliert damit ihre Berechtigung.

Die zweite Forderung rassischen Denkens an eine Neuausrichtung des Schulwesens betrifft die rassische Harmonie zwischen Lehrer, Schüler und Lehrstoff. Es ist ganz selbstverständlich, daß eine förderliche Erziehungsarbeit nur dann statthaben kann, wenn der Lehrer und seine Schüler wesentlich die gleiche rassische Grundhaltung aufweisen. Der fremdrassige Lehrer ist uns ganz sachlich eine unmögliche Vorstellung geworden; ebenso unabdingbar ist auch die Forderung, daß die Klassengemeinschaft selbst, an der der Erzieher zu arbeiten hat, eine rassische Einheit darstellt. Fremdrassige Schüler müssen zwangsläufig die Erziehungsmöglichkeit in einer Klassengemeinschaft herabmindern, weil sie unermidlich Dissonanzen in der Gesamthaltung bedeuten. Deshalb ergibt sich die Forderung, die unter uns noch lebenden fremdrassigen Bevölkerungsgruppen, insbesondere also die Juden, im Schulunterricht von den Kindern unserer eigenen Art grundsätzlich abzusondern.

Daß im Mittelpunkt aller Erziehungsarbeit, die ja nicht Wissen an sich vermitteln soll, sondern Charakterwerte heranzubilden muß, das Wesen des eigenen Volkstums und der eigenen rassischen Art zu stehen hat, erscheint uns selbstverständlich. Wir werden niemals ein deutsches Volk und eine deutsche Führer-

sicht heranbilden können, wenn wir als Mittel zu diesem Zweck hauptsächlich das Studium fremder Kulturen, Sprachen und Geschichten setzen, statt vom eigenen Volkstum auszugehen und stets wieder zu ihm hinzuzuführen.

Eine letzte Forderung rassistischen Denkens an die Neugestaltung unseres Schulwesens betrifft ein praktisch bevölkerungspolitisches Gebiet. Die einseitig intellektuelle Entwicklung mit ihrer uferlosen Vermehrung immer neuer Fächer hat dazu geführt, daß insbesondere für die akademischen Berufe der Ausbildungsgang länger, das Alter bei der Erreichung des Berufseintritts immer höher geworden ist. Die Folge war die Heraufsetzung des Heiratsalters, die ihrerseits wesentlich an dem erschütternden Geburtenrückgang gerade der führenden Schichten der Nation schuld gewesen ist.

Wir müssen heute verlangen, daß der Eintritt auch in den akademischen Beruf und damit die Heiratsmöglichkeit wieder in einem Alter erreicht wird, das wieder den natürlichen wie den bevölkerungspolitischen Anforderungen entspricht. Schule und Hochschule werden hier einsehen müssen, daß sich eine verständige Kürzung ihrer Ausbildungsjahre durch die Erhaltung hochwertiger Begabungen belohnt machen wird, die heute infolge der verspäteten Heiratsmöglichkeiten Generation um Generation dem Volke verlorengehen.

All diese Gedanken und Forderungen sind nur dem verständlich und dann freilich auch selbstverständlich, der biologisch und rassistisch denken gelernt hat. Man wird nicht erwarten können, daß die völlig anders geartete Geisteshaltung des Liberalismus in wenigen Monaten oder Jahren völlig überwunden ist. Um so notwendiger ist, daß die Schule selbst die heranwachsende Generation mit den Grundlagen dieser neuen Gedankenwelt von vornherein so vertraut macht, daß sie wenigstens in Zukunft über jede Erörterung erhaben sind und zur selbstverständlichen Grundlage alles öffentlichen Lebens werden.

Die bekannten Erlasse des Reichserziehungsministers, die im engen Einvernehmen mit dem Rassenpolitischen Amt der NSDAP. entstanden sind, geben die Grundlage, die diesen Forderungen gerecht wird, für eine Neuordnung des Schulwesens ab. (Arzteblatt für Westfalen und Lippe Nr. 9/35.)

Ärztliche Versorgung der Landjahrpflichtigen.

Vertrag

zwischen der Deutschen Kranken-Versicherungs-Akt.-Ges., Berlin-Schöneberg, Innsbrucker Str. 26/27, im nachstehenden „Gesellschaft“ genannt, und der Kassenärztlichen Vereinigung Deutschlands, im nachstehenden „KVD.“ genannt, wird auf der Grundlage des zwischen der Gesellschaft und dem Reichs- und Preussischen Minister für Wissenschaft, Erziehung und Volksbildung geschlossenen Vertrages und etwaiger gleichlautender Verträge mit außerpreussischen Behörden folgender Vertrag abgeschlossen:

§ 1.

Die KVD. übernimmt zu den Bedingungen dieses Vertrages die ärztliche Versorgung der bei der Gesellschaft im Landjahr 1935 versicherten Landjahrpflichtigen einschließlich Kameradschaftsführer(innen). Die ärztliche Behandlung erfolgt durch die zur Kassenpraxis zugelassenen Ärzte, und zwar nicht nur während des Aufenthalts im Heim, sondern auch auf Fahrten, Urlaub u. ä. Die Bezirksstellen der KVD. stellen den in ihrem Bereich befindlichen Landjahrheimen ein Verzeichnis der hiernachbehandlungsberechtigten Ärzte zur Verfügung, unter denen freie Arztwahl besteht. Andere Ärzte werden auf Rechnung der Gesellschaft nur dann tätig, wenn sie in dringenden Fällen

in Anspruch genommen werden und ihre Abrechnung über die zuständige Bezirksstelle der KVD. einreichen.

Ärztlich behandelt werden auf Grund dieses Vertrages alle Krankheiten, die nach ärztlichem Urteil einen unnatürlichen körperlichen oder geistigen Zustand darstellen. Die Gesellschaft übernimmt die Vergütung während der Landjahrzeit und vier Wochen darüber hinaus, soweit die Krankheit während der Teilnahme am Landjahr entstanden ist. Die Verlängerung um vier Wochen tritt für einen vor Ablauf des Landjahres ausscheidenden Landjahrteilnehmer nicht ein, falls ein Erfahrtteilnehmer innerhalb des Landjahres 1935 in das Landjahrheim eintritt. Die Gesellschaft wird die Landheimleiter veranlassen, in solchen Fällen dem behandelnden Arzte Mitteilung von dem Zeitpunkt des Versicherungsablaufs zu machen.

Die durch Unfälle entstandenen Behandlungskosten unterliegen nicht diesem Vertrage. Ein Unfall im Sinne dieses Vertrages liegt vor, wenn der Versicherte durch ein plötzlich von außen auf seinen Körper wirkendes Ereignis unfreiwillig eine Gesundheitschädigung erleidet; darunter gehören auch a) durch plötzliche Kraftanstrengung hervorgerufene Verrenkungen, Zerrungen und Zerreißungen, b) Wundinfektionen, bei denen der Ansteckungsstoff durch eine Unfallverletzung in den Körper gelangt ist.

§ 2.

Für jeden Behandlungsfall wird von der Landjahrleitung ein von der Gesellschaft aufgestellter Krankenschein ausgestellt; erkrankt der Landjahrpflichtige bei einem Aufenthalt außerhalb des Lagers, so daß er einen Krankenschein nicht beibringen kann, genügt ein Ausweis der Landjahrheimleitung über die Zugehörigkeit zum Heim.

§ 3.

Der Arzt soll im allgemeinen in der Sprechstunde aufgesucht werden; nur soweit erforderlich, wird ein Arzt ins Landjahrheim gerufen. Die ärztliche Behandlung, Arzneiverordnung und Krankenhauseinweisung erfolgt nach den allgemeinen in der Krankenkassenpraxis üblichen Grundsätzen und wird von den Bezirksstellen der KVD. in diesem Sinne überwacht. Arzneiverordnungen sind auf den Namen des Landjahrpflichtigen auszustellen und dabei das Heim zu vermerken, zu dem der Landjahrpflichtige gehört.

§ 4.

Die Vergütung für die ärztliche Tätigkeit beträgt:

für eine ärztliche Beratung in der Sprechstunde	1.50 RM.,
für einen ärztlichen Besuch beim Erkrankten	2.50 RM.

(jedoch wird bei gleichzeitigen Besuchen mehrerer Erkrankter nur eine Besuchsgebühr, für die anderen Fälle je eine Beratungsgebühr, in Anrechnung gebracht),
für einen Nacht-, Eil- oder Sonntagsbesuch beim Erkrankten 4.— RM.

Sonderleistungen werden nach den einfachen Mindestsätzen der Preussischen Gebührenordnung berechnet, soweit die Gebühr für die Sonderleistung nach diesen Sätzen mehr als 2.— RM. beträgt.

Bei mehreren gleichzeitig ausgeführten Sonderleistungen kommt nur die höchstbewertete in Anrechnung.

Röntgen-Aufnahmen und -Behandlungen sind nach dem Tarif der Deutschen Röntgen-Gesellschaft vom 1. April 1926 in Ansatz zu bringen.

Wegegebühren werden mit 75 Pfg. je Doppelkilometer in Ansatz gebracht, soweit die Entfernung mehr als einen Doppel-

Kilometer beträgt, angefangene Doppelkilometer jedoch nur bei mehr als 0,5 Kilometer. Für die Zeit zwischen 21 und 7 Uhr erhöhen sich die Wegegebühren um 50 v. H.

Sofern bei Krankenhausbehandlung neben den Pflegefällen III. Klasse ärztliche Leistungen gesondert liquidiert werden dürfen, werden diese nach den einfachen Mindestsätzen der Preussischen Gebührenordnung vergütet.

§ 5.

Die ärztlichen Rechnungen sind nach Abschluß der Behandlung jedes Falles umgehend sowohl von Kassenärzten wie auch von anderen in dringenden Fällen in Anspruch genommenen Ärzten und von Ärzten, die im Krankenhaus behandelt haben, an die zuständige Bezirksstelle der KVD. einzureichen. Die Bezirksstelle prüft die Rechnungen nach den Grundsätzen der Kassenpraxis und gibt sie an die Gesellschaft mit dem Prüfungsvermerk und etwaigen vorgenommenen Änderungen weiter. Die Gesellschaft zahlt die ihr eingereichten Rechnungen umgehend an die Bezirksstelle, die die für jeden Fall von der Bezirksstelle anerkannten Beträge schnellstens an den Arzt überwies. Rechnungen, die nicht über eine Bezirksstelle der KVD. gehen, wird die Gesellschaft nicht vergüten.

§ 6.

Dieser Vertrag beginnt am 1. April 1935 und endet mit der Beendigung des Landjahres 1935 bzw. der in § 1 vorgesehenen Verlängerungszeit von vier Wochen.

Berlin, den 13. April 1935.

Deutsche Kranken-Versicherungs-Akt.-Ges.
Tosberg. v. Bruchhausen.

Berlin, den 15. April 1935.

Kassenärztliche Vereinigung Deutschlands.
Dr. Grote.

Dem Aerzteblatt für Württemberg und Baden Nr. 7/35 entnehmen wir folgende wissenswerte Mitteilung:

Verband der Krankenhausärzte Badens.

Zur Vertrauensarztfrage.

Aus den verschiedensten Teilen des Reiches erhalte ich Anfragen über die Stellungnahme des Verbandes zum Verlangen der Vertrauensärzte von Krankenkassen um Zutritt zum Krankendett der Versicherten im Krankenhaus. Hierzu ist zu bemerken, daß der Verband bereits im Jahre 1928 einstimmig den Beschluß gefaßt hat, daß dem Vertrauensarzt eine solche Befugnis nicht zusteht. Am 25. April 1931 hat dann der Ausschuß der ärztlichen Spitzenverbände (unterzeichnet Prof. Eichelberg und Dr. Toeplich) einen Beschluß bekanntgegeben, nach welchem dem Vertrauensarzt einer Krankenkasse der Zutritt zum Krankbett oder eine Nachuntersuchung im Krankenhaus nicht gestattet ist. Am 14. März 1932 wurde unter Mitwirkung des Arbeitsministeriums eine Vereinbarung über die Zusammenarbeit von Krankenkassen und Krankenhausverwaltungen getroffen, die sich auf den gleichen Standpunkt stellt*). Diese

*) In § 4 ist nur folgender Ausnahmefall vorgesehen. Der zweite Absatz lautet:

„Wenn ein Kassenarzt, ohne vertraglich dem Krankenhaus gegenüber zur Behandlung verpflichtet zu sein, im Krankenhaus selbständige Behandlungen ausführt, so ist der Vertrauensarzt der Kasse auf sein Verlangen berechtigt, an einer Untersuchung des Patienten im Krankenhaus teilzunehmen; er hat sich in Gegenwart des Patienten jeder Kritik der Diagnose und der Behandlungsweise des behandelnden Arztes zu enthalten.“

Es handelt sich sonach um freie Kassenärzte, die, ohne zum Krankenhaus in einem Vertragsverhältnis zu stehen, Kassenkranke im Krankenhaus behandeln dürfen.

Vereinbarung ist von sämtlichen Verbänden der Krankenkassen Deutschlands sowie vom Reichsverband der privaten und gemeinnützigen Kranken- und Pflegeanstalten Deutschlands, sowie der Arbeitsgemeinschaft der kommunalen Spitzenverbände für das Gesundheitswesen und vom Arbeitsministerium gezeichnet.

Im § 5 dieser Vereinbarung ist, falls sich Krankenhausarzt und Vertrauensarzt nicht einigen, ein Ausschuß vorgesehen, der aus dem Krankenhausarzt, dem Vertrauensarzt und einem dritten Arzt besteht und der der Krankenkasse über den strittigen Fall ein Gutachten zu erstatten hat. Die Kosten, die durch die Hinzuziehung eines dritten Arztes entstehen, trägt die Krankenkasse.

Es ist mir nicht bekannt, ob jemals ein solcher Ausschuß zusammengetreten ist.

Die Voraussetzung für obige Beschlußfassung besteht auch heute noch, nichts hat sich daran geändert und die Mitglieder unseres Verbandes sind deshalb auch heute noch verpflichtet, dieselben genauestens zu befolgen, d. h. den Vertrauensärzten den Zutritt zum Krankbett nicht zu gestatten.

Vor allem besteht keinerlei Rechtsgrundlage für das Verlangen der Kassen bzw. der Vertrauensärzte. Jedenfalls kann sie aus der RVO. nicht abgeleitet werden und der § 368 derselben bezieht sich nicht auf die Krankenhauspflege sondern lediglich auf die offene persönliche Behandlung der Versicherten durch den Kassenarzt, nicht dagegen auf Kur und Pflege im geschlossenen Krankenhaus.

Der Krankenhausarzt ist durch Vertrag mit dem Krankenhausträger zur Behandlung der eingewiesenen Kranken verpflichtet. Er hat über die Behandlungsart sowie über den Zeitpunkt der Entlassung und den Eintritt der Arbeitsfähigkeit zu entscheiden. Diese Verantwortung kann ihm durch den Vertrauensarzt nicht abgenommen werden; dazu wäre eine Vertragsänderung notwendig, zu der sich weder die Krankenhausträger noch der Krankenhausarzt bereithalten werden. Und schließlich hat der Krankenhausträger das Hausrecht, auf das er wohl nicht verzichten wird.

Die Tätigkeit des Vertrauensarztes im Krankenhaus könnte sich nur auf die Nachprüfung der Behandlungsbedürftigkeit der Versicherten beziehen. Dagegen erheben sich aber reichlich ärztliche Bedenken. Vor allem ist es nicht möglich, daß sich der Vertrauensarzt auf Grund einer einmaligen Untersuchung oder gar der Einsichtnahme in die Krankengeschichte auch nur annähernd ein Urteil bilden kann, wie der behandelnde Krankenhausarzt, der den Kranken regelmäßig untersucht und beobachtet und seine Beurteilung hinsichtlich der Arbeitsunfähigkeit nicht nur auf Untersuchung eines Organs, sondern auf Berücksichtigung der ganzen Persönlichkeit stützt. Auch wird im allgemeinen die Ausbildung des Vertrauensarztes keine Gewähr dafür geben, daß er einen Kranken besser beurteilen kann, als der Krankenhausarzt. Bekanntlich werden ja als Krankenhausärzte nur solche ausgewählt, bei denen gemäß ihrer Vorbildung besondere Qualitäten vorausgesetzt werden.

Auch muß durch solche Nachuntersuchungen notwendigerweise das Vertrauen zum behandelnden Krankenhausarzt nicht nur bei den nachuntersuchten Kassenmitgliedern, sondern auch bei den übrigen Kranken untergraben werden.

Schließlich ist auch wohl zu verstehen, wenn mancher Krankenhausarzt eine Kontrolle über seine Tätigkeit und Urteilsfähigkeit — eine solche ist es doch, auch wenn sie von Kassenseite in Abrede gestellt wird — nicht nur als Entrechtung, sondern auch als beschämend und als Zeichen des Mißtrauens ansieht.

Fragen wir nach den Gründen, aus welchen die Krankenkassen neue Befugnisse für ihre Vertrauensärzte herleiten. Man teilte mir mit, die Lasten, welche durch die Krankenhäuser den

Krankenkassen entstehen, seien im letzten Jahre ins Unerträgliche gestiegen, schuld sei die zunehmende Aufenthaltsdauer des einzelnen Kranken. Die Krankenhausverwaltungen würden auf die von ihnen abhängigen Krankenhausärzte einen Druck ausüben, im Interesse einer besseren Belegung und damit besseren Finanzierung ihres Hauses. Andererseits sei es in der jetzigen Zeit nicht angängig, die Beiträge der Kassenmitglieder zu erhöhen.

Ich habe an die Mitglieder unseres Verbandes den guten Glauben, daß sie einen solchen Druck von ihren Verwaltungen ablehnen würden, andererseits kann ich auch nicht annehmen, daß die Verwaltungen sich derartige Eingriffe in die Befugnisse ihres Arztes gestatten. Wenn aber ein Krankenhaus sich nur erhalten kann dadurch, daß es Kranke unnötig lange zurückhält, dann hat es die Existenzberechtigung verloren.

Was nun die Aufenthaltsdauer des einzelnen Kranken anlangt, so habe ich hierüber in dem von mir geleiteten Krankenhaus sofort eine Ausstellung machen lassen. Bei einer solchen kann natürlich nicht der gesamte Durchschnitt genommen werden. Selbstzahler, Kranke des Fürsorgeamtes, der Allgemeinen Ortskrankenkasse, sonstiger Kassen müssen getrennt herausgenommen werden. Wir haben nun das überraschende Ergebnis bei Angehörigen der Ortskrankenkasse, daß während 1931/32 die Aufenthaltsdauer 25,6 Tage betrug, dieselbe 1932/33 auf 23,5 und 1933/34 auf 20,7 Tage fiel, während die Zahl der Verpflegungstage 1931/32 40 869, 1932/33 32 390 und 1933/34 31 736 betrug.

Die größte Aufenthaltsdauer haben Kranke des Fürsorgeamtes (29,1 Tage), was darauf zurückzuführen ist, daß uns Alte und Gebrechliche, alte Apoplektiker usw. nicht abgenommen werden mangels anderweitiger Unterkunftsmöglichkeit. Dadurch erhöht sich der Gesamtdurchschnitt der Aufenthaltsdauer auf 24 Tage. Der Durchschnitt aller Kassenkranken beträgt aber nur 20,5 Tage, eine Ziffer, die wohl kaum beanstandet werden kann, da sie erheblich unter der allgemeinen Durchschnittsziffer liegt und wohl noch herabgedrückt werden könnte, wenn die schweren Betriebsunfälle, die ja im steten Zunehmen sind, nicht so sehr ins Gewicht fielen.

Auf der inneren Abteilung befinden sich allerdings eine große Zahl von Beobachtungsfällen, die nur 3,5 oder 8 Tage verweilen, dagegen handelt es sich im übrigen meist um schwere Fälle, die unbedingt längerer Behandlung bedürfen. So wird

es auch anderwärts sein. Ich kann den Kollegen nur dringend empfehlen, ebenfalls solche Aufstellungen machen zu lassen, um den ungerechtfertigten Angriffen sofort begegnen zu können.

Es mag sein, daß die Finanzlage der Krankenkassen keine günstige ist, es muß aber mit aller Bestimmtheit abgelehnt werden, wenn die Schuld allgemein den Krankenhausärzten zugeschoben und daraus die Berechtigung einer Kontrolle derselben abgeleitet wird.

Mit der Abnahme der Arbeitslosigkeit und der dadurch bedingten starken Zunahme der Krankenkassenmitglieder steigt naturgemäß auch die Zahl der Krankenhausbedürftigen, wie wir es auch hier festgestellt haben und damit auch der Aufwand für die Krankenhäuser. Vielfach aber sind bisher Arbeitslose nur kurze Zeit beschäftigt, nach der Entlassung aus der Arbeit bleiben sie aber Kassenmitglieder und zahlen keine Beiträge. Sie belasten die Kasse im Erkrankungsfall erheblich. Ferner steigt mit der Zunahme der Arbeitsdienstpflcht auch die Zahl der Krankenhausbedürftigen Dienstpflchtigen. Diese leisten aber nur geringe Kassenbeiträge und führen deshalb auch zu einer Belastung der Krankenkassen.

Wenn dann trotz erhöhter Ausgaben von Seiten der Kassen die Beiträge nicht erhöht werden dürfen, ist es kein Wunder, wenn der Kasse finanzielle Schwierigkeiten erwachsen.

Um der Not zu steuern, soll nun der Vertrauensarzt die Kranken früher aus den Krankenhäusern holen. Die ganze Angelegenheit hat sonach einen rein fiskalischen Charakter angenommen. Und wer ist der Leidtragende? Doch letzten Endes der Kranke! Das höchste Gut eines Volkes ist seine Gesundheit. Nie wurde dieser Erkenntnis größere Bedeutung beigemessen als in der jetzigen Zeit. Es entspricht aber jedenfalls sehr wenig nationalsozialistischem Streben, wenn vom behandelnden Arzt als notwendig erkannte Krankenhausbehandlung aus rein finanziellen Gründen abgebrochen werden muß. Bei der Tätigkeit des Vertrauensarztes im Krankenhaus handelt es sich ja nicht um das Wohl und Wehe des Kranken, nicht darum wie er am raschesten und besten geheilt wird, sondern nur darum wie die Kasse am raschesten die Krankenhauskosten los wird.

Der Krankenkasse soll es aber überlassen bleiben, zu überlegen, ob nicht durch vorzeitige Entlassung aus dem Krankenhaus die Arbeitsunfähigkeit verlängert und dadurch die finanzielle Belastung der Kasse doch letzten Endes gesteigert wird.

Wenn es, wie mir jüngst in einer Versammlung im Rheinland mitgeteilt wurde, ein Krankenhaus gibt, in dem der

Es soll Sache des Arztes sein...

eine Säuglings- und Kleinkindernahrung selber zu dosieren.
Die Möglichkeit hierzu bietet ihm „Pelargon“, das

Milchsäure - Vollmilchpulver

ohne Kohlehydratzusatz.

Der Arzt ist also in der Lage, die Dosierung von fall zu fall selbst zu bestimmen.

Indikation:

1. als Normalnahrung für den Säugling und zur Ergänzung der Muttermilch,
2. als diätetisches Nahrungsmittel bei gewissen Durchfallerkrankungen, Ekzemen und Erbrechen,
3. als kalorienreiche Nahrung für unterernährte und stärkungsbedürftige Kinder, speziell auch bei fieberhaften Infektionskrankheiten.

„Pelargon“ wird aus bester Alpen-Vollmilch des bayerischen Allgäus hergestellt und steht unter ständiger Kontrolle der Universitäts-Kinderklinik München.

Literatur durch Deutsche A.-G. für Nestlé Erzeugnisse, Berlin-Tempelhof, Teitelstraße 13-16.

Pelargon



NESTLÉ

Deutsches Erzeugnis

Durchschnitt der Aufenthaltsdauer bis zu 41 Tage beträgt, so ist das auch vom ärztlichen Standpunkte aus zu verurteilen. Der allgemeine Durchschnitt von 25 Tagen sollte möglichst nicht überschritten werden.

Auch wir Krankenhausärzte verkennen die Notlage der Krankenkassen nicht und wollen, soweit wir es mit unserem ärztlichen Gewissen vereinbaren können, zu ihrer Linderung beitragen. Wir haben das Bestreben, keinen Kranken länger in Behandlung zu halten als unbedingt notwendig ist. Wir wollen aber selbst entscheiden, ob der uns anvertraute Kranke noch krankhausbedürftig ist und wann die Arbeitsfähigkeit eintritt. Denn wir sind für den Kranken verantwortlich, nicht die Krankenkasse und obenan steht uns immer das Wohl und Wehe desselben.

Wir sind aber jederzeit gerne bereit, dem Vertrauensarzt jede erschöpfende Auskunft über die Kranken zu geben, sei es schriftlich, mündlich oder durch Fernsprecher. Wir haben dies schon 1928 beschlossen und uns verpflichtet, jedes Entgegenkommen zu zeigen und die Auskünfte sofort und nicht erst nach Tagen zu geben. Wir sind mit Schreibarbeit schwer belastet und ein gut Teil unserer Arbeitszeit vergeuden wir mit derselben, statt daß wir sie ganz unseren Kranken widmen können. Aber schließlich hat die Kasse ein Recht auf diese Auskünfte und nur, wenn wir sie in dieser Hinsicht voll befriedigen, wird auch die Vertrauensarztfrage zur Ruhe kommen.

Mit beiderseitigem guten Willen läßt sich auch mit den Vertrauensärzten ein gutes Einvernehmen herstellen. Das kann ich aus eigener Erfahrung bestätigen.

Auch werden wir eben unter Berücksichtigung der finanziellen Lage der Krankenkassen immer wieder gewissenhaft darauf zu achten haben, daß der Kranke nicht länger als unbedingt notwendig im Krankenhaus behalten wird. Auch die Kassen haben ihre Statistiken und kennen die Kollegen und die Krankenhäuser, welche diese Frage vernachlässigen.

Der Verband wird sich mit der Zentrale der Kassen und des Vertrauensarztwesens in Verbindung setzen und bei als berechtigt anerkannte Beschwerden für Abhilfe besorgt sein.

Die ganze Vertrauensarztfrage wird übrigens z. Z. auf eine neue Basis gestellt. Die Vertrauensärzte werden von den Krankenkassen losgelöst. Sie werden dem Reichsversicherungsamt eingegliedert. Die Ausführungsbestimmungen über ihren Tätigkeitsbereich sind noch nicht geregelt; der Verband hat Schritte unternommen, an ihrer Abfassung, soweit sie das Krankenhaus berühren, beteiligt zu werden. Bis dahin bleibt der oben erwähnte Beschluß für alle Verbandsmitglieder bindend.

Der Verbandsleiter: Starck.

Bekanntmachungen

Beiträge zur Zentralen Ausgleichskasse.

Aus dem Abschluß des ersten Geschäftsjahres der Zentralen Ausgleichskasse der KVD. hat sich ergeben, daß zur Zeit ein Beitrag in Höhe von 2 v. H. der kassenärztlichen Gesamtvergütung zur Bestreitung des Bedarfs des Familienlastenausgleichs ausreicht. Daher ordne ich an:

1. Von den RVD.-Kassen sind für das erste Vierteljahr 1935 ausnahmsweise anstatt 3 v. H. nur 1 v. H. an die Zentrale Ausgleichskasse der KVD. abzuführen. Insoweit entfällt in diesem einen Vierteljahr der Beitrag in Höhe von 2 v. H. für die Familienlastenausgleichskasse.

2. Von den Ersatzkassen wird auch im ersten Vierteljahr 1935 der volle Satz von 3 v. H. erhoben.
 3. Die Leistungen der Familienlastenausgleichskasse werden in den nächsten drei Monaten aus den Ueberschüssen bestritten, die sich bei der Zentralen Ausgleichskasse der KVD. im ersten Halbjahr 1934 ergeben haben.
- Berlin, den 28. März 1935. Dr. Wagner.

Schwangerschaftsleibbinden sind keine Kassenleistungen.

Im „Arzteblatt für Niedersachsen“ vom 10. Dezember 1934 ist dazu folgendes bekanntgemacht worden:

Schwangerschaftsbeschwerden allein begründen einen Anspruch auf Leibbinden als Kassenverordnung nicht. Es wird nicht überall vor der Verordnung einer Leibbinde für eine Schwangere erwogen, ob lediglich Schwangerschaftsbeschwerden vorliegen, die nicht zur Verordnung einer Leibbinde für Kassenrechnung berechtigen, oder ob und welcher Krankheitszustand außerdem vorhanden ist, zu dessen Behebung die Leibbinde als Heilmittel verordnet werden kann. In allen Fällen, wo das Tragen einer Leibbinde wegen Schwangerschaft verordnet oder empfohlen wird, ist zweckmäßig keine Verordnung auszustellen. Die Leibbinde kann nur in Krankheitsfällen als Kassenleistung in Betracht kommen und ihre Verordnung muß dementsprechend begründet sein.

Abkommen zwischen der KVD. und dem Reichs- und Preussischen Innenministerium.

I. Die erste Durchführungsverordnung vom 6. Februar 1935 (RGBl. I S. 177) zum Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens vom 3. Juli 1934 (RGBl. I S. 531) sieht in den §§ 11 Abs. 2 und 14 Abs. 2 die Anstellung von nicht vollbeschäftigten Hilfsärzten vor.

Ich habe mit dem Herrn Reichs- und Preussischen Minister des Innern ein Uebereinkommen über die Zusammenarbeit zwischen den staatlichen Gesundheitsämtern und der kassenärztlichen Vereinigung Deutschlands getroffen. Ich habe mich bereit erklärt, geeignete Ärzte als nebenamtliche Hilfsärzte für die staatlichen Gesundheitsämter zu benennen. Es dürfte sich folgendes Verfahren empfehlen:

Der Amtsarzt des staatlichen Gesundheitsamtes setzt sich mit dem Amtsleiter der Bezirksstelle der kassenärztlichen Vereinigung Deutschlands zwecks Benennung geeigneter nicht vollbeschäftigter Hilfsärzte in Verbindung unter Angabe des Arbeitsgebiets, auf dem der Hilfsarzt tätig werden soll. Die Aufsichtsbehörde prüft die ihr daraufhin zu unterbreitenden Vorschläge und teilt ihre Entschliebung dem Amtsarzt mit, der nunmehr mit den in Aussicht genommenen Hilfsärzten durch Vermittlung des zuständigen Amtsleiters Dienstverträge abschließt und die in diesen Verträgen vorzubehaltende Genehmigung der Aufsichtsbehörde einholt.

Nähere Richtlinien über die Entlohnung der nicht vollbeschäftigten Hilfsärzte erfolgt demnächst.

II. Der Reichs- und Preussische Minister des Innern weist zur Vermeidung von Mißverständnissen in einer Anordnung an die Landesregierungen, in Preußen an die Herren Regierungspräsidenten, darauf hin, daß sich die in seinem Runderlaß vom 30. März d. J. IVb 1927/2011b erteilte Ermächtigung, einem beamteten Arzt oder einem vollbeschäftigten Hilfsarzt eines Gesundheitsamtes die Fortführung oder die neue Uebernahme einer ärztlichen Nebentätigkeit zu gestatten, nur auf die im Erlaß beispielsweise aufgeführten oder ihnen gleichgearteten Nebentätigkeiten bezieht, im allgemeinen aber nicht auf die Aus-

übung ärztlicher Praxis. Für diese behält er sich die Genehmigung vor, die nur in besonders gelagerten Fällen erteilt werden wird. Da, wo bisher im Interesse des Dienstes oder aus sonstigen Gründen einem Amtsarzt die Ausübung der Privatpraxis schon bisher gestattet war, ist er damit einverstanden, daß diese Genehmigung bis auf seinen Widerruf zunächst weiter erteilt wird, falls sich dies mit den dienstlichen Aufgaben des Amtsarztes vereinbaren läßt.

Berlin, den 5. April 1935.

Dr. Grote.

Verschiedenes

Eine Erklärung des Heilpraktikerbundes Deutschlands.

Die Reichspressestelle des Heilpraktikerbundes läßt darauf hinweisen, daß im Heilpraktikerbund 6000 Heilpraktiker organisiert sind, und zwar handelt es sich hierbei um den von der Reichsregierung angeordneten und von deren Kommissar für das Heilgewerbe durchgeführten Zusammenschluß aller, früher in anderen Verbänden organisierten nichtapprobierten Krankenbehandler. Mit diesen 6000 Organisierten dürfte alles erfaßt sein, was sich alleinberuflich mit der Ausführung der Heilkunde befaßt. Die Nachforschungen bei verschiedenen Gesundheitsämtern des Reiches haben ergeben, daß die ungewöhnlich hohe Zahl von über 14 000 Naturheilkundigen dadurch zustande gekommen ist, daß nach den bestehenden Bestimmungen auch jeder Friseur, der sich etwa mit Kuren gegen Haarausfall beschäftigt, ebenso auch jeder Fußpfleger und Masseur zu den nichtapprobierten Krankenbehandletern gerechnet wurde. Die beiden letzteren Berufsgruppen sind jedoch nunmehr in der Reichsfachschaft der Berufe im sozialen und ärztlichen Dienste erfaßt.

(Zahnärztl. Mitteilungen Nr. 15/35.)

Gegen Kurpfuscherei.

Die Stuttgarter Bezirksleitung des Deutschen Heilpraktikerverbandes teilt mit: Die im Heilpraktikerbund Deutschlands, Reichsverband e. V., organisierten Mitglieder, die regelmäßig an Sachfortbildungskursen teilnehmen und sich strengen Prüfungen unterziehen müssen, lehnen jegliche Kurpfuscherei nichtorganisierter Krankenbehandler ohne weiteres ab. Der Führer des Heilpraktikerbundes, der vom Reichsministerium des Innern eingesetzt wurde, ist bereits verschiedentlich in Verbindung mit maßgebenden Behörden und Parteidienststellen gegen Teehausierer, Ferndiagnostiker, Spezialitätenhändler oder sonstige Marktschreier eingeschritten. Verbandsmitglieder dürfen grundsätzlich weder Reklame machen, noch Flugblätter irgendwelcher Art zur Verteilung bringen. — Statistische Erhebungen haben einwandfrei ergeben, daß es sich bei Verurteilungen von Heilkundigen an deutschen Gerichten fast ausnahmslos um nichtorganisierte Krankenbehandler (Kurpfuscher) handelte, die, von

keinerlei Sachkenntnis beschwert, lediglich auf Grund der Kurierfreiheit und oftmals aus rein gewinnstüchtigen Motiven glaubten, der leidenden Menschheit ihre „Dienste“ anbieten zu müssen.

(Süddeutsche Apothekerzeitung Nr. 31/32, 1935.)

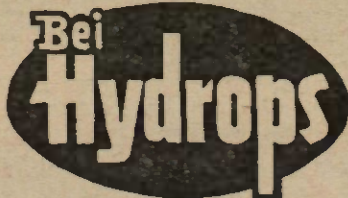
Das **Ärztliche Handbuch für Bayern 1935** ist erschienen (Verlag Leo Walibel, München). Damit tritt dieses Nachschlagebuch in den 42. Jahrgang seines Bestehens. Es ist in der früheren handlichen Art erschienen, und zwar, ohne irgendwie an Wert einzubüßen, in etwas gekürzter Form. Wer in der Verwaltung oder Organisation tätig ist, bedarf dieses Buches notwendig. Die einzelnen Personalien sind übersichtlich geordnet und damit leicht auffindbar. Ein Personal- und Ortsregister gibt dem Buche einen verlässlichen Abschluß. Alles Wissenswerte über die maßgeblichen Ärzte in der Verwaltung, an den Universitäten sowie über die in Bayern ansässigen Medizinalpersonen ist mit großem Fleiß zusammengetragen. Schade, daß beim Erscheinen des Buches manche Personalveränderungen durch Tod, Versetzung usw. nicht mehr berücksichtigt werden konnten, wie dies in der Natur einer solchen Buchausgabe liegt. Dem Herausgeber ist jedenfalls zu danken, daß er dies unentbehrliche Nachschlagebuch in neuer, festgefügtter Form wieder zur Verfügung gestellt hat.

rl.

Das Tuberkulosehilfswerk.

Ein umfassender Feldzug gegen die Tuberkulose ist von der NSD. eingeleitet worden. Welche Volksgenossen aus dem großen Kreise derer, die Heilung von dieser Krankheit suchen, werden nun von dem Hilfswerk erfaßt? Darüber geben die sieben erlassenen Richtlinien Auskunft. Danach hat die Uebernahme des Heilverfahrens durch die NSD. zu erfolgen, wenn a) der Erkrankte selbst oder der für ihn Unterhaltspflichtige nicht in der Lage ist, die Kosten selbst zu tragen; b) keine anderen Kostenträger zur Durchführung des Heilverfahrens veranlaßt werden können.

Das Tuberkulosehilfswerk wird bei der Reichsleitung, den Gau- und Kreisamtsleitungen des Hauptamtes für Volkswohlfahrt durch die Abteilung Heilverschiedung bearbeitet. Der Antrag auf eine Heilstättenkur ist auf einem besonderen Vordruck zu stellen und von dem Erkrankten selbst oder dessen gesetzlichen Vertreter zu unterschreiben. Diese Vordrucke sind bei den Dienststellen des Amtes für Volkswohlfahrt, des Amtes für Volksgesundheit und den Tuberkulosefürsorgestellen erhältlich. Als Stellen, die dem Erkrankten bei der Ausfüllung des Antrages behilflich sind, kommen in erster Linie in Frage: die Ortsgruppen des Amtes für Volkswohlfahrt, der behandelnde Arzt, soweit er beim Amt für Volksgesundheit zugelassen ist, Tuberkulosefürsorgestellen und Sozialversicherungsträger (Krankenkasse, Landesversicherungsanstalt). Die Anträge sind bei der Kreisamtsleitung des Amtes für Volkswohlfahrt, Abteilung für Heilverschiedung, einzureichen. Die Ortsgruppen des Amtes für Volkswohlfahrt sind verpflichtet, bei ihnen eingehende Anträge



Die Heilkraft der Pflanzen!

Die potenzierte
Scilla-Wirkung!

Billig! Sparsam!

Angenehm schmeckend!

Keine Nierenschädigung

„Pulvhydrops“
Marke „Bö-Ha“
(Scilla + Saponin)
Literatur gratis

Kassen-P. RM. 1,53, Privat-P. RM. 3.—

Hilft noch, wo alles versagt!

Apotheker W. Böhmer, Hameln a. d. W. 92

Zusammensetzung: Pulv. Scill. cps. 70. (Saponin 2,0, Scilla 8,0)

Auch bei **Herzasthma**
„ „ **Aortenfehler**
„ „ **Lebercirrhose**

Das **bewährte Mittel!**

umgehend an die Kreisamtsleitung weiterzugeben, die sie ihrerseits mit einem Bericht der Tuberkulosefürsorgestelle und einem ärztlichen Gutachten an die Gauamtsleitung weitergibt.

Bei der Gauamtsleitung werden die Anträge ärztlich und verwaltungsmäßig bearbeitet. Die ärztliche Bearbeitung erfolgt durch den Tuberkulosereferenten. Er fällt die Entscheidung, ob eine Heilstättenkur aus den zusätzlichen Mitteln gemäß den bestehenden Grundsätzen zu befürworten ist, und prüft nach, ob weitere Maßnahmen in der Familie nötig sind. Es ist hierbei besonders darauf zu achten, daß die Infektionsquelle und damit die Gefährdung anderer Volksgenossen beseitigt wird. Die in den Gauen bearbeiteten und befürworteten Anträge werden an die Reichsleitung des Hauptamtes für Volkswohlfahrt, Abteilung Heilverschiedung, weitergeleitet. Dort wird eine Uebersicht über die in den verschiedenen Heilstätten zur Verfügung stehenden Betten geführt und auf Grund der Begutachtung des Tuberkulosereferenten bei der Gauamtsleitung eine Heilstätte ausgewählt. Dem Antragsteller wird unmittelbar mitgeteilt, wann und wo er die Kur antreten kann.

(D. Dent. Wochenschrift Nr. 16/35.)

Die **Vereinigung Bayerischer Chirurgen** tagt unter dem Vorsitz von Prof. L. Kielleuthner am 29. Juni in München. Das einzige Referat hält Prof. Pflaumer (Erlangen) über „Die moderne Operation der Nieren- und Harnleitersteine“. Anmeldung von Vorträgen bis 20. Mai erbeten.

Unter der Schirmherrschaft des Gauleiters Streicher findet vom 12. bis 25. Mai in der Norishalle in Nürnberg eine Ausstellung „**Deutsche Volksheilkunde**“ statt, die Darstellungen aus dem Bereich der deutschen Volksheilmethoden (Naturheilkunde, Homöopathie, Biochemie, Heilmagnetismus) bringt. Im Zusammenhang damit findet eine Reichstagung der deutschen Volksheilverbände in Nürnberg statt, an der sich auch das Hauptamt für Volksgesundheit der NSDAP. beteiligen wird.

Personalia

Berlin. Der Rasseforscher Prof. Hans S. K. Günther ist nach Berlin übergesiedelt, wo für ihn ein Lehrstuhl für Rassekunde, Völkerbiologie und ländliche Soziologie an der Universität geschaffen worden ist. Er beginnt im Wintersemester mit seinen Vorlesungen.

Prof. Günther, der von Dr. Frick seinerzeit an die Universität Jena berufen wurde, plant in Dahlem die Gründung einer Anstalt für Rassenkunde.

Zum Rektor der Berliner Universität ist der bisherige Rektor der Tierärztlichen Hochschule, Prof. Dr. med. vet. Wilhelm Krüger, ernannt worden.

Breslau. Der nichtbeamtete außerordentliche Professor für Physiologie, Dr. Adolf Basler, von der Universität Tübingen ist in die Medizinische Fakultät der Universität Breslau übergegangen.

Frankfurt. Dem Leiter der Abteilung für menschliche Erb- lehre am Kaiser-Wilhelm-Institut für Anthropologie in Berlin-

Dahlem, Prof. Dr. Otmar Fehr. v. Vershuer, ist mit Wirkung vom 1. April d. J. der Lehrstuhl für Erbbiologie und Rassenhygiene an der Universität Frankfurt übertragen worden. Gleichzeitig übernimmt er die Leitung des neugegründeten Erbbiologischen Instituts daselbst.

Der außerordentliche Professor an der Universität Tübingen, Dr. Max Gänßlen, ist mit der zunächst vertretungsweise Uebernahme der durch das Ableben des Prof. Dr. Strasburger frei gewordenen Professur für innere Medizin an der Universität Frankfurt a. M. beauftragt worden.

Göttingen. Prof. Dr. Walter Kranz, Oberarzt an der Hautklinik Köln-Lindenburg, erhielt den Auftrag, die frei gewordene Professur für Dermatologie an der Universität-Göttingen zu vertreten.

Greifswald. Der planmäßige Assistent am Pharmakologischen Institut, Dr. P. Holz, ist beauftragt worden, an der Medizinischen Fakultät der Universität Greifswald die Arzneiverordnungslehre und Bäderlehre in Vorlesungen und Uebungen zu vertreten.

Heidelberg. Der ordentliche Professor der Augenheilkunde, Dr. Ernst Engelking in Köln, ist in gleicher Eigenschaft an die Medizinische Fakultät der Universität in Heidelberg berufen worden.

Amsterdam. Der bekannte Chirurg und Professor an der Universität Amsterdam, Dr. Otto Lanz, ist im Alter von 70 Jahren gestorben.

Vereinsleben

Am Sonntag, den 19. Mai, findet eine **Studienerkursion nach Bad Aibling**

statt, wozu ich die Kollegen und Kolleginnen freundlichst einlade. Treffpunkt, Abfahrtszeit sowie Preis der Teilnehmerkarten sind beim Abholen der Teilnehmerkarten zu erfragen. Die Teilnehmerkarten sind bis spätestens Donnerstag, den 16. Mai, abends 6 Uhr, im Institut für physikalische Therapie und Röntgenologie, München, Siemensstr. 1a, Zimmer 36, abzuholen.
Boehm.

Schriftleitung: Dr. Philipp Wechsner, Haar — Anzeigen: Ernst Scharfölinger, München-Ilmpfenburg, DA. 5500 (I. Uj. 35.), Pl. 3.

Anfragen und Zuschriften, die Schriftleitung betreffend, erbeten an Dr. Ph. Wechsner, Haar b. München, Telephon 475 224.
Redaktionschluss Mittwoch abend der Woche vor Erscheinen.

Bellagenhinwels.

Der Gesamtauflage dieser Ausgabe liegen 3 Prospekte bei und zwar:

1. »Brosedan« der Firma Temmler-Werke, Berlin-Johannisthal.
2. »Coramin-Cibalgin« der Firma Ciba A.-G., Berlin-Wilmersdorf, Saalfelderstraße 10/11.
3. »Gesundheit — Freude — Wohlbehagen« betr. Elektrokühlschränke der Firma Ernst Lindberg, München, Sonnenstraße 3.

Kropf

und **Satthais**
werden seit
Jahren erfolg-
reich mit

Mikrojodal

Literatur und Probenmengen auf Wunsch.

behandelt. Jedes Dragée enthält 0,0005 g organ. geb. Jod.
Wirtschaftlich.

Münchener Pharmazeutische Fabrik
München 25.

Ärzteblatt für Bayern

vormals Bayerische Ärztezeitung (Bayerisches Ärztliches Correspondenzblatt)

Herausgegeben von der Kassenärztlichen Vereinigung Deutschlands, Landesstelle Bayern. Mitteilungsblatt der Bayerischen Landesärztekammer und des Bayerischen Ärzteverbandes

Geschäftsstelle: München, Karlstr. 21/III. Fernspr.: 57 678. Bayerischer Ärzteverband: Postfachkonto Nürnberg 15 376; Staatsbank München DD 125 991

Bayerische Landesärztekammer: Postfachkonto München 5252; Staatsbank München DD 125 989

Schriftleiter: Dr. Philipp Dechsner, Haar, Fernsprecher: 475 224

Verlag der Ärztlichen Rundschau Otto Smelin, München 2 SW, Bavariaring 10. / Fernsprecher: 596 483 / Postfachkonto: 1161 München

Beauftragte Anzeigenverwaltung: Walbel & Co. Anzeigen-Gesellschaft München-Berlin. Anschrift: München 23, Leopoldstraße 4, Fernsprecher 356 53, 348 72.

Nummer 20

München, den 18. Mai 1935

2. Jahrgang

Dienststunden der Geschäftsstelle der KVD., Landesstelle Bayern, und der Landesärztekammer ab 20. Mai 1935
von 7.45 bis 16.15 Uhr.

Der Verlag behält sich das Recht des alleinigen Abdrucks aller Originalbeiträge vor, ebenso das Recht jeden Nachdrucks von Sonderabzügen.

Die Schriftleitung bittet die Herren Kollegen wiederholt um Mitarbeit an der Ausgestaltung der lokalen Standespresse.

Es ist wünschenswert, daß jeder Nummer des „Ärzteblattes für Bayern“ mindestens ein Originalartikel zur Verfügung gestellt werden kann.

Gelingt dies, dann wird das Blatt gerne gelesen werden.

Das „Ärzteblatt für Bayern“ möchte nicht nur ein Verordnungsblatt sein, es soll darüber hinaus der Aussprache der Kollegen dienen. Dadurch wird das Interesse der Ärzteschaft in erster Linie wachgehalten werden können.

Die verschiedenartigen Ausdrucksformen des ärztlichen Standeslebens werden die Wahl entsprechender Themen nicht schwer machen.

Wolle also die gute Absicht der Schriftleitung unterstützt werden!

S.

Gutachtertätigkeit des Arztes in der Sozialversicherung.

Von Obermedizinalrat Dr. Brodführer, Würzburg.*)

Durch die Reichsversicherungsordnung (RVO.) vom 19. Juli 1911 ist die Aufgabe der Ärzte, deren Tätigkeit im Mittelpunkt der Versicherung steht, außerordentlich gewachsen, nicht nur dadurch, daß den Ärzten allein die Behandlung der versicherten Mitglieder anvertraut ist, sondern auch dadurch, daß die Ärzte durch Behandlungsmaßnahmen und Gutachtertätigkeit die Höhe der für den Zweck der Versicherung aufzuwendenden Mittel maßgebend beeinflussen.

Aus dieser, den Ärzten anvertrauten rechtlichen Stellung erwächst ihnen naturnotwendig eine besondere Verpflichtung, deren Ausmaß niemals ausschließlich im Wortlaut von Verträgen, und wenn sie auch noch so genau alle Einzelheiten

*) Vortrag, gehalten beim Einführungslehrgang in Würzburg am 30. März 1935.

zu erfassen versuchten, festgelegt werden kann. Es ist daher wohl begründet und unerläßlich, daß sich der junge Arzt aufs innigste vertraut macht mit den besonderen Grundlagen, auf denen seine Tätigkeit in der sozialen Versicherung ruht.

Meine Aufgabe ist es, Ihnen über die Gutachtertätigkeit des Arztes in der sozialen Versicherung zu berichten, einer Tätigkeit, die mit zu den wichtigsten Standespflichten der Ärzte gehört.

Hierüber ist zunächst ganz allgemein zu sagen: Die ärztlichen Gutachten — und zu ihnen gehört schon die ganz einfache kurze Bescheinigung über die Arbeitsunfähigkeit eines Krankenversicherten — sind Urkunden und haben den Zweck in Rechtsverhältnissen als Beweisgrundlage zu dienen. Daraus ergibt sich als oberster Grundsatz der gesamten Gutachtertätigkeit die Forderung, daß jedes Zeugnis und Gutachten auf strengster Objektivität und Unparteilichkeit beruhen muß. Bei Abgabe von Äußerungen, die dieser Forderung nicht entsprechen, kann der Arzt nicht nur wegen Verletzung seiner Standespflicht vor einem berufständischen Gericht verantwortlich gemacht werden, sondern er ist auch unter Umständen zivilrechtlich für den Sachschaden, den er angerichtet hat, haftbar, ja er kann schließlich auch strafrechtliche Ahndung zu gewärtigen haben. Sagt doch der § 278 des RStGB.: „Ärzte und andere approbierte Medizinalpersonen, welche ein unrichtiges Zeugnis über den Gesundheitszustand eines Menschen zum Gebrauch bei einer Behörde oder Versicherungsgesellschaft wider besseres Wissen ausstellen, werden mit Gefängnis von einem Monat bis zu zwei Jahren bestraft.“ Es ist daher immer und immer wieder eindringlich zu warnen vor Ausstellung der berückichtigten Gefälligkeitsatteste. Wohlwollen darf keine maßgebende Rolle spielen.

Ist denn nun ein Arzt verpflichtet, — wenn ihm aus der Gesetzgebung heraus solche Gefahren, wenn auch nur ganz entfernt, drohen, — sich mit der Erstattung von Gutachten überhaupt zu befassen? Ja! Es besteht gegenüber sämtlichen öffentlichen Behörden und den Trägern der sozialen Versicherung die gesetzlich festgelegte Pflicht des Arztes zur Erstattung von Gutachten. Ein solches könnte nur abgelehnt werden, wenn nach den gesetzlichen Bestimmungen eine Zeugnisverweigerung möglich ist, d. h. wenn es sich um die unbefugte Preisgabe eines Geheimnisses, das dem behandelnden Arzt anvertraut worden ist, handelt. Diese Ablehnungsmöglichkeit scheidet aber für die soziale Versicherung aus, ja sind denn auch

in den Krankenlisten schon verschleierte Diagnosen verboten. Es darf z. B. eine Gonorrhö nicht als Harnröhrenentzündung oder Scheidenausfluß bezeichnet werden. Private Versicherungs-Gesellschaften oder Privatpersonen können die Ausstellung eines Zeugnisses oder Gutachten von sich aus nicht erzwingen, sondern nur durch Mitwirkung einer öffentlichen Behörde.

Wenden wir uns nun zu den einzelnen Zweigen der sozialen Versicherung und beginnen mit der **ärztlichen Gutachtertätigkeit bei den Krankenkassen**. Hierher gehört unter anderem zu den Versicherungsleistungen das Krankengeld und zwar beginnt die Gewährung desselben mit dem vierten Tag der Arbeitsunfähigkeit. Diese besteht, wenn ein Versicherter durch Krankheit nicht oder nur mit Gefahr in der Lage ist, die Arbeit, auf Grund deren er versichert ist, fortzusetzen, auch wenn der Versicherte nach Art seiner körperlichen Beschaffenheit und seiner Fähigkeiten eine andere Berufsarbeit ergreifen könnte.

Der Begriff Krankheit im Sinne der RVO. ist ein anderer als nach dem allgemeinen Sprachgebrauch. Nach der ständigen Rechtsprechung wird unter Krankheit ein regelwidriger körperlicher oder geistiger Zustand verstanden, der in der Notwendigkeit ärztlicher Behandlung oder im Vorliegen von Arbeitsunfähigkeit zutage tritt. Dagegen sind dauernde fehlerhafte Zustände des Körpers, die eine ärztliche Behandlung nicht erfordern oder Arbeitsunfähigkeit nicht bedingen, keine Krankheiten im Sinn der RVO. Es ist also auch ein Leiden als Krankheit aufzufassen und bedingt unter Umständen auch den Anspruch auf Krankengeld, welches die körperliche Leistungsfähigkeit des Versicherten zwar nicht herabsetzt, ihn aber in seiner Berufstätigkeit hindert und sie ihm sogar unmöglich macht. So z. B., wenn vermehrtes Auftreten von Warzen an den Händen die Tätigkeit in einem Lebensmittelgeschäft unmöglich macht. Auch gelten natürliche Lebensvorgänge nicht ohne weiteres als Krankheit im Sinn der RVO., wie z. B. die mangelnde Arbeitsfähigkeit bei Schwangeren. Hier tritt die Gewährung von Wochengeld ein, von Krankengeld nur bei Schwangerschaftsbeschwerden, d. h. regelwidrigen Zuständen, die ärztliche Behandlung erfordern. Auch insofern deckt sich der medizinische Begriff nicht mit dem versicherungsrechtlichen, als jemand, der zwar nicht mehr krank ist, der aber bei sofortiger Wiederaufnahme der Arbeit einen Rückfall zu befürchten hat, noch als krank im Sinn der RVO. gilt. Die Arbeitsunfähigkeit besteht daher nicht bis zum Ende der Krankheit, sondern bis zum Tage der Gesundheitsreibung. Endet sie an einem Sonntag, so gilt der vorhergehende Tag, auch wenn dieser ein Feiertag ist, als Ende. Sie erkennen aus dem Gesagten, daß schon die wöchentliche Ausstellung der Bescheinigung zum Bezug von Krankengeld eine Gutachtertätigkeit ist.

Diese Gutachtertätigkeit ist auch wichtig, wenn es sich um die Frage der Feststellung eines sogenannten neuen Unterstützungsfalles handelt. Ein solcher neuer Unterstützungsfall ist anzunehmen, wenn der Zustand des Versicherten eine Zeitlang der Art ist, daß er weder Arbeitsunfähigkeit noch Heilbehandlung erfordert. Die Fortdauer derselben Krankheitsursache, z. B. chronische Tuberkulose, braucht die Annahme eines neuen Krankheitsfalles nicht auszuschließen. Die einzelnen Anfälle einer chronisch verlaufenden Krankheit (Rezidive) stellen also neue selbständige Krankheiten bzw. Versicherungsfälle dar, sofern nur der Versicherte in der Zwischenzeit weder ärztliche Behandlung brauchte noch arbeitsunfähig war. Soviele über die Gutachtertätigkeit bei den Krankenkassen. Ganz kurz noch einige Worte bezüglich der den Krankenkassen zugeteilten Kriegsbeschädigten. Hier ist ganz eindringlich zu warnen vor

der Abgabe einer gutachtlichen Äußerung, daß ein bestehendes Leiden als Kriegsfolge anzuerkennen sei. Der Zusammenhang eines Leidens mit Kriegsdienstbeschädigung macht unter allen Umständen die Kenntnis der Versorgungsakten notwendig.

Die **Invaliditätsbegutachtung** im weitesten Sinn umfaßt die ärztliche Beurteilung aller solcher Personen, die arbeitsunfähig geworden sind oder zu werden drohen, und bei denen für den Fall der Invalidität, der Arbeits- oder Berufsunfähigkeit, Fürsorge- bzw. Versicherungsleistung einzutreten hat.

Träger der Versicherung sind die Landesversicherungsanstalten, die in Anlehnung an größere Verwaltungsbezirke errichtet sind, die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte, die Versicherungsanstalten der Reichsbahn (in Bayern früher Arbeiterpensionskasse II in Rosenheim), die Versicherungsanstalten der Bergwerksbetriebe und die Sonderanstalt der Seeberufsgenossenschaft. Die genannten sind Versicherungsanstalten auf Grund der RVO. Hinzu kommen noch Pensionskassen und andere private Versicherungsanstalten, die trotz des sozial verschiedenen Personenkreises zum großen Teil ähnliche Zwecke verfolgen.

Wenn hier der ärztliche Gutachter von Fall zu Fall mit anderen untereinander verschiedenen Rechtsgrundlagen zu rechnen hat, so kehren doch gemeinsame Gesichtspunkte immer wieder. Die Kenntnis der Gesetze und Vertragsbestimmungen, womöglich auch die Grundsätze der ständigen Rechtsprechungen müssen daher stets in Betracht gezogen werden. Zunächst wäre der Begriff Invalidität und Arbeits- bzw. Berufsunfähigkeit zu umreißen. Den gesetzlich versicherten Personen gewährt die Versicherung als wichtigste Leistung Invalidenrente bei dauernder Invalidität, bzw. Berufs- oder Dienstunfähigkeit, Krankenrente bei vorübergehender Invalidität, Heilverfahren zur Beseitigung bestehender oder drohender Invalidität. Der Begriff der Invalidität deckt sich nicht mit dem der Arbeitsunfähigkeit der Krankenversicherung, denn den Invaliden ist häufig noch ein Rest von Arbeitsfähigkeit verblieben, den sie wirtschaftlich verwerten können. Die RVO. sagt: Als Invalide gilt, wer nicht mehr imstande ist, durch eine Tätigkeit, die seinen Kräften und Fähigkeiten entspricht und ihm unter billiger Berücksichtigung seiner Ausbildung und seines bisherigen Berufes zugemutet werden kann, ein Drittel dessen zu erwerben, was körperlich und geistig gesunde Personen mit ähnlicher Ausbildung in derselben Gegend durch Arbeit zu verdienen pflegen. Invalidenrente erhält auch der Versicherte, der nicht dauernd Invalide ist, aber während 26 Wochen ununterbrochen Invalide gewesen ist, oder der nach Wegfall des Krankengeldes Invalide ist für die weitere Dauer der Invalidität. Dabei ist es nicht ausschlaggebend, ob bei der heutigen schwierigen Arbeitsmarktlage eine Einstellung des Rentenbewerbers in irgendeinem Betrieb möglich ist, sondern maßgebend ist allein, ob sein derzeitiger Gesundheitszustand zuläßt, solche Arbeit, wenn er sie findet, zu verrichten, bei der er noch das normale Lohn Drittel verdienen kann.

Es ist also falsch, zu begutachten, wie man es als Vertrauensarzt immer wieder lesen muß, der Antragsteller ist Invalide, weil er zu $66\frac{2}{3}$ Proz. erwerbsbeschränkt ist, denn, dann verdient er eben noch das gesetzliche Lohn Drittel. Es muß zum mindesten heißen über $66\frac{2}{3}$ Proz.

Weiter wären besonders die Fälle zu besprechen, in denen sich früher in einem Beruf versicherungspflichtige Personen freiwillig weiter versichern, was besonders bei erwerbstätigen Frauen nach Aufgabe ihres Berufes und Verheiratung vorkommt, die dann ausschließlich als Führerin eines Haushaltes tätig sind. Auch bei solchen Rentenbewerbern ist nach den früher genannten Gesichtspunkten zu verfahren: Ist eine solche Hausfrau durch Krankheit oder Altersgebrechen nicht mehr im-

stande, ihren Haushalt allein und ohne fremde Hilfe (z. B. beim Waschen und Putzen) zu führen, so wird sie als Invalide anzuerkennen sein. Ist sie aber noch fähig zur Haushaltsführung im eigenen Betrieb, so könnte sie auch in einem fremden Betrieb dieselbe Arbeit leisten und sich hierdurch mindestens das Lohn-drittel erwerben. Die genaue Uebertegung dieser Verhältnisse ist besonders dann notwendig, wenn es sich um Antrag auf Witwenrente handelt bei einer Frau, die ihrem Mann den vollen Haushalt geführt hat, durch dessen Tod aber ohne Subsistenzmittel gelassen ist. Auch bei der Witwenrente ist die Invalidität im Sinn des Gesetzes nachzuweisen.

Im Gegensatz zur Invalidenversicherung handelt es sich bei der Angestelltenversicherung um folgende gesetzliche Bestimmungen: Ruhegeld (das ist der analoge Begriff für die Invalidenrenten) erhält derjenige Versicherte, der durch körperliche Gebrechen oder wegen Schwäche seiner körperlichen und geistigen Kräfte zur Ausübung seines Berufes dauernd unfähig ist. Berufsunfähigkeit ist dann anzunehmen, wenn seine Arbeitsfähigkeit auf weniger als die Hälfte derjenigen eines körperlich und geistig gesunden Versicherten von ähnlicher Ausbildung und gleichwertigen Kenntnissen und Fähigkeiten herabgesunken ist. Ruhegeld erhält auch derjenige Versicherte, welcher nicht dauernd berufsunfähig ist, aber während 26 Wochen ununterbrochen berufsunfähig gewesen ist, für die weitere Dauer der Berufsunfähigkeit.

Aus den oben umrissenen Versicherungsleistungen wären noch zu besprechen die Begriffe **dauernde und vorübergehende Invalidität**. Dauernde Invalidität bzw. Berufsunfähigkeit ist dann anzunehmen, wenn die Möglichkeit, das invalidenrechtliche Drittel, bzw. nach der Angestelltenversicherung die berufsrechtliche Hälfte in absehbarer Zeit wieder verdienen zu können, nach ärztlichem Ermessen völlig oder doch mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen erscheint. Als absehbare Zeit gilt die Dauer eines Jahres. Dabei ist es gleichgültig, ob diese Erkenntnis über die Dauer schon zu Beginn der zunächst als vorübergehend erachteten Invalidität bestand, bzw. eingeschätzt wurde oder erst rückblickend nach Ablauf eines Jahres die Erwerbsfähigkeit nicht wieder hergestellt wurde. Es muß dann automatisch der Begriff vorübergehend in dauernd umgewandelt werden und die Versicherungsleistung hat daher nicht erst von der 27. Woche an einzusetzen. Wurde im Verlauf eines Jahres die Arbeit wieder aufgenommen und eine Zeit lang verrichtet, so tritt der Versicherungsfall erst wieder mit dem Eintreten der neuerlichen Arbeitsunfähigkeit ein, ausgenommen ist aber ein mißlungener Arbeitsversuch, der schon nach kurzer Zeit, nämlich nach wenigen Tagen, neuerdings zur Arbeitsniederlegung aus gesundheitlichen Gründen zwang. Ferner wäre noch der Begriff Beginn der Erwerbsunfähigkeit zu erörtern, da die Invaliden- bzw. Krankenrente mit dem Tag des Beginns der Invalidität eintritt. Dieser Begriff des Beginns ist oft leicht, oft sehr schwer festzulegen. Leicht, wenn die Arbeitsunfähigkeit z. B. eintrat im Abschluß an einen nicht versicherungspflichtigen Unfall, wenn sie akut auftrat, z. B. bei Lungenentzündung oder Grippe oder Parkinsonscher Erkrankung. Schwer, wenn der begutachtende Arzt vorzugsweise auf die Angaben des Antragstellers über den Eintritt seiner subjektiven Beschwerden angewiesen ist, wie bei allen langsam und schleichend entstehenden Krankheitsformen (Arteriosklerose, chronische Lungentuberkulose). Hier wäre wichtig die Feststellung eines besonderen Ereignisses oder einer verschlimmernden Phase der Krankheit, z. B. Gehirnblutung, Auftreten von Aketon, Azet-Essigsäure im Urin, Lungenblutung, Nachweis von Bazillen. Hierher gehört auch das Auftreten von gehäuften Anfällen bei einem bis dahin wenig geplagten Epileptiker oder Dekompensation bei Herz-

fehler. Hier würde der Beginn der Invalidität mit dem Auftreten dieser objektiv nachweisbaren Zustände anzunehmen sein. Liegen aber derartige Anhaltspunkte nicht vor, so tut der begutachtende Arzt gut daran, als Beginn der Invalidität den Tag der Antragstellung des Bewerbers als maßgebend zu erachten.

Einige Worte schließlich noch über die **Begutachtung der Notwendigkeit eines Heilverfahrens**. Ein solches soll nur vorgeschlagen bzw. empfohlen werden bei vorübergehender Invalidität, die begründete Aussicht auf Besserung bietet, sowie bei solchen Personen, die bei Nichtbehandlung invalide zu werden drohen, zur Vermeidung von Dauerinvalidität. Es ist nicht nur nötig, daß durch ein Heilverfahren eine Besserung des Leidens zu erwarten ist, sondern die Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit dauernd oder doch wenigstens für mehrere Jahre. Fälle, die dieser Vorbedingung nicht entsprechen, sind zum Heilverfahren als ungeeignet zu bezeichnen, wenn sie auch an sich noch behandlungs- und pflegebedürftig sind. Als Heilverfahren kommen in Betracht: Badekur, Krankenhaus- und Heilstättenbehandlung. Zur Duldung von Operationen sind die Versicherten im allgemeinen nicht verpflichtet.

Von schwierig zu beurteilenden Fällen möchte ich nur noch einen herausgreifen, weil in dieser Beziehung von den Landesversicherungsanstalten eine gewisse Richtlinie gegeben worden ist und das sind die männlichen und weiblichen Hysteriker. Die Landesversicherungsanstalt sagt: Bei psychogener Ueberlagerung ist im Gutachten ausdrücklich zu bemerken, ob bei Aufwendung entsprechender Willenskraft der Rentenbewerber in der Lage ist, seine Hemmungen zurückzudämmen.

Wann endet nun der Bezug der Rente oder des Ruhegeldes? Die Rente kann nach dem Gesetz entzogen werden, wenn der Rentenempfänger insolge einer wesentlichen Aenderung in seinen Verhältnissen, worunter vor allem eine, bei ärztlicher Nachuntersuchung nachweisbare Besserung des gesundheitlichen Zustands zu verstehen ist, nicht mehr Invalide ist.

Eine wesentliche Neuerung bringt das Gesetz zur Erhaltung der Leistungsfähigkeit der Invaliden-, der Angestellten- und der knappschaftlichen Versicherung vom 7. Dezember 1933, in dem jetzt auch ohne Feststellung einer wesentlichen Aenderung die Rentenentziehung erfolgen kann, wenn eine erneute Prüfung lediglich ergibt, daß der Rentenempfänger nicht invalide ist oder war. Allerdings ist eine Grenze gezogen, da diejenigen Rentenempfänger nicht betroffen werden sollen, die am 1. Jan. 1934 das 60. Lebensjahr vollendet haben.

Soviel über das, was jeder Arzt über Begutachtung in der Invaliden- und Angestellten-Rentengesetzgebung wissen muß. Andere gutachtliche Äußerungen, die gelegentlich von den genannten Versicherungsträgern angefordert werden, wie Erwerbsfähigkeit mündiger Kinder usw. sind selten und nach allgemein üblichen Gesichtspunkten abzugeben.

Nun zur **Anfallbegutachtung**. Der Versicherungsschutz der sozialen Unfallversicherung besteht in Ersatz des Schadens, der durch körperliche Verletzung oder Tötung entsteht, sofern der Unfall nicht vorsätzlich oder beim Begehen einer strafbaren Handlung herbeigeführt wurde und zwar hat der Versicherungsträger, das ist die Berufsgenossenschaft und ähnliche Einrichtungen, zu gewähren neben Sterbegeld und Hinterbliebenenrente freie ärztliche Behandlung, Arznei und sonstige Heil- und Hilfsmittel von der 14. Woche ab und als Wichtigstes, für die Dauer der Erwerbsunfähigkeit bzw. Erwerbsbeschränkung eine Unfallrente, die dem Grad der durch die Unfallfolgen bedingten Erwerbsminderung entspricht. Hier ist nach einer ober-

sten Entscheidung nicht die Berufsinvalidität in Betracht zu ziehen, sondern die nach dem ganzen geistigen und körperlichen Zustand eingetretene Beeinträchtigung auf dem gesamten Gebiet des wirtschaftlichen Lebens als maßgebend anzusehen, wenn auch zur Vermeidung unbilliger Härten den Besonderheiten des Einzelfalles bezüglich Ausbildungsfertigkeit und Berufsstellung des Verletzten Rechnung zu tragen ist. Es soll ihm kein sozialer Abstieg zugemutet werden. Auch hier sind wie bei der Invalidenversicherung die ärztlichen Berichte und Gutachten von ausschlaggebender Bedeutung. Der Arzt, der die erste Hilfe leistete oder den Verletzten in Behandlung genommen hat, muß der Berufsgenossenschaft alle von ihr verlangten Berichte, Zeugnisse und Gutachten ausstellen, und zwar beträgt die Frist für Abgabe von Krankheits- oder sonstigen Auskünften, z. B. sofortige Uebernahme des Heilverfahrens, acht Tage, für Rentengutachten längstens drei Wochen. Es sollte nicht vorkommen, daß Gutachten unerledigt monatelang beim Arzt liegen bleiben, und Erinnerungen der Berufsgenossenschaft ungeachtet gelassen werden. Da kann man sich nicht wundern, wenn die Berufsgenossenschaften zu Gegenmaßnahmen greifen, die den säumigen Arzt empfindlich treffen. Es kann ihm die Weiterbehandlung entzogen und der Verletzte einem anderen Arzt oder einem Krankenhaus zugewiesen werden. Der säumige Arzt kann auch vom zuständigen Versicherungsamt auf Antrag der Berufsgenossenschaft in Ordnungstrafe genommen werden. Leider sind solche Verzögerungen bei der Gutachtensabgabe keine Seltenheiten. Ich habe einen Aufsatz im Aerzteblatt für Bayern 1935, Seite 102 entnommen, daß z. B. bei einer sich lediglich über das Land Baden erstreckenden Berufsgenossenschaft in den Jahren vor 1933 jährlich etwa 3000 Aerzteeinrichtungen vorgenommen worden sind. Durch Gegenmaßnahmen sind diese Zahlen für 1934 auf 1662 zurückgegangen. Das bedeutet immer noch eine außerordentliche Belastung des berufsgenossenschaftlichen Geschäftsbetriebs.

Bei der Begutachtung bedarf zunächst der Ausdruck „Unfall“ einer Besprechung. Nach der ständigen Rechtsprechung ist ein entschädigungspflichtiger Betriebsunfall nur dann anzunehmen, wenn der Geschädigte unabhängig von seinem Willen durch ein zeitlich bestimmtes, in einem verhältnismäßig kurzen Zeitraum eingeschlossenes Ereignis eine Störung der körperlichen oder geistigen Gesundheit bei der Betriebstätigkeit erleidet. Hierzu gehören nicht nur die leicht erkennbaren eigentlichen Unglücksfälle, sondern auch Gesundheitsstörungen, die entstehen durch solche Verrichtungen, die den Rahmen der üblichen Betriebsarbeit überschreiten. Die betreffende Tätigkeit muß nur von zeitlich eng umgrenzter Dauer sein, z. B. Heben einer ungewöhnlich schweren Last.

Ferner wäre im Gutachten festzustellen, ob die Krankheitserscheinung direkt oder indirekt mit dem Unfall zusammenhängt, ob sie nicht vielleicht älterer Natur ist oder nachträglich aus anderen Ursachen entstanden ist, ob Simulation vorliegt.

Ferner, ob ein Heilverfahren am Platze ist und welches, wie die Heilungsaussichten zu betrachten sind. Bei wiederholten Gutachten, welches Entschädigungsverfahren zu empfehlen ist: Abfindung oder Rente. Ob seit der letzten Rentensfeststellung eine wesentliche Änderung eingetreten ist und worin diese besteht, nachweisbare Besserung oder Gewöhnung an Unfallfolge und schließlich, zu schätzen wie hoch die gegenwärtige Erwerbsbeschränkung — in Prozent ausgedrückt — ist, und anzugeben, zu welchen Verrichtungen körperlicher oder geistiger Art der Verletzte noch im Stand zu sein scheint.

Im Rahmen dieses Vortrags kann ich natürlich nicht auf weitere Einzelheiten eingehen. Ich möchte nur kurz bemerken,

daß für Verletzungen an Gliedmaßen, aber auch an anderen Körperteilen durch die ständige Rechtsprechung brauchbare Zahlen über die Höhe der Erwerbseinbuße festgestellt worden sind. Solche Prozentsätze sind in sogenannten Rententafeln zusammengefaßt, die im allgemeinen gut brauchbar sind. Aber auch hier wieder muß Vorsicht walten und ist immer wieder Bezugnahme auf den Einzelfall nötig. Ist es doch nicht gleichgültig, ob ein Berufsmusiker einen wichtigen Finger seiner Hand verliert oder ein landwirtschaftlicher Arbeiter, der den Verlust eines Fingers nach verhältnismäßig kurzer Zeit als Erwerbsminderung nicht mehr empfindet.

Durch Gesetz vom 12. Mai 1925 und Verordnungen von 1928 und 1929 wurde die Unfallversicherung auf eine Reihe von Berufskrankheiten ausgedehnt, von denen ich als wichtigste nur nennen will die Erkrankung durch Blei oder seine Verbindungen, durch Röntgenstrahlen, schwere Staublungen-erkrankungen und Infektionskrankheiten. Bei diesen Berufskrankheiten, die vom Betriebsleiter dem Versicherungsamt zu melden sind, hat der behandelnde Arzt eine Anzeige zu erstatten auf einem Formblatt, das er vom Versicherungsamt erhält. Diese Anzeige hat hauptsächlich den Zweck, den ersten Befund festzuhalten und weitere und genauere Erhebungen zu veranlassen. Ein eigentliches Gutachten hat er nicht abzugeben; dieses ist dem besonders beauftragten, sog. geeigneten Arzt vorbehalten.

Zum Schluß möchte ich noch kurz die Form der abzugebenden Gutachten streifen.

Wenn es sich nicht um Formblattgutachten, wie meist in der sozialen Versicherung, handelt, sprechen wir von freien Gutachten. Solche sollen enthalten neben den genauen Angaben über die Person des zu Begutachtenden und den Zweck der Gutachtensabgabe, zum mindesten getrennt voneinander folgende drei Abschnitte:

1. Angaben des Kranken über frühere Krankheiten und jetzige Beschwerden.
2. Untersuchungsbefund.
3. Beurteilung, d. h. eigentliches Gutachten.

Dazu kommt noch gegebenenfalls als Unterabteilung zu 1. Auszug aus den Akten.

Die Gutachten sollen gut leserlich sein und den Laien unverständliche Fremdwörter und fremdartige Bezeichnungen möglichst vermeiden. Besonders sollten geradezu lächerliche Bezeichnungen aus den Gutachten verschwinden, wie Uteruskrebs, Gebärmutterkarzinom, Magenukulus usw. Die Ausdrucksweise soll klar und bestimmt sein. Ausdrücke wie „möglich“ sind zu vermeiden. Der Gutachter muß vielmehr bestrebt sein, die vorhandene allgemeine Möglichkeit auf Grund der näheren Umstände des speziellen Falles und auf Grund der eigenen Erfahrungen und derjenigen der Literatur zur Wahrscheinlichkeit oder Unwahrscheinlichkeit zu stempeln. Kurz oberflächliche, schroffe, hingestellte Behauptungen ohne Begründung genügen nicht, ebensowenig aber sind langatmige Abhandlungen angebracht. Die Verwertbarkeit der Gutachten wächst mit der Bestimmtheit ihrer Ausdrucksweise. Auch die äußere Form bedarf einer gewissen Pflege. Es muß den Arzt in den Augen der Behörden herabsetzen, wenn gutachtliche Äußerungen auf minderwertigen Papiereisen, Miniaturbriefbogen, womöglich noch farbig getönt, abgegeben werden und dann im Akt einer Behörde keine Zierde bilden.

Gesundheitsämter.

Durch Verordnung des Bayerischen Staatsministeriums des Innern und der Finanzen vom 1. März 1935 sind in Bayern folgende Gesundheitsämter errichtet worden:

A. Regierungsbezirk Oberbayern.

1. Aichach	Bezirke Aichach und Friedberg
2. Aibling	Bezirk Aibling
3. Altötting	Bezirk Altötting
4. Berchtesgaden	Bezirk Berchtesgaden und Stadt Reichenhall
5. Dachau	Bezirk Dachau
6. Ebersberg	Bezirk Ebersberg
7. Erding	Bezirk Erding
8. Freising	Stadt und Bezirk Freising
9. Fürstentfeldbruck	Bezirk Fürstentfeldbruck
10. Garmisch	Bezirk Garmisch
11. Ingolstadt	Stadt und Bezirk Ingolstadt
12. Landsberg	Stadt und Bezirk Landsberg
13. Laufen	Bezirk Laufen
14. Miesbach	Bezirk Miesbach
15. Mühldorf	Bezirk Mühldorf
16. München-Stadt	Stadt München
17. München-Land	Bezirk München
18. Pfaffenhofen a. d. Ilm	Bezirk Pfaffenhofen a. d. Ilm
19. Rosenheim	Stadt und Bezirk Rosenheim
20. Schrobenhausen	Bezirk Schrobenhausen
21. Starnberg	Bezirke Starnberg und Wolfratshausen
22. Tölz	Bezirk Tölz
23. Traunstein	Stadt und Bezirk Traunstein
24. Wasserburg a. Inn	Bezirk Wasserburg a. I.
25. Weilheim	Bezirke Weilheim und Schongau

B. Regierungsbezirk Niederbayern und Oberpfalz.

26. Amberg	Stadt und Bezirk Amberg
27. Beilngries	Bezirke Beilngries und Riedenburg
28. Burglengenfeld	Stadt Schwandorf und Bezirk Burglengenfeld
29. Cham	Bezirke Cham und Waldmünchen
30. Deggendorf	Stadt und Bezirk Deggendorf
31. Dingolfing	Bezirke Dingolfing und Landau a. d. I.
32. Eggenfelden	Bezirk Eggenfelden
33. Eschenbach (Opf.)	Bezirke Eschenbach (Opf.) und Kemnath
34. Grafenau	Bezirk Grafenau
35. Griesbach	Bezirk Griesbach
36. Kelheim	Bezirk Kelheim
37. Köfing	Bezirk Köfing
38. Landshut	Stadt und Bezirk Landshut
39. Mainburg	Bezirke Mainburg und Rottenburg
40. Mallersdorf	Bezirk Mallersdorf
41. Nabburg	Bezirke Nabburg und Oberviedtach
42. Neumarkt (Opf.)	Stadt und Bezirk Neumarkt (Opf.)
43. Neunburg vom Wald	Bezirk Neunburg vom Wald
44. Neustadt a. d. Waldnab	Stadt Weiden und Bezirk Neustadt a. d. Waldnab
45. Parsberg	Bezirk Parsberg
46. Passau	Stadt und Bezirk Passau
47. Pfarrkirchen	Bezirk Pfarrkirchen
48. Regen	Bezirk Regen
49. Regensburg	Stadt und Bezirk Regensburg
50. Roding	Bezirk Roding
51. Straubing	Stadt Straubing und Bezirke Straubing und Bogen
52. Sulzbach	Bezirk Sulzbach
53. Tirschenreuth	Bezirk Tirschenreuth
54. Viechtach	Bezirk Viechtach
55. Vilsbiburg	Bezirk Vilsbiburg
56. Vilshofen	Bezirk Vilshofen
57. Dohsenstrauß	Bezirk Dohsenstrauß
58. Wegscheid	Bezirk Wegscheid
59. Wolfstein	Bezirk Wolfstein

C. Regierungsbezirk Pfalz.

60. Bergzabern	Bezirk Bergzabern
61. Frankenthal	Stadt und Bezirk Frankenthal
62. Germersheim	Bezirk Germersheim
63. Kaiserslautern	Stadt Kaiserslautern und Bezirke Kaiserslautern und Landstuhl
64. Kirchheimbolanden	Bezirk Kirchheimbolanden
65. Kusel	Bezirke Kusel und Waldmohr
66. Landau (Pfl.)	Stadt und Bezirk Landau (Pfl.)
67. Ludwigshafen	Stadt und Bezirk Ludwigshafen
68. Neustadt a. d. Hardt	Stadt und Bezirk Neustadt a. d. Hardt
69. Pirmasens	Stadt und Bezirk Pirmasens
70. Rockenhausen	Bezirk Rockenhausen
71. Speyer	Stadt und Bezirk Speyer
72. Zweibrücken	Stadt Zweibrücken und Bezirke Zweibrücken und Homburg (Pfl.)

D. Regierungsbezirk Oberfranken und Mittelfranken.

73. Ansbach	Stadt und Bezirk Ansbach
74. Bamberg	Stadt und Bezirk Bamberg
75. Bayreuth	Stadt und Bezirk Bayreuth
76. Coburg	Städte Coburg, Neustadt und Rodach und Bezirk Coburg
77. Dinkelsbühl	Stadt Dinkelsbühl und Bezirke Dinkelsbühl und Feuchtswangen
78. Ebermannstadt	Bezirk Ebermannstadt
79. Eichstätt	Stadt und Bezirk Eichstätt
80. Erlangen	Stadt und Bezirk Erlangen
81. Forchheim	Stadt und Bezirk Forchheim
82. Fürth	Stadt und Bezirk Fürth
83. Gunzenhausen	Bezirk Gunzenhausen
84. Hersbruck	Bezirke Hersbruck und Lauf
85. Hilpoltstein	Bezirk Hilpoltstein
86. Höchststadt a. d. Aisch	Bezirk Höchststadt a. d. Aisch
87. Hof	Stadt und Bezirk Hof
88. Kronach	Bezirk Kronach
89. Kulmbach	Stadt und Bezirk Kulmbach
90. Lichtenfels	Bezirke Lichtenfels und Staffelstein
91. Münchberg	Bezirk Münchberg
92. Naila	Bezirk Naila
93. Neustadt a. d. Aisch	Bezirk Neustadt a. d. Aisch
94. Nürnberg-Stadt	Stadt Nürnberg
95. Nürnberg-Land	Bezirk Nürnberg
96. Pegnitz	Bezirk Pegnitz
97. Regau	Stadt Selb und Bezirk Regau
98. Rothenburg o. d. T.	Stadt und Bezirk Rothenburg ob der Tauber
99. Scheinfeld	Bezirk Scheinfeld
100. Schwabach	Stadt und Bezirk Schwabach
101. Stadtsteinach	Bezirk Stadtsteinach
102. Uffenheim	Bezirk Uffenheim
103. Weißenburg i. B.	Stadt und Bezirk Weißenburg i. B.
104. Wunsiedel	Stadt Marktredwitz und Bezirk Wunsiedel

E. Regierungsbezirk Unterfranken.

105. Alzenau i. Ufr.	Bezirk Alzenau (Ufr.)
106. Aschaffenburg	Stadt und Bezirk Aschaffenburg
107. Brückenau	Bezirk Brückenau
108. Ebern	Bezirk Ebern
109. Gemünden	Bezirke Gemünden und Hummelburg
110. Gerolzhofen	Bezirk Gerolzhofen
111. Hofheim i. Ufr.	Bezirke Hofheim i. Ufr. und Hofheim (Ufr.)
112. Kissingen	Stadt und Bezirk Kissingen
113. Kitzingen	Stadt und Bezirk Kitzingen
114. Königshofen im Grabfeld	Bezirke Königshofen im Grabfeld und Mellrichstadt
115. Markttheidenfeld	Bezirk Markttheidenfeld und Lohr
116. Miltenberg	Bezirke Miltenberg und Oberndorf
117. Neustadt a. d. S.	Bezirk Neustadt a. d. S.
118. Ochsenfurt	Bezirk Ochsenfurt
119. Schweinfurt	Stadt und Bezirk Schweinfurt
120. Würzburg	Stadt Würzburg und Bezirke Würzburg und Karlstadt

F. Regierungsbezirk Schwaben.

121. Augsburg	Stadt Augsburg und Bezirke Augsburg und Schwabmünchen
122. Dillingen a. d. D.	Stadt und Bezirk Dillingen a. d. D.
123. Donauwörth	Stadt und Bezirk Donauwörth
124. Füssen	Bezirk Füssen
125. Günzburg	Stadt und Bezirk Günzburg
126. Illertissen	Bezirk Illertissen
127. Kaufbeuren	Stadt und Bezirk Kaufbeuren
128. Kempten	Stadt und Bezirk Kempten
129. Krumbach	Bezirk Krumbach
130. Lindau (Bodensee)	Stadt und Bezirk Lindau (Bodensee)
131. Markt Oberdorf	Bezirk Markt Oberdorf
132. Memmingen	Stadt und Bezirk Memmingen
133. Mindelheim	Bezirk Mindelheim
134. Neuburg a. d. D.	Stadt und Bezirk Neuburg a. d. D.
135. Neu-Ulm	Stadt und Bezirk Neu-Ulm
136. Nördlingen	Stadt und Bezirk Nördlingen
137. Sonthofen	Bezirk Sonthofen
138. Wertingen	Bezirk Wertingen

Die Tätigkeit des Bayer. Landesgewerbearztes in den Jahren 1933 und 1934.

Von Ministerialrat Prof. Dr. Koelsch.

(Bayer. Institut für Arbeitsmedizin, München, Ludwigstr. 22b).

Die bayerische Aerzteschaft, auf deren Forderung hin seiner Zeit die Stelle des Landesgewerbearztes geschaffen worden war, kann füglich auch einen Rechenschaftsbericht über die Tätigkeit dieses Medizinalbeamten erwarten. Wie bereits in früheren Jahren, so sei auch heute wieder an dieser Stelle eine Uebersicht über die Tätigkeit in den Jahren 1933 und 1934 gegeben.

In diese Zeit fiel ein bedeutsames Ereignis, nämlich das 25jährige Dienstjubiläum; mit dem 31. Dezember 1933 hatte der Bayer. Landesgewerbearzt — als der erste deutsche Gewerbearzt dieser Art — 25 Dienst- und Arbeitsjahre abgeschlossen. Ein Bericht über diesen Abschnitt: „25 Jahre Bayer. Landesgewerbearzt, Rückblicke und Ausblicke“ ist im Druck erschienen.

Die Tätigkeit in den Jahren 1933/34 vollzog sich in nachstehendem Umfange:

1. Tätigkeit als Referent in der Abteilung „Gesundheitswesen“ des Staatsministerium des Innern und als Gutachter für die verschiedenen Behörden — Teilnahme an Sitzungen im Reichsarbeitsministerium, Reichsgesundheitsamt, im Vorstand und ärztlichen Ausschuß der Deutschen Gesellschaft für Gewerbehygiene; an der Gründungsverammlung der Reichszentrale für Gesundheitsführung — Arbeitstagung über „Silikose“ in Bochum; an den Tagungen des Medizinalbeamtenvereins in Pirmont und Tölz, usw.

2a. Tätigkeit für die Gewerbeaufsicht:

Durch den Landesgewerbearzt und seinen wissenschaftlichen Hilfsarbeiter wurden von den der Gewerbeaufsicht unterstehenden Betrieben im Jahre 1933 195 und im Jahre 1934 243 besichtigt. Diese Betriebsbesichtigungen fanden fast in allen Fällen gemeinsam mit den Gewerbeaufsichtsbeamten, sehr häufig auch in Begleitung der zuständigen Bezirksärzte statt. In einigen besonderen Fällen wurden auch Betriebsbesichtigungen mit den technischen Aufsichtsbeamten der zuständigen Berufs-genossenschaften ausgeführt.

Weiters sei beigefügt, daß durch die Bayerischen Amtsärzte — sei es in eigener Zuständigkeit, sei es in Begleitung der Gewerbeaufsichtsbeamten oder des Landesgewerbearztes — im Jahre 1933. 1132, im Jahre 1934 1067 — Betriebsbesichtigungen vorgenommen wurden; Gutachten in

Fragen des Arbeiterschutzes wurden von den Bezirksärzten 242 bzw. 110, Gutachten in Sachen des Anwohnerschutzes 222 bzw. 235 erstattet.

Ueber die allgemeinen hygienischen Verhältnisse kann gesagt werden, daß grobe Mißstände kaum festgestellt werden konnten, wenn auch in manchen Einzelheiten noch Wünsche offen blieben — wobei aber die Ursache der ungenügenden oder unbefriedigenden hygienischen Einrichtungen weniger im schlechten Willen oder mangelndem Verständnis, als vielmehr in ungünstigen wirtschaftlichen Verhältnissen lagen. Anerkannt muß werden, daß auch die Förderung der gesundheitlichen Ausgestaltung durch die Tätigkeit des Amtes für „Schönheit der Arbeit“ einen erfreulichen Auftrieb erfahren hat.

Unter den gewerblichen Giften spielt das Blei immer noch eine gewisse Rolle. Bei zahlreichen bleigefährdeten Arbeitergruppen konnten wir gelegentlich unserer Besichtigungen leichte Bleizeichen feststellen, so beim Mahlen von Bleierz oder Bleimetall, beim Glasieren und Emaillieren (auch bei Verwendung von Fritte), bei Bleilöttern und Verbleiern und dergleichen mehr. Von Amtsärzten bzw. aus Betrieben wurden uns in zahlreichen Fällen Blutaussstriche zur mikroskopischen Untersuchung übersandt. Die periodische Untersuchung der Anstreicher und Rieter in Eisenkonstruktionswerkstätten wurde allgemein eingeführt; eine Anzahl dieser Arbeiter wurden auch von uns selbst untersucht. Es fanden sich mehrfach leichte Bleivergiftungszeichen vor. — Die Gesundheitsverhältnisse der an sich stark gefährdeten Homogenverbleier sind in letzter Zeit zweifellos besser geworden. Bemerkenswerter Weise wird neuerdings ein Teil der früher verbleiten Apparaturen nunmehr mit einem Gummiüberzug gedeckt; die Masse wird durch Tauchen oder Spritzen aufgetragen und nach dem Antrocknen heiß vulkanisiert. Auch beim Ausfügen der Zellstoffkocher ist der früher verwendete Bleikitt nunmehr fast überall durch einen bleifreien Kitt (Aplrit der J. G. Farben oder Ähnliches) ersetzt. Damit sind wiederum einige Quellen der Bleigefährdung verstopft worden.

Eine nicht zu unterschätzende Gefährdung bildet immer noch die umfangreiche Verwendung von Mennige in den Kristallglashütten (20—40—60 Proz. Zusatz zum Glasgemenge), zumal da diese Hütten meist die Sauberkeit stark vermissen lassen. Wir konnten bei unseren Untersuchungen wiederholt Bleisymptome bei den Gemengemachern und Schmelzern feststellen. Auch die Verwendung leerer ungereinigter Mennigefässer als Behälter für alle möglichen Gegenstände mußte beanstandet werden, da dadurch das Verschmieren der Mennige begünstigt wird. — Der Ersatz des Mennigezusatzes durch sogenannten „Bleisand“ (Fritte) bedeutet zweifellos einen hygienischen Fortschritt; doch ergaben unsere Untersuchungen, daß der Bleisand (ebenso wie die Glasur- usw. Fritten) keineswegs vollständig ungiftig ist, vielmehr im Magen saft noch Blei abgibt. Der keramische Buntdruck war infolge des wirtschaftlichen Darniederliegens der Porzellanindustrie bisher immer sehr schwach beschäftigt, demgemäß war auch die Zahl der Bleifälle relativ gering. Leichte Bleifälle bei Glasierern und Emaillierern kommen immer wieder vor und werden wohl nie ganz zu vermeiden sein. — Durch Beiresorzinat sind in der Munitionsindustrie einige leichte Bleischäden verursacht worden. Periodische Ueberwachung und technische Verbesserungen haben dieselben rasch verschwinden lassen.

Quecksilbervergiftungen wurden in den beiden Berichtsjahren nicht bekannt. — Ein chemischer Großbetrieb errichtete einen 40m hohen Kamin zur Abführung der quecksilberhaltigen Raumluft aus den Arbeitsräumen und deren nächster Umgebung. Die sonstigen Schwermetalle haben in der

bayer. Industrie kaum gewerbepathologische Bedeutung, wenn man von Metall dampf- (Gieß-) Fieber, Chromatgeschwüren usw. oder Galvanisierereizen absieht.

Die Verwendung von erheblichen Mengen von Selen in der elektrotechnischen Industrie hat — dank guter Schutzmaßnahmen — bisher zu Gesundheitschädigungen noch nicht Veranlassung gegeben. Eine Beschwerde der Nitrierer einer Zelluloidfabrik über Säurenekrose der Zähne veranlaßte eine genauere Untersuchung. Abhilfe wurde durch bestimmte technische Verbesserungen, welche das Entweichen der nitrosen Gase in die Raumluft verhindern sollen, sowie durch Bereitstellung eines alkalischen Mundspülwassers versucht. Es wurde der Antrag gestellt, die Säurenekrose in die Liste der Berufskrankheiten aufzunehmen.

Gesundheitschädigungen durch „Löfungsmittel“ machten mehrfach Untersuchungen und Begutachtungen erforderlich. In der Strohhutindustrie hatten butylazetathaltige Lage zahlreiche schmerzhaft Augenreizungen verursacht; dieselben sind nach Ersatz dieses Stoffes heute nahezu verschwunden.

Die gewerbliche Gefährdung durch Schwefelkohlenstoff muß heute als geringfügig bezeichnet werden. Unsere Erhebungen in der Gummiindustrie ergaben, daß in keinem Betrieb mehr mit diesem Stoff gearbeitet wird, vielmehr nur noch heiß oder mit Chlorschwefel oder durch Tauchen in Chlorschwefel-Benzinlösung vulkanisiert wird. — Aus der Kunstseideindustrie sind Schädigungen durch Schwefelkohlenstoff nicht bekannt.

Kohlenoxydvergiftungen stellen lausend einen erheblichen Anteil; meist handelt es sich um akute, rasch vorübergehende Vergiftungen durch Gasausströmung, gelegentlich um Massenvergiftung einer Arbeiterkolonne. Ausgesprochen chronische Vergiftungen sind nicht zur Kenntnis gekommen. Unsere Erhebungen über dieses letztere Krankheitsbild sind zwar noch nicht abgeschlossen, versprechen aber kein sehr großes Ergebnis. — Die in einem chemischen Großbetrieb neu errichtete Nickelgewinnungsanlage (über Nickelkarbonyl) hat alle Schutzeinrichtungen, die nach menschlichem Ermessen gegen die CO-Vergiftung erdacht werden können.

Zerstäuben von Paraffin (in der polygraphischen Industrie) verursachte Bindehautentzündung, Kratzen im Hals, angeblich auch Kopfschmerz, Appetitlosigkeit, Sodbrennen; auch das Unfallsrisiko wird erhöht durch Glitschigwerden des Bodens usw.

Ein weiteres Eingehen auf die Kasuistik der Schädigungen durch verschiedene andere Chemikalien erscheint mir an dieser Stelle nicht erforderlich; neuartige Beobachtungen wurden nicht gemacht.

Gesundheitsgefährdungen durch Staub haben immer noch eine erhebliche praktische Bedeutung. Während Untersuchungen bei Gusspukern relativ wenig Veränderungen ergaben, wurden in mehreren Fällen bei Sandstrahlbläsern recht schwere, schon nach wenigen Jahren auftretende Silikosen gesehen, trotz mancher technischer und persönlicher Schutzvorkehrungen. Der Ersatz des Quarzandes durch „Stahlkies“ wird in der Praxis aus technischen Gründen sehr häufig abgelehnt. — Insbesondere erfordert die Porzellanindustrie nach wie vor eingehende Fürsorge. Die Nachuntersuchung zahlreicher, bereits vor vier bis fünf Jahren von uns röntgenologisch untersuchter „Porzelliner“ ergab zum Teil sehr unerfreuliche Befunde. Diese Feststellungen veranlaßten ein gemeinsames Vorgehen mit der zuständigen Berufsgenossenschaft; gemeinsam mit deren technischen Aufsichtsbeamten wurden bisher achtzehn Betriebe systematisch beichtigt und saniert. — Abschließend wäre hier zu sagen, daß neben entsprechenden technischen Schutzeinrichtungen die in etwa zweijährigen Zeitpausen vor-

zunehmende klinisch-röntgenologische Untersuchung aller staubgefährdeten Staubarbeiter dringend zu fordern wäre.

Ein Fall von Lungenentzündung durch Thomasflackemehl verlief tödlich. Der Berichterstatter hatte zufällig Gelegenheit, an der Obduktion teilzunehmen. Spezifische Veränderungen des Lungengewebes konnten auch hier weder makroskopisch noch mikroskopisch gefunden werden. Immerhin wurde auch dieser Fall als entschädigungspflichtige Berufskrankheit anerkannt.

Arbeiten in Druckluft (Caïssonarbeit) wurden in den Berichtsjahren beim Bau der beiden Rheinbrücken bei Speyer und Maxau ausgeführt. Die ärztliche Ueberwachung wurde im Einvernehmen mit dem badiſchen Landesgewerbearzt durchgeführt. Ueber vier schwere Erkrankungen, die sich auf der badiſchen Seite ereignet hatten, wird im dortigen Bericht mitgeteilt werden.

Erkrankungen an Milzbrand in gewerblichen Betrieben ereigneten sich im Jahre 1933 4 Fälle (1 †), im Jahre 1934 2 Fälle (1 †). Es handelte sich in allen Fällen um Hautmilzbrand. Betroffen waren 3 Gewerbearbeiter (welche Auslandsmaterial verarbeitet hatten; 1 †) und 2 Pinselmacher, bzw. Bürstenmacher, welche angeblich inländisches (desinfiziertes) Material bzw. Gemische von inländischen und ausländischen Material verarbeitet hatten (1 †). Ein weiterer Fall betraf einen Sohlenfärber in einer Schuhfabrik.

Erhebliche Schwierigkeiten erwuchsen bei der Untersuchung der Jugendlichen in Glashütten. Der Berichterstatter nahm Gelegenheit, rund 280 Jugendliche in 12 Glashütten persönlich zu untersuchen. Dabei ergab sich, daß die konstitutionellen Verhältnisse dieser Jugendlichen in Niederbayern, Mittel- und Oberfranken im allgemeinen befriedigend waren, wenn auch natürlich in jeder Hütte einige konstitutionell minderwertige Jugendliche zu finden waren, die eigentlich nicht hätten aufgenommen werden sollen. Aber gerade diese Minderwertigen waren die „Stützen“ der meist vaterlosen Familien, so daß ihre Entfernung aus dem Betrieb — zumal beim Fehlen anderer Verdienstmöglichkeiten in der dortigen Gegend — eine schwere wirtschaftliche Schädigung dieser Familien bedeutete hätte. Auch Jugendliche unter 14 Jahren wurden mehrmals gefunden; aber auch hier stieß eine nachträgliche Entfernung aus dem Betrieb auf allergrößte Widerstände. Nach Anschauung aller Betriebsführer wäre ein achttes Schuljahr (oder Uebungsjahr) dringend erforderlich, um die Jugendlichen nicht allzufrüh in die Betriebe aufnehmen zu müssen. — Schließlich darf noch angefügt werden, daß die Frage der Kostenaufwendungen für die Untersuchungen (z. B. bei 40 bis 50 Jugendlichen) für manchen Betrieb doch ins Gewicht fällt. Hier scheint eine andere Regelung, z. B. Uebernahme auf die Sozialversicherung bzw. künftig auf die Gesundheitsämter, erforderlich.

Verbandzeug für erste Hilfe war wohl in allen Betrieben vorhanden, in der Mehrzahl der Fälle, besonders in kleinen Betrieben, allerdings nicht immer in einem befriedigenden Zustande! Meist viel zu viel, und dies unsauber gehalten; dazu wurden alle möglichen Medikamente bereitgehalten, die zum „Kurieren“ verleiten, und eben nicht in einen Verbandkasten für erste Hilfe hineingehören. Entsprechende Abhilfe wurde veranlaßt.

Die durch die verschiedenen Verordnungen vorgeschriebenen ärztlichen Ausnahme- und periodischen Zwischenuntersuchungen werden im allgemeinen ordnungsgemäß durchgeführt, wie die regelmäßigen Kontrollen der „Untersuchungsbücher“ ergaben. Immerhin wurden einige Betriebe gefunden, die sich bisher unbewußt oder bewußt dieser regelmäßigen ärztlichen Ueberwachung entzogen hatten. Abhilfe wurde

veranlaßt. — Was die Ausführung der Untersuchung betrifft, so war dieselbe in manchen Fällen wenig befriedigend; mit diesen Untersuchungsärzten wurde sofort persönliche Sühnung aufgenommen; an manchen Untersuchungsterminen konnten wir auch persönlich teilnehmen.

2b. Tätigkeit für die Berginspektion:

Von den der Berginspektion unterstehenden Betrieben wurden im Jahre 1933 6 und im Jahre 1934 3 besichtigt, stets in Begleitung der zuständigen Aufsichtsbeamten. Besondere hygienische Beanstandungen waren nicht erforderlich; auch die Einrichtungen des Rettungswesens und der Ersten Hilfe waren in Ordnung befunden worden.

Die vorhandenen Flußpatgruben und die zugehörigen Aufbereitungsanlagen wurden im Rahmen einer Sonderuntersuchung besichtigt; anschließend wurden alle Betriebsleiter und Steiger in zwei Versammlungen über die Bedeutung der Verhütung der Staubgefährdung unterrichtet. Sodann wurden 40 dieser Grubenarbeiter klinisch und röntgenologisch untersucht. Das Ergebnis war insofern erfreulich, als — abgesehen von einigen älteren Arbeitern — ein gehäuftes Vorkommen der Staublungen nicht festgestellt werden konnte. Es ist beabsichtigt, diese Untersuchungen in zwei- bis dreijährigen Zwischenräumen zu wiederholen. — In drei Graphitgruben, bzw. Aufbereitungsanlagen wurden, in Ergänzung der früheren Sonderuntersuchungen über das Vorkommen von Staublungenerkrankungen, insgesamt 117 Staubmessungen vorgenommen. Weiters wurden die in den drei oberbayerischen Knappschaftskrankenhäusern vorliegenden rund dreihundert Lungenröntgenfilme (gemeinsam mit dem röntgenologischen Mitarbeiter) durchgesehen bezüglich des Vorkommens von Staublungenerkrankungen im oberbayerischen Bergbau. Das Ergebnis war, wie nach der Art des Nebengesteins erwartet werden konnte, erfreulich negativ; Bilder einer nennenswerten Staubschädigung konnten auch bei den älteren Bergleuten nicht festgestellt werden.

Im neu erschlossenen Pfälzer Quecksilberbergbau sind alle Maßnahmen getroffen, um das Entstehen der Quecksilbervergiftung zu verhindern; abgesehen von der technischen Gestaltung der Aufbereitungsanlage sind entsprechende Wasch- und Badeeinrichtungen bereitgestellt und ein ärztlicher Ueberwachungsdienst bestellt. Die Arbeitsordnung enthält zweckentsprechende Vorschriften. Quecksilbererkrankungen waren in den ersten Betriebsmonaten noch nicht vorgekommen.

3. Arbeitergruppen außerhalb der staatlichen Aufsicht:

Für landwirtschaftliche Interessenten waren Fragen über Gesundheitschädigungen durch Kunstdünger und durch Schädlingsbekämpfungsmittel wiederholt zu begutachten. — Milzbrandfälle aus der Landwirtschaft, nach Notschlachtungen, bei einem Wasenmeister usw. wurden im Jahre 1933 9 Fälle (2 †), im Jahre 1934 3 Fälle (0 †) bekannt. In allen Fällen handelte es sich um Hautmilzbrand. (Fortsetzung folgt.)

Die Einkommensteuerverpflichtungen beim Erwerb und Verkauf einer Praxis.

Von Dr. jur. et rer. pol. K. Wuth, Sachverständigen in Steuerfragen, Berlin W 9.

Von dem Arzt, der eine Praxis erwirbt, sind auch die steuerlichen Auswirkungen zu beachten. Es fragt sich insbesondere, ob der Arzt die dafür gezahlte Vergütung von seinem Einkommen in Abzug bringen kann.

Der Arzt versteuert im allgemeinen lediglich den Ueberschuß seiner Einnahmen über die beruflichen Ausgaben, steuerlich Betriebsausgaben genannt. Betriebsausgaben sind alle Aufwendungen, die durch den Beruf veranlaßt sind. Dies trifft an sich auch für die zum Erwerb der Praxis aufgewendeten Beträge zu. Ohne weiteres gilt die Abziehbarkeit jedoch nur für die laufenden und üblichen beruflichen Einnahmen und Ausgaben. Dem sofortigen Abzuge größerer Anschaffungskosten (jedenfalls bei einem Anschaffungspreis über 500 RM.) steht die Bestimmung des Einkommensteuergesetzes (§ 7) entgegen, daß Aufwendungen für die Beschaffung von Anlagegegenständen, die länger als ein Jahr verwendet werden, nicht in einem Jahre abgesetzt werden können, sondern in Form von jährlichen Abschreibungen auf die betriebsgewöhnliche Nutzungsdauer zu verteilen sind. Da sich der Wert der erworbenen Praxis nicht abnutzt wie sonstige Anlagegegenstände, läßt der Reichsfinanzhof regelmäßige jährliche Abschreibungen nicht zu. Vielmehr können Abschreibungen nur insoweit vorgenommen werden, als sich der Wert der übernommenen Praxis verringert, also die Beziehungen zu den Patienten sich allmählich verflüchtigen.

In welcher Zeit die Abschreibung durchgeführt werden kann, ist für den ärztlichen Beruf bisher vom Reichsfinanzhof nicht ausdrücklich entschieden. Nach dem Wesen z. B. des Anwaltsberufs, der ein persönliches Vertrauensverhältnis zu den Rechtssuchenden voraussetzt, hat sich jedoch der oberste Steuergerichtshof für Rechtsanwälte dahin ausgesprochen, daß sich die Beziehungen in verhältnismäßig kurzer Zeit verflüchtigen, so daß sich der Vorteil durch die Uebernahme der Praxis im Verlaufe weniger Jahre erschöpft. Bleiben, sagt der Reichsfinanzhof, die alten Kunden dem Uebernehmenden weiterhin treu, so wird dieser Umstand nach Ablauf einer gewissen Zeit nicht mehr auf die Uebernahme der Praxis zurückgeführt werden können, sondern darauf, daß sich ein in der Person des Anwalts begründetes neues Vertrauensverhältnis entwickelt hat. Entsprechendes muß für die Uebernahme einer Praxis durch den Arzt gelten. Die Vergütung für die Uebernahme der Praxis kann also ebenfalls innerhalb einiger Jahre abgeschrieben werden.

Die Abschreibung der Kosten für den Erwerb einer Praxis ist nicht auf die buchführenden Aerzte beschränkt, die am Ende der Jahre den Bestand ihres beruflichen Vermögens aufnehmen und den Unterschied gegenüber dem Vorjahre bei der Ermittlung ihres beruflichen Einkommens berücksichtigen. Vielmehr hat der Reichsfinanzhof ausdrücklich entschieden, daß auch der freiberuflich tätige Steuerpflichtige, der lediglich nach dem Ueberschuß der Einnahmen über die Ausgaben besteuert wird, die Aufwendungen für den Erwerb einer Praxis in der angegebenen Art und Weise berücksichtigen kann. Der Unterschied gegenüber dem Arzt, der jährliche Bestandsaufnahmen vornimmt, besteht nur darin, daß er für die Abschreibungen auf den Wert der Praxis einen besonderen Posten in den Büchern vermerken muß, von dem er jährlich die Abschreibungen vornehmen kann wie von sonstigen größeren Anlagegegenständen, deren Anschaffungskosten nicht bereits im ersten Jahre abgezogen werden können (vgl. Abf. IV A 329/28 sowie Einkommensteuergesetz vom 16. Oktober 1934 § 4 Abs. 2 S. 2).

Möglich ist es im übrigen, daß sich bereits am Ende des ersten Jahres herausstellt, daß die Erwartungen eines Nutzens aus der Uebernahme der Praxis „eine höchst unsichere Zukunftshassnung“ darstellen. In diesem Falle ist die sofortige Abschreibung der für die Uebernahme der Praxis gezahlten Vergütung zulässig. Der Steuerpflichtige hat aber auch in

diesem Falle das Recht, den Betrag im Verlaufe einiger Jahre abzuschreiben, was je nach den Einkommensverhältnissen günstiger sein kann. Ist nach den Verhältnissen am Schluß des Jahres bereits mit Sicherheit zu erkennen, daß ein Nutzen aus der Uebernahme der Praxis überhaupt nicht mehr zu erwarten ist, so würde nur die sofortige Abschreibung in Betracht kommen (vgl. Rhf. wie vor).

Bei der Veräußerung einer Praxis entsteht für den Arzt, der die Praxis verkauft, grundsätzlich Einkommensteuerspflicht. Zu den Einkünften aus selbständiger Berufstätigkeit gehören nach dem Einkommensteuergesetz § 18 Abs. 3 auch Gewinne, die bei der Veräußerung des dem Berufe dienenden Vermögens erzielt werden. Die Einkommensteuer wird jedoch auf Antrag ermäßigt oder erlassen, wenn die verkaufte Praxis innerhalb der letzten drei Jahre vor der Veräußerung erworben und infolge des Erwerbes Erbschaftsteuer entrichtet ist. In jedem Falle können für den sich ergebenden Gewinn die ermäßigten Einkommensteuersätze beantragt werden, wenn das Einkommen 6000 RM. übersteigt und die Sätze günstiger sind. Diese Steuersätze betragen 10—25 v. H., bei Ledigen 15 bis 35 v. H. des Verkaufsgewinnes.

Als Verkaufsgewinn ist der Betrag zu versteuern, um den die erhaltene Vergütung nach Abzug der Verkaufskosten den Wert des beruflichen Vermögens, wie er zuletzt der Einkommensteuer unterlegen hat, übersteigt. Bei dieser Sachlage kann es für den Arzt von wesentlicher Bedeutung sein, daß die zu Buche stehenden Werte seines beruflichen Vermögens nicht zu niedrig sind. Je größer der Unterschied zwischen den Buchwerten und der nunmehr erhaltenen Vergütung ist, je höher stellt sich die Einkommensteuer. Ein besonderer steuerfreier Betrag ist nicht mehr absehbar. Sind buchmäßige Aufzeichnungen über das berufliche Vermögen überhaupt nicht erfolgt, so sind grundsätzlich Anschaffungswerte bzw. die Werte vom 1. Januar 1925 an deren Stelle zugrunde zu legen; die Werte sind um angemessene jährliche Absetzungen für Abnutzung zu kürzen.

Die für den Verkauf der Praxis erhaltene Vergütung ist sofort einkommensteuerpflichtig auch dann, wenn es sich um eine in Raten zahlbare Vergütung handelt, die lediglich gestundet ist (Rhf. vom 30. November 1932 IV A 1943/31). Wird eine Rente gewährt, so werden noch der Rechtsprechung die laufenden Zahlungen insoweit steuerpflichtig, als sich ein Gewinn — über die bereits vorhanden gewesenen Werte hinaus — ergibt. Die ermäßigten Steuersätze finden in diesem Falle keine Anwendung.

Trägt die Rente reinen Versorgungscharakter, z. B. u. U. bei Zahlungen an die Witwe des verstorbenen Architekten, so sind die laufenden Rentenzahlungen ohne Rücksicht auf die überlassene Praxis voll steuerpflichtig.

Der Reichsführer der Kneippärzte übersendet nachfolgenden Artikel:

Kneipp-Aerztekursus in Bad Wörishofen.

Von Prof. Dr. Ewig, Kursusteilnehmer.

Wieder einmal bot sich denjenigen Aerzten, die von der wunderbaren Heilkraft der Natur überzeugt sind, eine willkommene Gelegenheit, sich auch mit dem Naturheilverfahren des Pfarrers Sebastian Kneipp vertraut zu machen. Aus allen Gegenden Deutschlands, von Nord und Süd, Ost und West, waren junge und alte Aerzte herbeigeeilt. Ueber 70 Aerzte folgten dem Rufe des Reichsführers der Kneippärzte, Dr. H a i n d l, der in Gemeinschaft mit den bekannten Kneippärzten und der Kurverwaltung Wörishofen ein feindurchdachtes Pro-

gramm ausgearbeitet hatte. Schon bei dem Begrüßungsabend am 27. April empfanden alle Kursusteilnehmer, daß in Bad Wörishofen ein seltener Gemeinschaftsgeist herrschte, ein Geist, der von der seltenen Persönlichkeit des Pfarrers Kneipp ausgeht und alle Wörishofener in ihrer Lebensführung und Lebensstellung bis ins letzte durchdrungen hat.

Die hohen Erwartungen, mit denen die auswärtigen Aerzte gekommen sind, wurden nicht nur nicht enttäuscht, sondern weit übertroffen von dem, was die Aerzte und Gelehrten über die Grundlagen der Hydro- und Heliotherapie im allgemeinen (Prof. Lampert und Prof. Böhm) brachten; die Grundlagen der verschiedenen Kneippmethoden und der von Kneipp geförderten Lebensform wurden in klarer Wissenschaft begründet so nahe gebracht, daß es leicht fiel, den weiteren speziellen Vorträgen zu folgen. Besonders hervorzuheben ist die wissenschaftliche Abgeklärtheit, mit der z. B. die Nestoren unter den Kneippärzten, Son.-Rat Schalle und San.-Rat Scholz, aus dem reichen Schatz ihrer vieljährigen Erföhrung schöpften. Immer wieder konnte an Beispielen belegt werden, wie die Kneippische Heilwirkung gerade bei den Fällen, in denen man kaum noch mit Erfolg hatte rechnen können, doch noch zum Ziele geführt hatte. Besonders wohlthuend für die erfahrenen Aerzte war die kritische Objektivität, mit der diese hervorragenden Aerzte alle ihre Beobachtungen analysierten, Ziele und Wege der Kneippischen Behandlung aufzeigten, aber auch die Grenzen absteckten zu den Gebieten der Heilkunde, die nicht der Kneippbehandlung zugänglich sind. — Seine Perspektiven öffneten sich, ausgezeichnete Beobachtungen und Untersuchungen, über die Dr. Flamm sprach. — Die Behandlung der Infektionskrankheiten und die Bedeutung der Fostenkur behandelte Dr. Kapferer, der als ausgezeichnete Kenner des Hippokrates eine gemeinschaftliche, selbst bis ins einzelne gehende Linie von dem Begründer der ärztlichen Wissenschaft bis zu dem gottbegnadeten Arzttum des Pfarrers Kneipp aufdeckte. — Dr. Baumgarten zeigte, wie eng in den Kneippischen Lehren Wasser- und Kräuterwirkung und Diät ouseinander obgestimmt sind, um den ganzen Menschen in seiner Totalität zu erfassen, eine Erkenntnis, die der leitende Arzt des großen Kinderasyls, Dr. Scholz, aus seinem Spezialgebiet an einer großen Reihe von Beispielen weiter belegte. — Dr. Sieber wies überzeugend nach, bei welchen Frauenleiden das Kneippische Verfahren Triumphe feiert, legte aber auch eindeutig die Grenzen fest, über die auch der Kneipparzt nicht hinausgeht. — Ueber die Durchführung der Kneippkur in der Großstadtpraxis verbreitete sich Dr. Spengler. — Alte und neue Methoden für die naturgemäße Behandlung der Erkrankung der oberen Luftwege hörte man aus dem Munde des Dr. Tienes.

Dr. Charrois wies eingehend auf die Beziehungen zwischen Wasserhaushalt und Stoffwechsel, zwischen Nieren und den übrigen Ausscheidungsorganen, besonders der Hout hin, und traf sich dabei ganz mit den Ansichten seines Lehrers Prof. Follhard. — Das dankbarste Gebiet der Nervenerkrankungen behandelte in besonderer Weise Dr. Dettmar, die Gymnastik und die Massage der Gymnastikdirektor Bergquist.

Wenn auch die Kneippische Heilweise ein Totalitätsverfahren ist, das alle Naturkräfte heranzieht, so ist doch von großer Bedeutung die Technik der vielfachen Wasseranwendungen. Nicht auf das „Was geschieht“, sondern auf das „Wie es geschieht“ kommt es wohl nirgends so sehr an wie gerade bei den Kneippischen hydratischen Methoden. Wenn viele Nachahmer nicht die gleichen Erfolge hatten wie die Wörishofener Aerzte, so ist daran in erster Linie die Methode schuld gewesen, eine Methodik, die man nur dort lernen kann, wo der Geist Kneipps weiterlebt. Deshalb wurde in eingehender Weise in Bild und

in Praxis das große Gebiet der fein abgestuften Kneipp'schen Hydrotherapie behandelt, bei jedem Kursusteilnehmer wurden die verschiedenen Verfahren selbst angewendet, damit jeder am eigenen Leibe verspürte, welche wunderbaren Wirkungen die echten Kneipp'schen Verfahren ausüben. Wahrlich, die Kneipp'sche Wassertherapie ist keine „Rohkur“, sondern die denkbar mildeste Form einer wirksamen Wasserbehandlung, die aber genau so dosiert werden muß, wie wir es von den Medikamenten gewohnt sind. — Mit dem großen Programm, das die Tage vom 28. April bis 4. Mai ausfüllte, war aber noch nicht alles erschöpft. Auch die Abende wurden herangezogen. Lebhafteste Diskussionen, in denen noch eine Menge wichtiger Fragen behandelt wurde, hielten die große Aerztgemeinschaft zusammen, zerstreuten Zweifel und Mißverständnisse, beseitigten so den vielleicht noch vorhandenen Rest von Vorurteilen, die der eine oder andere über einzelne Fragen noch haben konnte. Auch kam hierbei das Totalitätsprinzip wieder zur Geltung. Nicht nur die Aerzte, auch die Leiterinnen ihrer Diätküche, der Bäckmeister für die Kneipp'schen Brote kam, ganz Wörishofen arbeitet mit, um die Ideen seines Pfarrers Kneipp in die Wißbegierigen der vielen Kursusteilnehmer hineinzutragen. Die Wörishofener Gemeinde und Kurverwaltung hat über das hinaus noch zu einem Abendessen mit typischen Kneipp'schen Gerichten und zum Abschluß zu einem gemeinschaftlichen Zusammensein mit der Wörishofener Einwohnerschaft und den Kurgästen geladen, um das geschlossene Band noch enger zu knüpfen.

Kein Teilnehmer wird die Wörishofener Tagung verlassen, ohne den großen Gewinn für sich und seine Kranken mit in die Heimat zu nehmen. Der Anregungen waren so viele, daß wohl kaum ein medizinischer Kongreß dies hätte leisten können. Die Teilnehmer aber sind dankbar für all das, was sie in Wörishofen gesehen und gehört haben, und werden gerne wieder zurückkommen, um erneut aus der Quelle zu schöpfen, über der der lebendige Geist des gottbegnadeten Pfarrers Kneipp schwebt.

Bekanntmachungen

Einladung an alle deutschen Aerzte!

Tagung der Naturärzte.

Die zweite große Reichstagung des Deutschen Verbandes der Aerzte für physikalische und diätetische Behandlung (Naturheillehre) E. V. findet vom 24. bis 26. Mai 1935 in Nürnberg statt. Gauleiter Julius Streicher hat die Schirmherrschaft übernommen.

Um einer großen Zahl von Aerzten die Möglichkeit zu geben, sich an der Tagung zu beteiligen, sind Gesellschaftsfahrten vorgesehen, bei denen von 12 bis 24 Personen an $33\frac{1}{3}$ Proz. Fahrpreisermäßigung eintritt, bei 25 bis 99 Personen 40 Proz. Die Aerzte, die sich hieron beteiligen wollen, mögen dies bis 20. Mai dem Verbandsleiter mitteilen, damit es den einzelnen Gouverbänden weitergeleitet werden kann. — Kollegen mit eigenem Kraftwagen oder diejenigen, die an gemeinsamer Fahrt sich beteiligen wollen, wenden sich an den Unterzeichneten.

Zimmer können bei dem Nürnberger Verkehrsbüro bestellt werden.

Tagungsordnung:

Freitag, 24. Mai, nachm. 4.30 Uhr im „Roten Hahn“:

Satzungsgenehmigung der Reichsarbeitsgemeinschaft der biologischen Aerzteverbände durch die Beauftragten. — Abends

8.15 Uhr: Mitgliederversammlung im „Künstlerhaus“:

1. Bericht der Gaubeauftragten über die letzten Gau-tagungen.
2. Besprechung über den Ausbau unserer Gau- und Bezirksverbände.
3. Satzungsänderung und Änderung der Bezeichnung des Verbandes in „Reichsverband der Naturärzte“.

Samstag, 25. Mai, vorm. 8.15 Uhr im „Kulturvereinsaal“: Wissenschaftliche Tagung.

Vorträge:

8.15 Uhr: Begrüßung. — 8.30—9.00 Uhr: Prof. Dr. Kötschau (Jena): „Ziele der biologischen Medizin“. — 9.00—9.45 Uhr: Dr. Brauchle (Rudolf-Heß-Kronenhof, Dresden): „Die wichtigsten Grundsätze naturgemäßer Heilbehandlung“. — 9.45 bis 10.30 Uhr: Prof. Dr. Göring (Elberfeld): „Ueber Nervenleiden“. — 10.30—11.00 Uhr: Prof. Dr. Mag Lange (München): „Ueber Muskelhärtungen“. — 11.00—11.30 Uhr: Dr. Kluthe (Kosfeld): „Die Kneipp'sche Behandlung in Lehre und Ausübung“. — 11.30—12.15 Uhr: Dr. Hülf (Bod Berneck): „Krankheit und Ernährung“. — 12.15—1.00 Uhr: Aussprache. — Gemeinsames Mittagessen. — Nachmittags: Besichtigung der Ausstellung „Deutsche Volksheilkunde“ in der „Moris-Halle“. — Abends 8 Uhr: Volkskundgebung im „Herkes-Veldrom“. — Es sprechen: Dr. Streck vom Hauptamt für Volksgesundheit; Gauleiter Julius Streicher.

Sonntag, 26. Mai, vorm. 10 Uhr: Sektakt im „Ufapalast“ am Hauptbahnhof: Feierliche Verkündung der Reichsarbeitsgemeinschaft der biologischen Aerzteverbände und der Reichsarbeitsgemeinschaft der Verbände für naturgemäße Lebens- und Heilweise. — Es sprechen: Reichsarztchef Dr. Wagner, Gauleiter Julius Streicher, Oberbürgermeister Liebel, stellvertretender Gauleiter Holz u. a. — Nachmittags 2 Uhr im Schwimmbad und anschließenden Gelände des Stobions: Großes Volksheilstfest, Vorführung von Leibesübungen, Naturheil- und Kneippanwendungen, Volkstänze. Auch Nichtmitglieder des Verbandes sind willkommen! Näheres durch den Verbandsleiter

Dr. D ä t h, Heidelberg, Postfach 258.

Mitteilungen der Kassenärztlichen Vereinigung Deutschlands, Bezirksstelle München-Stadt.

1. Auf Ersuchen der Allg. Ortskrankenkasse München-Stadt werden die Herren Kollegen gewornt, das erwerbslose Kassenmitglied E h m a n n Theodor, geb. 7. Juni 1891, ohne Schein in Behandlung zu nehmen. Ehmann ist morphiumsüchtig und versucht mit den üblichen Mitteln, den Arzt zur sofortigen Abgabe oder Verordnung von Morphium zu bewegen. Morphium kann aber als Genußmittel auf Kassenkosten nicht verordnet werden.

2. Die Mitteilung auf S. 151 in Nr. 15 des „Aerzteblattes für Bayern“, betr. Ueberweisungsscheine von Aerzten an Zahnärzte und umgekehrt, ist für uns nicht einschlägig, da weder der KVD. noch den Krankenkassen von einer solchen Anordnung etwas bekannt ist. Dr. Balzer.

Bei der unterfertigten Kasse ist die Stelle eines weiteren hauptamtlichen

Vertrauensarztes

sobald zu besetzen.

Die Anstellung erfolgt nach den Bestimmungen des RDA. über die Auswahl und das Dienstverhältnis der Vertrauensärzte

vom 23. Dezember 1930 in der Fassung vom 18. Juli 1932. Arische Abstammung (auch der Ehefrau) und politische Zuverlässigkeit des Bewerbers sind Grundbedingung.

Bewerbungen mit Angabe des frühesten Dienstantritts sind bis spätestens 20. Mai 1935 schriftlich bei der Kasse einzureichen und mit sachdienlichen Zeugnissen (oder beglaubigten Abschriften) zu belegen. Beizufügen ist ferner ein Lebenslauf und ein Lichtbild.

Allgemeine Ortskrankenkasse Nürnberg,
Nürnberg-A., Weizenstraße 1.

Landgerichtsarztlicher Dienst.

Der Führer und Reichskanzler hat den mit Titel und Rang eines Obermedizinalrates ausgestatteten Landgerichtsarzt Dr. Paul Burkhard in Coburg ab 1. April 1935 auf seinen Antrag in den dauernden Ruhestand versetzt und ihm für seine dem Reiche geleisteten treuen Dienste den Dank ausgesprochen.

Amtsärztlicher Dienst.

Der Führer und Reichskanzler hat den Bezirksarzt in Pfarrkirchen, Dr. Hans Schrems, ab 1. März 1935 auf seinen Antrag aus dem Reichsdienst entlassen.

Der Führer und Reichskanzler hat unter Berufung in das Beamtenverhältnis mit Wirkung vom 1. April 1935 den prakt. Arzt Dr. Hans Stuhlberger in München zum Bezirksarzt für den Verwaltungsbezirk Wertingen und mit Wirkung vom 1. Mai 1935 den Hilfsarzt Dr. Adolf Gutermaun in Nürnberg zum Bezirksarzt für den Verwaltungsbezirk Günzburg ernannt.

Dienstesnachricht.

Die Stelle eines Bezirksarztes für den Verwaltungsbezirk Kaufbeuren ist auf 1. August 1935 neu zu besetzen. Bewerbungs- (Versetzungs-) Gesuche sind beim Staatsministerium des Innern bis 25. Mai 1935 einzureichen. Bewerber aus dem Kreise der Anwärter für den ärztlichen Staatsdienst haben der Bewerbung den Nachweis der arischen Abstammung (gegebenenfalls auch für die Ehefrau) beizulegen.

Aerztliche Sterbekasse für Oberbayern-Land.

Herr Dr. med. Otto Griefse, Stangaß b. Berchtesgaden, ist gestorben. Das Sterbegeld wurde umgehend angewiesen. Die Einziehung des fälligen Beitrages für 135. Sterbefall wird bei den Kassenärzten durch die zentrale Abrechnungsstelle für Oberbayern in München vorgenommen. Einzelmitglieder bitte ich, den Betrag von 5.— RM. pro Sterbefall an die Bezirkssparkasse Trostberg, Postcheckkonto 5997 München, unter Benützung des Aufklebers zu überweisen.

Dr. med. G. Hellmann, Amtsleiter,
Trostberg.

VII. Internationaler Kongreß für Unfall- und Berufskrankheiten in Brüssel.

In der Zeit vom 22. bis 26. Juli 1935 findet in Brüssel der VII. Internationale Kongreß für Unfall- und Berufskrankheiten statt. Die deutsche Reichsregierung wird auf diesem Kongreß durch eine Abordnung vertreten sein. Zur Vorbereitung des Kongresses ist mit Zustimmung des Herrn Reichs- und Preussischen Arbeitsministers unter Leitung des Ministerialrats Dr. Dr. M. Bauer ein deutsches Nationalkomitee gebildet worden, dem die folgenden Herren angehören: Prof. Dr. Baader (Berlin); Prof. Dr. Borhard (Berlin); Dr. Hebestreit (Berlin); Prof. Dr. Holzmann (Karlsruhe); Prof. Dr. Kaelisch (München); Prof. Dr. Magnus (Berlin); Prof.

Dr. Reichardt (Würzburg); Präsident Prof. Dr. Reiter (Berlin); Chefarzt Dr. Schwarz (Berlin); Prof. Dr. zur Verth (Hamburg).

Geschäftsführer sind Prof. Dr. Baader, Berlin-Charlottenburg 2, Grolmannstraße 4, und Prof. Dr. zur Verth, Hamburg 36, Fontenay 8. — Anmeldungen zur Teilnahme an dem Kongreß sind gegebenenfalls mit Bezeichnung der gewünschten Referate bis spätestens 15. Mai an Herrn Prof. Dr. Baader und Prof. Dr. zur Verth zu richten.

Aerztlicher Fortbildungskursus über Klinik der Herzkrankheiten in Bad Elster.

Vom 31. Mai bis 1. Juni 1935 findet in Bad Elster der diesjährige ärztliche Fortbildungskursus statt. An Vortragenden wurden gewonnen: Prof. Schoen (Leipzig): „Die Entwässerung des Herzkranken“; Prof. Hochrein (Leipzig): „Richtlinien bei der Behandlung des Myokardinfarkts“; Prof. Brugsch (Halle): „Die Unregelmäßigkeiten des Herzschlags“; Prof. Rostocki (Dresden): „Herz und Diphtherie“; Prof. Grole (Dresden): „Die Diätetik der Herz- und Gefäßkrankheiten“; Prof. Stadler (Plauen): „Indikationen für physikalische Methoden bei Kreislaufstörungen“; Dr. Barsied (Bad Elster): „Elektrokardiographie“.

Die Teilnahme an dem Kursus ist kostenfrei. Anfragen und Anmeldungen wolle man an die Badedirektion in Bad Elster richten. Zur gleichen Zeit findet auch die diesjährige Hauptversammlung des Deutschen Zentralvereins homöopathischer Aerzte in Bad Elster statt.

Aerztliche Studienreise nach Nordamerika.

vom 27. Juni bis 26. Juli 1935, veranstaltet von der Deutschen Gesellschaft für ärztliche Studienreisen, ausgeführt durch die Hamburg-Amerika-Linie. Besucht werden: New York (4 Tage), Niagara-Fälle, Detroit (Fordwerke), auf Wunsch Abstecher nach Rochester (Klinik Mayo), Chicago (3 Tage), Washington (2 Tage), Philadelphia (1 Tag).

Die Teilnehmer der Reise werden die wichtigsten medizinischen und karitativen Einrichtungen sowie die Hauptsehenswürdigkeiten der zu besuchenden Orte kennenlernen; ferner wird ihnen Gelegenheit geboten, mit hervorragenden Vertretern der medizinischen Wissenschaft in Amerika Führung zu nehmen und einen Einblick in amerikanische Lebens- und Schaffensart zu gewinnen. Die Hin- und Rückfahrt mit den besonders ruhig fahrenden Hapag-Schnelldampfern „Hamburg“ bzw. „New York“ bietet Erholung und Unterhaltung.

Der Preis für die Reise von Hamburg bis Hamburg beträgt in der Touristenklasse (bisherige 2. Kl.) 410 Dollar (1025 RM.) einschließlich Unterkunft in erstklassigen Hotels, voller Verpflegung, Bahn-, Auto- usw. Fahrten, Ausflüge und Besichtigungen. Nicht inbegriffen sind die Trinkgelder an Bord. Auf Wunsch können auch Kabinenplätze erster Klasse gegen eine Mehrzahlung von 315 RM. zur Verfügung gestellt werden. Für Teilnahme an dem Abstecher nach Rochester ist ein Zuschlag von 50 RM. je Person zu zahlen.

Serner veranstaltet die Deutsche Gesellschaft für ärztliche Studienreisen eine Frühjahrsreise nach dem Saargebiet, der Pfalz und dem nördlichen Schwarzwald. Beginn am 5. Mai in Mainz, Schluß am 16. Mai in Baden-Baden. Preis 200 RM. einschließlich Bahn- und zahlreicher Aulosfahrten, Unterkunft und Verpflegung, Besichtigungen, Gepäckbeförderung und Trinkgelder.

Nähere Auskunft über beide Reisen erteilt die Deutsche Gesellschaft für ärztliche Studienreisen, Berlin W 35, Magdeburger Straße 17.

Der 15. Internationale Kongress für Physiologie soll 1935 in Moskau abgehalten werden. Vorsitzender des Organisationskomitees ist Prof. J. P. Pawlow, Nobelpreisträger von 1904, der vor kurzem seinen 85. Geburtstag feierte, Generalsekretär Prof. L. N. Fedoroff, Direktor des Instituts für Experimentelle Medizin in Leningrad.

Vereinsleben

Ortsgruppe München der Deutschen Röntgengesellschaft.

Sitzung

Donnerstag, den 23. Mai, 20.15 Uhr pünktlich, im kleinen Hörsaal des Medizinisch-Klinischen Instituts, Siemsenstraße 1a. Fernruf 52181.

Herr Stumpf: Bericht über die 26. Tagung der Deutschen Röntgengesellschaft am 28. bis 30. April 1935 im Langenbeck-Virchow-Haus, Berlin, mit Filmvorführungen. Um zahlreiches Erscheinen wird ersucht. — Aerzte als Gäste willkommen.

Der Leiter: P. P. Gotthardt.

Aerztlicher Verein München e. V. und Militärärztliche Gesellschaft München.

Gemeinsame Sitzung

am Mittwoch, den 22. Mai 1935, abends 8.15 Uhr, im Hörsaal der I. Medizinischen Klinik, Siemsenstraße 1a (Fernruf 52181).

Klinischer Abend der I. Medizinischen Klinik (Prof. Stepp).

Grosse. Selling.

Gesetzgebung

Gesetz über die Beurlaubung von Angestellten und Arbeitern für Zwecke der Leibeserziehung.

Vom 15. Februar 1935 (Reichsgesetzbl. I S. 197).

Die Reichsregierung hat das folgende Gesetz beschlossen, das hiermit verkündet wird:

§ 1. Jeder im Reichsgebiet beschäftigte deutsche männliche Angestellte oder Arbeiter ist auf seinen Antrag von seinem Unternehmer (Arbeitgeber) zur Teilnahme an einem anerkannten Lehrgang für Leibeserziehung zu beurlauben.

§ 2. Ueber die Anerkennung eines Lehrgangs entscheidet der Reichsminister des Innern oder die von ihm bestimmte Stelle.

§ 3. Der Urlaub zur Teilnahme an einem anerkannten Lehrgang ist dem Angestellten und Arbeiter außerhalb des ihm bestimmungsgemäß sonst zustehenden Urlaubs zu gewähren.

§ 4. (1) Bei der Beantragung des Urlaubs sind dem Unternehmer (Arbeitgeber) eine Bescheinigung der zuständigen Stelle (§ 2) über die Anerkennung des Lehrgangs sowie die schriftliche Zulassung zur Teilnahme an diesem Lehrgang vorzulegen.

(2) Der Antrag ist mindestens vier Wochen vor Beginn des Lehrgangs zu stellen.

(3) Einwendungen des Unternehmers (Arbeitgebers) müssen insoweit berücksichtigt werden, als ein geeigneter Ersatz für den Antragsteller nicht beschafft werden kann und die Beurlaubung zu einer verhältnismäßig großen Schädigung des Betriebes führen würde. Der Reichsminister des Innern bestimmt die Stelle, die über die Einwendungen des Unternehmers (Arbeitgebers) endgültig entscheidet.

§ 5. Die Beurlaubung zu einem anerkannten Lehrgang gibt dem Unternehmer (Arbeitgeber) nicht das Recht, das Arbeitsverhältnis zu kündigen. Der Angestellte und Arbeiter hat gegenüber dem Unternehmer (Arbeitgeber) während der Dauer des Urlaubs keinen Anspruch auf Zahlung von Arbeitsentgelt und sonstigen Bezügen. Die Fürsorge bei Krankheit und Unfall sowie die Beziehungen zur Sozialversicherung und die Fürsorge für Familien Unterhaltspflichtiger werden im Wege der Durchführungsverordnung geregelt.

§ 6. Der Reichsminister des Innern wird ermächtigt, im Einvernehmen mit dem Reichsminister der Finanzen, dem Reichswirtschaftsminister und dem Reichsarbeitsminister zur Durchführung und Ergänzung dieses Gesetzes Rechts- und Verwaltungsvorschriften zu erlassen.

§ 7. Dieses Gesetz tritt am 1. März 1935 in Kraft.

Sechste Verordnung zum Aufbau der Sozialversicherung (Innungskrankenkassen).

Vom 13. März 1935.

Um die Rechtsverhältnisse der Innungskrankenkassen vorläufig an die durch die Erste Verordnung über den vorläufigen Aufbau des deutschen Handwerks vom 15. Juni 1934 (Reichsgesetzbl. I S. 493) geschaffene Rechtslage anzupassen, wird auf Grund des Gesetzes über den Aufbau der Sozialversicherung vom 5. Juli 1934 (Reichsgesetzbl. I S. 577) Abschnitt II Artikel 6 folgendes verordnet:

Artikel 1.

Bei Schließung der Innung (Innungen) auf Grund der Ersten Verordnung über den vorläufigen Aufbau des deutschen Handwerks vom 15. Juni 1934 (Reichsgesetzbl. I S. 493) wird abweichend von § 279 Nr. 2 der Reichsversicherungsordnung die von ihr errichtete Innungskrankenkasse nicht geschlossen.

Artikel 2.

§ 1. (1) Die Rechte und Pflichten einer geschlossenen Handwerksinnung (Handwerksinnungen), die eine Innungskrankenkasse errichtet hatte, gehen insoweit auf die an ihrer Stelle neu errichtete Handwerkerinnung (Handwerkerinnungen) über.

(2) War die Innungskrankenkasse von einer gemischten Innung errichtet, die auch nichthandwerkliche Berufe umfaßte, so gehen die Rechte und Pflichten bis zur weiteren gesetzlichen Regelung ausschließlich auf die neue Handwerkerinnung (Handwerkerinnungen) über. Die Angehörigen nichthandwerklicher Betriebe bleiben vorläufig Mitglieder der Innungskrankenkasse.

(3) Aus Anlaß des Uebergangs nach den Absätzen 1 und 2 findet keine Erweiterung des bisherigen Mitgliederkreises der Kasse statt.

§ 2. Der Vorsitzende des Oberversicherungsamts, in dessen Bezirk die Innungskrankenkasse ihren Sitz hat, entscheidet im Streitfall endgültig, auf welche Innung (Innungen) die Rechte und Pflichten übergegangen sind. Er hat vor seiner Entscheidung die zuständige Handwerkskammer sowie den Reichsverband der Innungskrankenkassen zu hören.

§ 3. (1) Soweit erforderlich, findet in den Fällen des § 1 der §§ 285 bis 297 der Reichsversicherungsordnung entsprechend §§ 285 bis 297 der Reichsversicherungsordnung entsprechend mit der Maßgabe, daß an Stelle des Versicherungsamts der Vorsitzende des Oberversicherungsamts tritt; er entscheidet endgültig.

(2) Mit Zustimmung der beteiligten Kassen kann die Auseinandersetzung unterbleiben; bei unerheblichen Änderungen bedarf es der Zustimmung der Kassen nicht. § 288 Abs. 2 und § 289 der Reichsversicherungsordnung gelten auch dann entsprechend. Ob eine unerhebliche Änderung vorliegt, entscheidet der Vorsitzende des Oberversicherungsamts endgültig.

Artikel 3.

§ 1. Bestehen im Bezirk eines Versicherungsamts mehrere Innungskrankenkassen, die für Handwerkerinnungen errichtet sind, so sind sie zu einer gemeinsamen Innungskrankenkasse zu vereinigen. Dies gilt nicht für solche Innungskrankenkassen, deren Mitgliederbestand nicht nur vorübergehend mehr als eintausendfünfhundert beträgt, es sei denn, daß die Innungskrankenkassen für die gleichen Gewerbebezüge errichtet sind. Der Reichsarbeitsminister kann bestimmen, daß auch solche Innungskrankenkassen miteinander zu vereinigen sind, die in den Bezirken verschiedener unmittelbar benachbarter Versicherungsämter ihren Sitz haben.

§ 2. Ueber die Vereinigung beschließt der Vorsitzende des Oberversicherungsamts, in dessen Bezirk die Kassen ihren Sitz haben, endgültig. Liegen die Sitze der beteiligten Kassen in Bezirken verschiedener Oberversicherungsämter, so bestimmt der Reichsarbeitsminister das zuständige Oberversicherungsamt.

§ 3. (1) Der Vorsitzende des Oberversicherungsamts leitet das Verfahren von Amts wegen ein. Er gibt den Kassen, der zuständigen Handwerkskammer sowie dem Reichsverband der Innungskrankenkassen Gelegenheit, sich über die Vereinigung zu äußern.

(2) In dem Beschluß über die Vereinigung ist der Tag festzusetzen, mit dem sie in Kraft tritt. Die Vorschrift des § 284 Abs. 1 Satz 2 Halbsatz 1 der Reichsversicherungsordnung findet keine Anwendung.

(3) Für die Auseinandersetzung gilt Artikel 2 § 3 Abs. 1.

Artikel 4.

Der Reichsarbeitsminister kann zur Durchführung dieser Verordnung Verwaltungsvorschriften erlassen.

Berlin, den 13. März 1935.

Der Reichsarbeitsminister.

In Vertretung:

Dr. Krohn.

Der Reichsminister des Innern.

In Vertretung:

Pfundtner.

Verschiedenes

19,8 Millionen Krankenversicherte.

Am Ende des Monats Januar 1935 wurden bei 6 230 berichtenden reichsgesetzlichen Krankenkassen und 45 Ersatzkassen mit 1 678 Zweigstellen rund 19 838 000 Mitglieder gezählt. Das bedeutet gegenüber dem Stand von Anfang Januar eine Zunahme 83,4 v. H. der Mitglieder gegen rund 16 530 000 oder 83,3 v. H. am Monatschluß.

Die Zahl der gegen Krankheit pflichtversicherten Mitglieder betrug am Anfang des Monats rund 16 510 000 oder von rund 45 000.

Verschaffung von Abtreibungsmitteln.

Aus den amtlichen Entscheidungsgründen des Reichsgerichts.

Der § 218 Abs. 4 Satz 2 StGB. betrifft das gewerbsmäßige Verschaffen von Mitteln oder Werkzeugen zur Abtreibung der Frucht an eine Schwangere. Aus der amtlichen Urteilsbegründung des Reichsgerichts in 1 D 1436/34, in der über eine frühere Entscheidung in einem ähnlich liegenden Fall ganz wesentlich hinausgegangen wird, interessiert folgendes: „Verschafft“ ist ein Abtreibungsmittel oder -werkzeug der Schwangeren jedenfalls dann, wenn es ihr so zugänglich gemacht worden ist, daß sie die Verfügungsgewalt darüber erlangt und damit die Möglichkeit erhalten hat, die Abtreibung vorzunehmen. Das kann dadurch geschehen, daß ihr der Täter oder eine Zwischenperson das Werkzeug unmittelbar aushändigt; es genügt zur Vollendung des Verbrechens aber auch schon, wenn eine Mittelsperson das Werkzeug mit dem Willen der Schwangeren für sie zum Zweck der Abtreibung vom Täter erwirbt, um es ihr auszuhändigen oder darüber nach ihren Weisungen zu verfügen, und der gewerbsmäßig handelnde Verkäufer weiß oder mit der Möglichkeit rechnet und damit einverstanden ist, daß das Mittel ihrem Willen entsprechend in ihre Verfügungsgewalt gelangt.

Daß die Schwangere selbst die Anregung zum Erwerb gegeben haben müßte, wird zwar im Schrifttum vielfach als Voraussetzung für die Vollendung bezeichnet und auch die Revision macht sich diese Rechtsauffassung zu eigen. Weder Wortlaut noch Zweck des Gesetzes rechtfertigen aber eine solche Einschränkung. Es ist kein zwingender, gesetzgeberischer Grund erkennbar, warum jemand, der einer ihm als schwanger bekannt gewordenen Frauensperson von sich aus ein Werkzeug zur Abtreibung ihrer Frucht zugänglich macht und dadurch vielleicht erst den Entschluß, abzutreiben, bei ihr hervorruft, nicht oder doch leichter (nämlich nur wegen Versuchs) bestraft werden sollte,

Deutsche Aerzte

unterstützt den

Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten

durch Ermittlung der Ansteckungsquellen!

Ist die angegebene Person zur Untersuchung nicht zu bewegen, dann sorgt für Anzeige an die Gesundheitsbehörde oder Beratungsstelle.

als jemand, der hierzu erst durch eine Anregung der bereits zur Abtreibung Entschlossenen sich hat bestimmen lassen. Das gilt in gleicher Weise, mag das Verbrechen durch Aushändigung des Werkzeugs an die Schwangere selbst oder durch Ausfolgung an eine Mittelsperson unter den oben dargelegten Umständen zur Vollendung kommen.

Immer ist erforderlich, daß die Frau wirklich schwanger und das Mittel zur Abtreibung geeignet war; nicht dagegen, daß mit ihm eine Abtreibung versucht oder ausgeführt worden ist.

Hat die Mittelsperson ohne das Einverständnis der Schwangeren gehandelt, so braucht der Täter, um der versuchten Verschaffung schuldig zu sein, nicht angenommen zu haben, daß die Schwangere zur Abtreibung entschlossen sei, sich darüber überhaupt keine Gedanken gemacht zu haben; es genügt, wenn er dem Mittelsmann das Werkzeug zum Zwecke der Abtreibung in der Erwartung übergeben hat, dieser werde es der Schwangeren aushändigen und die Abtreibung alsdann vorgenommen werden (1 D 1436/34 — 15. Januar 1935).

(Süddeutsche Apothekerzeitung Nr. 28/35.)

Argentinien.

Für Apotheker, Aerzte, Zahnärzte und Juristen besteht in Argentinien praktisch keine Möglichkeit zur Berufsausübung. Voraussetzung der Berufsausübung ist die Ablegung eines Revaliditätsexamens, das mit Rücksicht auf die sehr starke Ueberfüllung der genannten Berufe in Argentinien bereits in den letzten Jahren außerordentlich scharf gehandhabt wurde. Nur in wenigen Fällen ist es ausländischen Aerzten nach Ueberwindung großer Schwierigkeiten gelungen, die Revalidierung zu erlangen. In jüngster Zeit hat sich der Zustand noch verschärft, so daß die Ablegung des Examens als unmöglich bezeichnet werden muß.

Memelgebiet.

Die Ausübung der medizinischen, odontologischen und pharmazeutischen Praxis im Memelgebiet bedarf einer Genehmigung, die vom Minister des Innern erteilt wird. Die Genehmigung zur Ausübung der medizinischen oder pharmazeutischen Praxis wird erteilt an litauische Staatsangehörige, die den Anforderungen hinsichtlich Hochschulbildung genügen und das praktische Jahr absolviert haben; die Genehmigung zur Ausübung der odontologischen Praxis wird erteilt an litauische Staatsangehörige, die den Anforderungen hinsichtlich der Hochschulbildung entsprechen. Ausländern, die den gleichen Anforderungen entsprechen oder die im Auslande das Recht zur Ausübung einer Praxis besitzen, kann die Ausübung der medizinischen, odontologischen oder pharmazeutischen Praxis in Ausnahmefällen auf Beschluß durch das Ministerkabinett gestattet werden. Die vor Veröffentlichung dieses Gesetzes bereits erteilten Genehmigungen behalten ihre Gültigkeit.

Tanganjikagebiet (Deutsch-Ostafrika).

Im Jahre 1933 (Stand vom 31. Dezember 1933) waren im Tanganjikagebiet insgesamt 10 Zahnärzte tätig (von diesen sind 2 zugleich Aerzte); davon waren 7 Briten, 1 Britisch-Indier, 1 Deutscher, 1 Japaner. Neu zugelassen wurde im Jahre 1933 1 deutscher Zahnarzt.

Bücherschau

Leitfaden der Massage und Wasser-, Licht-, Luftbehandlung. Für den Unterricht an Fachschulen sowie für Badepersonal, ärztliche Gehilfen und gebildete Laien bearbeitet und herausgegeben von Dr. med. Wilhelm Rohrbach, leitender Arzt der staatlich anerkannten Massagechule zu Kassel-Wilhelmshöhe. Im Buchhandel durch Krüger u. Co., Leipzig C 1. Beide Teile zusammen RM. 5.—.

In dieser Neuaufgabe werden die in dem fast dreißigjährigen Bestehen der Schule gesammelten Erfahrungen über Technik und Anwendung der Massage niedergelegt. Als Grundlage dient nach wie vor die Methode nach Mezger-Zabludowski. Aerzte und gebildete Laien sollen die Möglichkeit haben, sich über die Massage und das Massagepersonal ein Urteil zu bilden. Das Büchlein ist sehr zu empfehlen. S.

Zum Aufbau einer Biologischen Medizin. 1. Teil: Biologisches Denken — Homöopathie. Eine Vortragsreihe, gehalten in der Berliner Akademie für ärztliche Fortbildung von Prof. Karl Kötschau (Jena). Hippokrates-Verlag G. m. b. H., Stuttgart-Leipzig. Preis karton. RM. 6.25, Ganzleinen RM. 7.50.

Die Biologische Medizin gibt dem Arzt sicherlich einen großen Heilschatz in die Hand. Das Verständnis der biologischen Heilweisen ist nicht so leicht zu erringen. Diese Schrift zeigt, daß „Biologisches Denken“ eine Wissenschaftsmethode für sich ist, die auf Exaktheit und Wissenschaftlichkeit denselben Wert legt, wie die exakt naturwissenschaftliche Forschungsmethode. Es sei zu bedenken, daß der Heilberuf keine absolute Wissenschaft ist, sondern praktische Arbeit am Volkswohl. Damit ist die Volksgesundheit ein Problem von größter staatlicher Bedeutung. Der Staat kann deshalb die Medizin nicht unbeeinflusst lassen. Rationalsozialistisch denken heißt aber biologisch denken. Kötschau will die wissenschaftliche Verbindung der biologischen Heilauflassung mit der Schulmedizin herstellen. In diesem Sinne ist es für den Arzt, ob Kliniker oder Praktiker, von Wert, das Buch kennenzulernen. S.

Aerzteverzeichnis 1935. Mitte Mai erscheint das neue Aerzteverzeichnis (Reichsmedizinalkalender Teil II). Das Verzeichnis ist diesmal besonders sorgfältig bearbeitet, da amtliche Dienststellen und das Reichsarztregister mitgewirkt haben. Der Kalender enthält nicht nur die Anschriften aller deutschen Aerzte, sondern auch ein Verzeichnis der Bezirksstellen der Kassennärrlichen Vereinigung Deutschlands, die Anschriften der Arztregister, der Ärztekammern, der Amtsstellen des NS.-Deutschen Aerztebundes, der medizinischen Fakultäten, des Amtes für Volksgesundheit, der neuerrichteten staatlichen Gesundheitsämter, Anschriften sämtlicher deutschen Krankenanstalten, der Erbgesundheitsgerichte und der anerkannten Sportärzte.

Das Verzeichnis hat einen Umfang von über 750 Textseiten. Der Preis beträgt RM. 24.—. Bestellungen, die vor dem 15. Mai erfolgen, werden zu einem Subskriptionspreis von RM. 19.50 ausgeführt. Bestellungen sind zu richten an den Verlag der Deutschen Ärzteschaft, Abtlg. Buchhandlung, Berlin SW 19, Lindenstr. 44/47.

Schriftleitung: Dr. Philipp Oechsner, Haar — Anzeigen: Ernst Scharfänger, München-Nymphenburg. DA-5600 (I. VI. 35.) PL 3.

Anfragen und Zuschriften, die Schriftleitung betreffend, erbeten an Dr. Ph. Oechsner, Haar b. München, Telefon 475 224.

Redaktionschluss Mittwoch abend der Woche vor Erscheinen.

Bellagenhlnwels.

Der Gesamtauflage dieser Ausgabe liegen 2 Prospekte bei und zwar:

1. »Calcibiose« der Firma Goda-A.-G., Breslau 23.
2. »Helmlnal« der Firma E. Merck, Chem. Fabrik, Darmstadt.

Ausserdem liegt der Münchener Auflage ein Prospekt der Firma Chabesofabrik J. Bosl, München, Amalienstrasse 43, bei.

Atmungs-

Organe. Bei allen katarrhalischen Erkrankungen ist das Mittel der Wahl

Guaisil-

Sirup

Wissenschaftlich gut fundiert. Bemerkensw. Appetitsteigerung. **Besonders wirtschaftlich.** Muster und Literatur auf Wunsch. **Münchener Pharm. Fabrik** München 25.

Ärzteblatt für Bayern

vormals Bayerische Ärztezeitung (Bayerisches Arztliches Correspondenzblatt)

Herausgegeben von der Kassenärztlichen Vereinigung Deutschlands, Landesstelle Bayern, Mitteilungsblatt der Bayerischen Landesärztekammer und des Bayerischen Ärzteverbandes

Geschäftsstelle: München, Karlsstr. 21/III. Fernspr.: 57678. Bayerischer Ärzteverband: Postcheckkonto Nürnberg 15376; Staatsbank München DD 125991

Bayerische Landesärztekammer: Postcheckkonto München 5252; Staatsbank München DD 125989

Schriftleiter: Dr. Philipp Dechsner, Haar, Fernsprecher: 475224

Verlag der Ärztlichen Rundschau Otto Smelin, München 2 SW, Bavariaring 10. / Fernsprecher: 596483 / Postcheckkonto: 1161 München

Beauftragte Anzeigenverwaltung: Walbeil & Co. Anzeigen-Gesellschaft München-Berlin. Anschrift: München 23, Leopoldstraße 4, Fernsprecher 35653, 34872.

Nummer 21

München, den 25. Mai 1935

2. Jahrgang

Inhalt: Anordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Deutschlands über die Standes- und Facharztordnung. — Bekanntmachung des Deutschen Ärztevereinsbundes. — Die Tätigkeit des Bayer. Landesgewerbearztes in den Jahren 1933 und 1934. — Stimmen aus Böhmen. — Und die Anehe-lichen . . . — Verschiedenes: Die Tauglichkeit zum Heeresdienst. — Vereinbarungen mit den Kassenspitzenverbänden. — Schweiz. — Finnland. — Frankreich. — Rumänien. — Rußland. — Ungarn. — Amerika. — Asien. — Personalia. — Sitzungen. — Bekanntmachungen. — Böhmerschau.

Dienstverkehr mit der Geschäftsstelle der KVD., Landesstelle Bayern und der Bayerischen Landesärztekammer.

Ab Montag, den 20. Mai 1935 wird die durchgehende Arbeitszeit eingeführt. (Dienst-
stunden: 7.45 Uhr bis 16.15 Uhr).

Auch bei dieser Gelegenheit muß wiederum auf die nachstehenden Anordnungen hingewiesen werden:

Zuschriften: sollten auf wirklich wichtige Dinge beschränkt werden.

Persönliche Anschrift: ist unzumutbar und bedeutet stets Verzögerung, daher nur:

Landesstelle Bayern
der Kassenärztlichen Vereinigung Deutschlands
(oder: Bayerische Landesärztekammer)

München 2NW
Karlsstraße 21/III

Instanzenweg: ist unbedingt einzuhalten.
(1. Instanz in kassenärztlichen Fragen ist der Amtsleiter der zuständigen Bezirksstelle.)

Telefonische Anfragen: nur zwischen 10 bis 11 Uhr und 15 bis 16 Uhr.

Besprechungstermine: müssen vereinbart werden. Einseitige Ankündigung genügt nicht und bietet häufig keine Gewähr für wunschgemäße Berücksichtigung.

Dr. Sperling

Amtsleiter der Landesstelle Bayern der KVD.
und Leiter der Landesärztekammer.

„Wer sich die richtige Kenntnis der ärztlichen Kunst sicher aneignen will, muß folgendes besitzen: Natürliche Anlage, Schulung von Kindheit an, Arbeitslust und Zeit. Zu allererst also muß er die natürliche Anlage haben, denn wenn die Natur widerstrebt, so ist alles eitel; wenn aber die Natur den Weg zum Besten zeigt, da läßt sich die Kunst erlernen.“

Hippokrates.

Anordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Deutschlands über die Standes- und Sacharztordnung.

Zur Durchführung der Aufgaben auf dem Gebiete der Standes- und Sacharztordnung bediente sich die KVD. bislang der hierfür zuständigen Organe der ärztlichen Standesvereine bzw. Aerztekammern. Deren Entscheidungen wurden seitens der KVD. anerkannt und übernommen. Da jedoch die ärztlichen Standesvereine teils aufgelöst oder in ihren Organen nicht mehr ausreichend besetzt sind, teils bereits die Amtsleiter der KVD. nach Durchführung der vom Reichsarztesführer angeordneten Satzungsänderung die Vereine nach dem Führerprinzip selbst leiten, wird die KVD. die Durchführung der Aufgaben der Standes- und Sacharztordnung selbst übernehmen. Auf Grund des § 2 der Satzung, nach welchem die KVD. die Beziehungen der Aerzte untereinander zu regeln hat, und im Hinblick auf das Zulassungsrecht treffe ich daher nachstehende Anordnungen:

Ich schicke voraus, daß die bekannten Beschlüsse des Ausschusses der preußischen Aerztekammern, denen auch die meisten übrigen deutschen Aerztekammern zugestimmt haben und die in Übereinstimmung mit der Leitung der KVD. gefaßt wurden, inhaltlich weitgehend mit meinen Anordnungen übereinstimmen. Die KVD. will grundsätzlich keine neuen Bestimmungen auf dem Gebiete der Standes- und Sacharztordnung für die Aerzteschaft treffen, sondern die bislang von der Aerzteschaft selbst beschlossene Regelung dieser Fragen einheitlich zusammenzufassen und nur die notwendigen Abänderungen und Ergänzungen vornehmen. Eine endgültige Entscheidung über diese Fragen wird später die Reichsarztekammer treffen.

Im einzelnen ordne ich mit bindender Wirkung für das gesamte Gebiet der KVD. und die Zulassungsinstanzen folgendes an:

Die Standesordnung für die Deutschen Aerzte vom 5. September 1926*), die Richtlinien für Anzeigen und Schilder*) (Beschluß des Aerztes-tages 1928) und der Beschluß des Geschäftsausschusses des Deutschen Aerztevereinsbundes vom 25. Oktober 1925 über das Verfahren bei der Schwangerschaftsunterbrechung*) gelten für die KVD. mit der Maßgabe, daß an die Stelle der in diesen Bestimmungen genannten Standesvertretungen die Amtsleiter der Bezirksstellen, als Berufungsinstanzen die Amtsleiter der Landes- bzw. Provinzstellen der KVD. treten. Das Sacharztwesen wird durch die Sacharztordnung besonders geregelt.

Standesordnung.

Für die Anwendung der Bestimmungen der Standesordnung gilt insbesondere folgendes:

Zu § 2.

1. Die Genehmigung zur Abhaltung von Sprechstunden und regelmäßiger Besuchstätigkeit am

Niederlassungsorte anderer Aerzte sowie die Genehmigung regelmäßiger Sprechstunden an einem Orte ohne Arzt oder an zwei verschiedenen Stellen des eigenen Wohnortes ist in der Regel zu versagen.

2. Kassenärzte, die kassenärztliche Sprechstellen in Kliniken oder Krankenhäusern unterhalten, haben diese bis spätestens 1. Juli d. J. aufzugeben. Inhaber einer Dienstwohnung, die ihre kassenärztliche Sprechstelle getrennt vom übrigen Krankenhausbetrieb in ihrer Dienstwohnung eingerichtet haben, werden hiervon nicht betroffen.

3. In einem Haus, in dem bereits ein Allgemeinarzt Praxis ausübt, soll ein anderer Allgemeinarzt keine Praxis gründen. Das gleiche gilt für Sachärzte gleicher oder sich überschneidender Sonderfächer. Ausnahmen sind in besonderen Fällen (z. B. bei Eheleuten) zulässig und bedürfen der vorherigen Genehmigung der Amtsleiter der Bezirksstellen. Diese Bestimmung hat keine rückwirkende Kraft.

4. Saisonmäßiger Wechsel des Praxisortes ist verboten. Ausnahmen bedürfen der Genehmigung der für beide Praxisorte zuständigen Amtsleiter der Bezirksstellen.

Zu § 6.

Kauf und Verkauf der ärztlichen Praxis sind verboten. Für übernommene Gegenstände (Arzt haus oder Arztwohnung, Instrumente usw.) kann eine Entschädigung vereinbart werden, deren Höhe unter treuhänderischer Mitwirkung des zuständigen Amtsleiters festgesetzt werden soll.

Zu § 15 c.

Die Genehmigung zur Errichtung einer Gemeinschaftspraxis ist künftig grundsätzlich nicht mehr zu erteilen. Soweit therapeutische Institute bisher von Kassenärzten als Gemeinschaftspraxis betrieben werden, ist den Inhabern durch den Amtsleiter der Bezirksstelle aufzugeben, den Gemeinschaftsbetrieb nach einer angemessenen Uebergangszeit (spätestens binnen 5 Jahren) aufzulösen.

Die gemeinsame Benützung größerer diagnostischer Apparaturen (Röntgen) wird hierdurch nicht betroffen.

Kassenärzte, die eine Gemeinschaftspraxis irgendwelcher Art betreiben, müssen spätestens ab 1. Juli 1935

- a) jeder für sich zeichnen und Schilder und Ankündigungen getrennt halten,
- b) jeder für seine Fälle die Abrechnung gesondert einreichen,
- c) jeder seine Patienten allein behandeln und
- d) die Sprechzimmer getrennt halten.

Gegenseitige Vertretung von Kassenärzten, die eine Gemeinschaftspraxis betreiben, ist nur während eines Urlaubs oder einer Krankheit und unbeschadet der sonstigen über die Vertretungen geltenden Bestimmungen gestattet.

Kassenärzte, welche diese Bedingungen erfüllen, sind bei der Honorarverteilung jeder für sich wie alleinpraktizierende Kassenärzte zu behandeln.

Richtlinien für Anzeigen und Schilder.

Die Richtlinien für Anzeigen und Schilder und die Bestimmungen der Standesordnung über öffentliche Bekanntmachungen (§ 18) sind streng imeszuhalten. Hierbei gilt folgendes:

1. Die bisher mancherorts vorhandene Bezeichnung „Prakt. Arzt, Wundarzt und Geburtshelfer“ ist bis 1. Juli d. J. durch die Bezeichnung „Praktischer Arzt“ zu ersetzen.

2. Die Bezeichnung „Praktischer homöopathischer Arzt“ darf nur von solchen Aerzten geführt werden, die eine ausreichende Ausbildung auf diesem Gebiete nachweisen können und sich auf die homöopathische Verschreibweise — von besonderen Ausnahmefällen abgesehen — beschränken.

*) Der Wortlaut dieser Bestimmungen in ihrer bisherigen Form wird anschließend noch einmal zum Abdruck gebracht.

3. Andere Sanderbezeichnungen wie „Biologischer Arzt“, „Naturarzt“ usw. sind bis zur endgültigen Regelung dieser Frage nicht gestattet.

4. Die Angabe einer Krankenhaustätigkeit auf den Praxischildern ist nicht gestattet.

Sacharztordnung.

In Anlehnung an die bisherigen Sacharztbestimmungen gilt für die KVD. folgende Sacharztordnung:

I. Sacharztbezeichnungen.

1. Für folgende Sacher sind Sacharztbezeichnungen zugelassen:

1. Chirurgie,
2. Frauenkrankheiten und Geburtshilfe,
3. Orthopädie,
4. Augenkrankheiten,
5. Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten,
6. Haut- und Geschlechtskrankheiten,
7. Erkrankungen der Harnorgane (Urologie),
8. Nerven- und Geisteskrankheiten,
9. Röntgen- und Lichtheilkunde,
10. Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten (hierzu auch Approbation als Zahnarzt erforderlich),
11. Innere Medizin,
12. Magen-, Darm- und Stoffwechselkrankheiten,
13. Lungenkrankheiten (Erkrankungen der Luftwege),
14. Kinderkrankheiten.

2. Sacharztbezeichnungen, die andere Sacher oder mehrere der genannten Sacher betreffen, dürfen nicht geführt werden. Dagegen steht dem Sacharzt die Wahl zwischen Bezeichnungen gleicher Bedeutung frei, z. B. „Frauenarzt“ oder „Sacharzt für Gynäkologie“ statt „Sacharzt für Frauenkrankheiten und Geburtshilfe“.

3. Die Verbindung einer sachärztlichen mit einer allgemein-ärztlichen Bezeichnung ist unzulässig. Die Bezeichnungen „Badearzt“ und „Prakt. homöopath. Arzt“ sind allgemein-ärztliche und dürfen daher nicht zusammen mit einem Sacharztitel geführt werden.

II. Ausbildung zum Sacharzt.

1. Die Ausbildungszeit beträgt bei den Sachern der Chirurgie, Frauenkrankheiten und Geburtshilfe, Erkrankungen der Harnorgane, Inneren Medizin, Magen-, Darm- und Stoffwechselkrankheiten, Lungenkrankheiten und Kinderkrankheiten 4 Jahre, bei den übrigen 3 Jahre.

2. Sachärzte für Magen-, Darm- und Stoffwechselkrankheiten und Sachärzte für Lungenkrankheiten müssen im Rahmen der Ausbildung 2 Jahre allgemein-internistisch, Sachärzte für Kinderkrankheiten 1 Jahr internistisch tätig gewesen sein. Sachärzte für Urologie müssen eine dreijährige klinische Tätigkeit nachweisen können, bei welcher die Möglichkeit zur Ausbildung in allgemeiner und uralagischer Chirurgie gegeben war; außerdem muß eine einjährige Ausbildung in einer uralagischen Poliklinik erfolgt sein, an deren Stelle die Tätigkeit bei einem Sacharzt für Urologie treten kann; die nachgewiesene Betätigung in einem anderen klinischen oder theoretischen Sacher soll bis zu 6 Monaten angerechnet werden.

3. Unbeschadet der Bestimmungen des Abs. 2 kann Tätigkeit auf Gebieten der Heilkunde, die für das gewählte Sonderfach wichtig sind, bis zu einem Jahre angerechnet werden.

4. Die Ausbildung soll an reichsdeutschen, ausnahmsweise an auslandsdeutschen Universitätskliniken oder größeren Krankenhäusern bzw. deren Abteilungen erfolgen. Bedingung ist, daß die Ausbildung von anerkannten Sachärzten geleitet wird

und daß die Krankenanstalt alle Einrichtungen wissenschaftlicher Art besitzt, die für eine gründliche und umfassende Ausbildung in dem betreffenden Sonderfach erforderlich sind. Die Ausbildung muß sich auf alle Gebiete des Sonderfaches erstrecken und darf daher nicht nur auf Spezialstationen stattfinden. Werden in einem Krankenhaus oder in einer Krankenhausabteilung auch Fälle behandelt, die zu einem anderen Sonderfach gehören, so ist die Ausbildungszeit nur anteilig anzurechnen, jedoch höchstens bis zur Hälfte der vorgeschriebenen Ausbildungszeit.

5. Ausbildung in Polikliniken und Sprechstellen anerkannter Sachärzte darf nur zur Hälfte und höchstens bis zu einem Jahre angerechnet werden. Tätigkeit in Gesundheitsämtern, Fürsorgestellen und an Heimen ist nicht anrechnungsfähig.

6. Die Ausbildung soll in der Regel in Assistentenstellen erfolgen. Die Ausbildung in fagenannten Volontär- oder Hilfsarztstellen ist anzurechnen, wenn der Nachweis geführt wird, daß der Volontär seine Tätigkeit in gleichverantwortlicher Stellung wie ein Assistent ausgeübt hat.

7. Ausbildungszeit, in der eigene Praxis ausgeübt wird, ist nicht anrechnungsfähig.

8. Weicht die Ausbildung von diesen Bestimmungen ab, so kann die Anerkennung als Sacharzt nur in besonders begründeten Ausnahmefällen erteilt werden.

III. Anerkennung der Sachärzte.

1. Die Anerkennung als Sacharzt geschieht durch den Amtsleiter der Landes- bzw. Provinzstelle der KVD., in deren Bezirk der Antragsteller ärztlich tätig ist. Wird die Anerkennung vorerst nur zum Zwecke der Vertretung oder dergleichen nachgesucht, so ist nur eine vorläufige Anerkennung auszusprechen. Dem Antrag sind die Ausbildungszeugnisse beizufügen.

2. Der Amtsleiter entscheidet nach Anhören eines von ihm zu berufenden Ausschusses.

3. Gegen die Entscheidung des Amtsleiters kann der Antragsteller binnen zwei Wochen bei dem Reichsführer der KVD., der endgültig entscheidet, Berufung einlegen.

4. Dem Reichsführer der KVD. bleibt vorbehalten, in besonders begründeten Fällen Sacharztanerkennungen aufzuheben.

5. Die Anerkennung als Sacharzt gilt für das ganze Reichsgebiet und bleibt auch bei Wechsel des Wohnsitzes bestehen.

6. Die Amtsleiter der Landes- bzw. Provinzstellen der KVD. und als Berufungsinstanz der Reichsführer der KVD. entscheiden auch über Bestehen oder Nichtbestehen einer Sacharzteigenschaft.

7. Die auf Grund dieses Verfahrens erfolgten Anerkennungen und Aberkennungen sind für die Zulassungsinstanzen bindend.

IV. Rechte und Pflichten der Sachärzte.

1. Sachärzte haben bei ihrer Tätigkeit die Standesordnung für die Deutschen Aerzte, insbesondere deren §§ 8—11 und 14—16, zu beachten.

2. Sachärzte müssen über die notwendigen besonderen Einrichtungen zur Ausübung ihrer sachärztlichen Tätigkeit verfügen.

3. Sachärzte müssen sich im wesentlichen auf das gewählte Sonderfach beschränken.

4. Sachärzte, die Leiter von Universitätskliniken oder größeren Krankenhäusern bzw. deren Abteilungen sind, müssen sich in der Regel auf Sprechstunden- und konsultative Tätigkeit beschränken.

5. Die übrigen Sachärzte dürfen unter genauer Beachtung des § 11 der Standesordnung auch Hausbesuche machen. Die Sachärzte haben sich jedoch rechtzeitig zu vergewissern, ob der

Kranke oder seine Familie einen Hausarzt, d. h. einen gewöhnlich die Familie behandelnden praktischen Arzt besetzt. In diesem Falle hat der Sacharzt auf einem gemeinschaftlichen Besuch zu bestehen und sich über die weitere Behandlung mit dem Hausarzt zu verständigen.

6. Die Besuchspraxis von Sachärzten darf sich keinesfalls zu einer hausärztlichen Tätigkeit entwickeln, insbesondere dürfen neben dem sachärztlich zu behandelnden Fall nicht Familienmitglieder anderweitig beraten oder behandelt werden. Die Familie darf ihrem Hausarzt nicht entfremdet werden. Kinderärzte dürfen Personen nur bis zur Vollendung des 13. Lebensjahres behandeln.

7. Sachärzte sollen in der Privatpraxis im allgemeinen höhere Honorare verlangen, als sie bei Allgemeinärzten üblich sind.

8. Sachärzte sollen nur durch Sachärzte des gleichen Sonderfaches vertreten werden.

9. Ueberweisungen von praktischen Aerzten an andere praktische Aerzte sind nur zulässig, wenn Sachärzte für den betreffenden Fall nicht zur Verfügung stehen*).

V. Schlußbestimmung.

1. Diese Sacharztordnung tritt sofort in Kraft.

2. Sacharztbezeichnungen, die den Bestimmungen des Abschnittes I der Sacharztordnung nicht entsprechen, sind bis zum 1. Juli d. J. abzulegen oder entsprechend zu ändern. Dies gilt auch für alle Träger einer Doppelbezeichnung mit der Maßgabe, daß diese Sachärzte auf dem bisherigen Gesamtgebiete tätig bleiben dürfen, wenn der Amtsleiter der Landes- bzw. Provinzstelle der KVD. unter Berücksichtigung der örtlichen und persönlichen Verhältnisse dies genehmigt. Diese Genehmigung soll insbesondere dann erteilt werden, wenn Sachärzte für das in der Bezeichnung aufgebene Teilgebiet im Praxisbereich nicht vorhanden sind.

Durchführungsanweisung.

Bei der Bestellung der Beratungsärzte für das Verfahren bei der Schwangerschaftsunterbrechung sowie bei der Errichtung der Ausschüsse für die Sacharztanerkennung sind möglichst solche Aerzte auszuwählen, die in Landesvereinen oder Aerztekammern auf diesen Gebieten bereits tätig waren.

Berlin, den 6. Mai 1935.

Kassenärztliche Vereinigung Deutschlands.

Der Reichsführer.

J. V.: Dr. Grote.

Bekanntmachung des Deutschen Aerztevereinsbundes.

Im Einverständnis mit der KVD. ersuche ich die Bundesvereine, die ihnen bisher anvertrauten Aufgaben auf dem Gebiete der Landes- und Sacharztordnung nicht mehr wahrzunehmen, sondern — vorbehaltlich einer endgültigen Regelung durch die Reichsärztekammer — den Dienststellen der KVD. zu übertragen bzw. zu überlassen. Demnach sind auch diejenigen Aerzte, welche der KVD. nicht angehören, in Fragen der Landes- und Sacharztordnung an die zuständigen Amtsleiter der KVD. zu verweisen und gleichzeitig zu verpflichten, ihren Anweisungen

Solge zu leisten. Das gleiche gilt für Mitglieder der KVD., soweit es sich um den Bereich der Privatpraxis handelt.

Berlin, den 6. Mai 1935.

Deutscher Aerztevereinsbund.

Der Vorsitzende.

J. V.: Dr. Bartels.

Im folgenden wird der Wortlaut der Standesordnung, der Richtlinien für Anzeigen und Schilder und des Beschlusses über das Verfahren bei der Schwangerschaftsunterbrechung in der bisherigen Form zum Abdruck gebracht. Gemäß der vorstehenden Anordnung des Reichsführers der KVD. treten an die Stelle der in diesen Bestimmungen genannten Standesvertretungen die Amtsleiter der Bezirksstellen, als Berufungsinstanzen die Amtsleiter der Landes- bzw. Provinzstellen der KVD. Die Sacharztbestimmungen werden durch die Sacharztordnung ersetzt.

Standesordnung für die deutschen Aerzte.

A. Allgemeines.

§ 1.

a) Der Beruf des deutschen Arztes ist Gesundheitsdienst am deutschen Volke.

Der deutsche Arzt übt seinen Beruf nicht lediglich zum Zwecke des Erwerbes aus, sondern unter dem höheren Gesichtspunkte der Fürsorge für die Gesundheit des einzelnen wie für die Wohlfahrt der Allgemeinheit. Die Standesordnung soll dem deutschen Volke einen Aerztestand erhalten, der sich dieser Aufgaben bewußt ist.

b) Jeder Arzt ist verpflichtet, seinen Beruf gewissenhaft auszuüben und durch sein Verhalten innerhalb wie außerhalb seines Berufes die Ehre und das Ansehen des Standes zu wahren.

c) Der Arzt soll sich über seine Kranken nur mit größter Zurückhaltung äußern und auch gegen die eigenen Familienangehörigen stets seiner Pflicht zur Verschwiegenheit eingedenk sein.

d) Die Standesordnung verbietet ihm nicht, wissenschaftliche, politische oder religiöse Ansichten zu äußern und zu vertreten, wenn es in einwandfreier Form geschieht.

e) Der Arzt soll es als seine Pflicht betrachten, sich den berufenen Vereinigungen und Einrichtungen anzuschließen und unterzuordnen, die dem Ansehen und dem Wohle seines Standes dienen.

f) Jeder Arzt hat, seiner Verantwortlichkeit bewußt, die öffentliche Gesundheitspflege in jeder Weise zu fördern. Um Volksseuchen zu bekämpfen und zu verhüten, soll er auch über die gesetzliche Meldepflicht hinaus alles tun, was in seinen Kräften steht, und allen Bestrebungen entgegenzutreten, die geeignet sind, die Volkszahl und Volkskraft herabzusetzen.

g) Es ist Pflicht des Arztes, das keimende Leben zu erhalten, soweit dem nicht lebensgefährliche Zustände der Mutter entgegenstehen. Ohne zwingende Gründe darf er niemals die Fortpflanzungsfähigkeit vernichten.

h) Um die Bekämpfung der Kurpfuscherei und des Geheimmittelwesens muß sich jeder Arzt bemühen; sie zu unterstützen, ist verboten.

Art des ärztlichen Berufes

Berufsausübung

Schweigepflicht

Außerberufliche Betätigung

Beitritt zu den ärztlichen Vereinigungen

Förderung der öffentlichen Gesundheitspflege

Schwangerschaftsunterbrechung und Unfruchtbarmachung

Kurpfuscherei

* Unberührt hiervon bleibt die Bestimmung des § 12 der Vertragsordnung, auf Grund deren Ueberweisungen erfolgen dürfen, wenn die Wohnung des Kranken außerhalb des Tätigkeitsbereiches des Arztes liegt.

Verordnung von Geheimmitteln
Geheimmittel darf kein deutscher Arzt verordnen.

B. Aerztliche Praxis.

§ 2.

Abhaltung von Sprechstunden

Abhaltung von Sprechstunden und regelmäßige Besuchstätigkeit am Niederlassungsort anderer Aerzte ist verboten, wo nicht besondere Verhältnisse vorliegen. Ob das der Fall ist, entscheidet die zuständige Landesvertretung.

Regelmäßige Sprechstunden an einem Orte ohne Arzt oder Sprechstunden an zwei verschiedenen Stellen des eigenen Wohnortes sind nur mit Zustimmung der zuständigen Landesvertretung zulässig.

§ 3.

Fernbehandlung

Verboten ist, Kranke nur brieflich oder sonstwie aus der Ferne zu behandeln.

§ 4.

Ausstellung von Gutachten und Zeugnissen

Bei Ausstellung ärztlicher Gutachten und Zeugnisse jeder Art soll der Arzt in der Regel den Zweck des Schriftstückes angeben. Er soll dabei mit der größten Sorgfalt verfahren und nach gewissenhafter Untersuchung nur die Wahrheit und seine ärztliche Ueberzeugung aussprechen.

Gefälligkeitszeugnisse sind verboten.

Anstatt dessen sind ärztliche Zeugnisse über die Wirksamkeit von Geheimmitteln, über Heilmittel, Nahrungs- und Genußmittel, oder Berichte darüber in nichtärztlichen Zeitschriften, Zeitungen oder anderen Druckschriften zum Zwecke geschäftlicher Ausbeutung.

§ 5.

Prozess im Umherziehen

Die Ausübung des ärztlichen Berufes im Umherziehen ist untersagt. Regelmäßige Fahrten, um Bestellungen ärztlicher Hilfe entgegenzunehmen, sind nur unter besonderen Verhältnissen mit Zustimmung der Landesvertretung gestattet, ebenso der gewerbsmäßige Vertrieb von Apparaten, Bruchbändern, Brillen und anderen kleinen Heilmitteln neben der ärztlichen Tätigkeit.

§ 6.

Verkauf ärztlicher Praxis

Kauf und Verkauf der ärztlichen Praxis, auch in verschleierte Form, und die gewerbsmäßige Vermittlung derartiger Geschäfte sind dem Arzte verboten.

Bei Uebernahme einer fremden Praxis darf eine Entschädigung an den bisherigen Inhaber oder an seine Witwe in jedem einzelnen Falle nur nach vorheriger Genehmigung der ärztlichen Landesvertretung erfolgen.

§ 7.

Aufstellung der Rechnung
Honorierung

In seinen Rechnungen hat sich der Arzt an die geltende staatliche oder von der örtlichen Landesvertretung festgesetzte Gebührenordnung oder an sonstwie festgelegte Vorschriften zu halten und unlautere Unterbietungen ebenso zu unterlassen wie Ueberforderungen.

Es steht dem Arzt zwar frei, unbemittelten Kranken die Zahlung zu erlassen, doch soll er, von Verwandten, nahe Befreundeten, Landesgenossen und ihren Angehörigen abgesehen, sonst keinen

Gebührenerlaß gewähren und nicht unter die ortsüblichen Sätze herabgehen.

Die Rechnung soll im allgemeinen mindestens vierteljährlich aufgestellt werden.

Es widerspricht der Standeswürde des Arztes, in zweifellos dringenden Notfällen die Uebernahme der Behandlung von einer Vorausbezahlung abhängig zu machen.

C. Verhalten der Aerzte untereinander.

§ 8.

Kollegiales Verhalten

Seinen Landesgenossen hat der Arzt dieselbe Achtung, die er selbst beansprucht, durch rücksichtvolles kollegiales und höfliches Verhalten zu erweisen. Im beruflichen Wettbewerb hat er sich aller unlauteren und unwürdigen Mittel zu enthalten.

§ 9.

Unlauterer Wettbewerb

Einen Berufsgenossen durch das Angebot billigerer oder unentgeltlicher Hilfeleistung oder durch irgendwelche anderen Mittel aus seiner Stellung zu verdrängen oder es auch nur zu versuchen, ist eines deutschen Arztes unwürdig.

§ 10.

Herabsetzende Beurteilung

Jede leichtfertige oder gehässige Aeußerung über die Behandlungsweise oder das Wissen eines anderen Arztes vor Nichtärzten ist verboten.

§ 11.

Besuchsberatung bei Kranken anderer Aerzte

Bei dringender Gefahr darf der Arzt Nothilfe nicht verweigern und den von einem anderen Arzt erbetenen Beistand ohne triftigen Grund nicht ablehnen.

Steht ein Kranker bereits in der Behandlung eines Arztes, so darf ihm kein anderer einen ärztlichen Besuch machen, bevor der Kranke oder seine Angehörigen den erstbehandelnden rechtzeitig und in gehöriger Form benachrichtigt haben, daß sie auf seine weitere Hilfe verzichten. Daß es geschehen ist, muß sich der neue Arzt ausdrücklich versichern lassen.

Wird bei Gefahr im Verzuge ein Arzt zu Kranken eines anderen, augenblicklich nicht erreichbaren Berufsgenossen gerufen, so soll er nur im Notfall neue Anordnungen treffen, sie aber diesem unerzüglich mitteilen und ihm die weitere Behandlung überlassen. Werden in eiligen Fällen mehrere Aerzte gerufen, so bleibt der Kranke in der Behandlung des Hausarztes oder des bisher behandelnden Arztes. Stehen diese nicht zur Verfügung und wird weder vom Kranken noch von seinen Angehörigen ein anderer Wunsch geäußert, so übernimmt der zuerst eingetroffene Arzt die Behandlung.

Sprechstundenberatung

In seiner eigenen Wohnung darf der Arzt jedem Kranken Rat erteilen.

§ 12.

Vertretung

Ueber ihre Vertretung einigen sich die Aerzte untereinander.

Vertretungsweise oder während einer Erkrankung ihres Arztes übernommene Kranke müssen wieder an die vertretenen Aerzte zurückverwiesen werden.

§ 13.

Vertrauens-
ärztliche Unter-
suchungen

Vor vertrauensärztlichen Untersuchungen im Austrage dritter Personen oder Körperschaften hat der Vertrauensarzt rechtzeitig den behandelnden Arzt zu benachrichtigen und ihm Ort und Zeit der Untersuchung anzugeben.

Die Aerzte der Beratungsstellen aller Art haben sich dort jeder Behandlung zu enthalten und dürfen nur beratende Tätigkeit im Sinne der Gesundheitsfürsorge ausüben.

§ 14.

Zuziehung
eines zweiten
Arztes

Die aan einem Kranken, seinen Angehörigen oder beaallmächtigten Vertretern gewünschte Zuziehung eines zweiten Arztes oder Sacharztes darf vom behandelnden Arzte nicht abgelehnt werden.

Gemeinsame
Beratung

Bei der gemeinsamen Beratung ist der Behandlungsplan festzulegen, die weitere Behandlung aber dem behandelnden Arzte zu überlassen.

Der Meinungs austausch der beratenden Aerzte muß ohne Zeugen stattfinden.

Das Ergebnis der gemeinsamen Beratung kann nach Verabredung jeder der beratenden Aerzte dem Kranken oder seinen Angehörigen mitteilen.

Der zugezogene Arzt soll jeden Schein der Ueberlegenheit und jedes abfällige Urteil über die bisherige Behandlung vor dem Kranken oder seinen Angehörigen vermeiden.

Zur gemeinsamen Beratung ist pünktliches Erscheinen notwendig. Ueber eine Viertelstunde braucht der zuerst gekommene Arzt nicht zu warten. Nur ganz dringende Umstände entschuldigen das Nichterscheinen.

Erscheint nur der zugezogene Arzt, so kann er untersuchen und in dringenden Fällen verordnen, muß aber seine Ansicht und Verordnung dem behandelnden Arzt umgehend mitteilen. Weitere Besuche darf er nicht machen und kann nur nach Uebereinkunft mit dem behandelnden Arzte wieder zugezogen werden.

§ 15.

Fachärzte

a) Zur Bezeichnung als Sacharzt (Spezialarzt) oder Arzt für ein bestimmtes Gebiet muß die besondere Vorbildung nachgewiesen werden.

Der Sacharzt ist grundsätzlich aan der Ausübung einer allgemeinen ärztlichen oder allgemeinen vertrauensärztlichen Tätigkeit ausgeschlossen.

Ueber die Berechtigung, sich als Sacharzt zu bezeichnen, hat der von der ärztlichen Landesvertretung gewählte Prüfungsausschuß zu befinden. Gegen seinen Spruch ist Berufung an den aan der Landesvertretung eingesetzten Berufungsausschuß zulässig; dieser entscheidet endgültig.

Maßgebend für die Entscheidungen, auch über die Zulässigkeit der einzelnen Gruppenbezeichnungen für Fachärzte, sind die Richtlinien des Aerztes-tages.

Sportarzt

b) Die Tätigkeit als Sportarzt (Arzt für Leibesübungen) darf nur unter bestimmten Bedingungen im Einaerständnis mit der Landesvertretung ausgeübt und nicht öffentlich bekanntgemacht werden.

Gemeinschafts-
betrieb

c) Ein Gemeinschaftsbetrieb (Affazierung) ist nur für Aerzte desselben Sanderfaches oder für

Aerzte der allgemeinen Praxis zulässig. Dazu ist stets ein schriftlicher Vertrag zu schließen und aarher der zuständigen Landesvertretung vorzulegen.

Nicht unter den Begriff des Gemeinschaftsbetriebes fällt die gemeinsame Belegung einer Klinik oder die Abhaltung von Sprechstunden in derselben Wohnung.

§ 16.

Praktische
Arzte, Fach-
ärzte und
Krankenhaus-
ärzte

Praktische Aerzte, Sachärzte und Krankenhausärzte müssen aufeinander Rücksicht nehmen und kollegial zusammenarbeiten. Der Sacharzt soll bei aaraussichtlich längeren Behandlungen oder aar größeren Eingriffen darauf dringen, daß der regelmäßige Berater (Hausarzt) benachrichtigt und zugezogen wird.

Wenn ein Sacharzt es aus wissenschaftlichen und technischen Gründen für richtig hält, einen ihm zugewiesenen Kranken an einen anderen Sacharzt für dasselbe oder ein anderes Gebiet zu überweisen, so soll er sich außer in dringenden Fällen aarher mit dem Arzte verständigen, der ihm den Kranken zugewiesen hat.

Nach Abschluß der fachärztlichen oder Krankenhausbehandlung ist der Kranke zu veranlassen, den Arzt wieder aufzusuchen, der ihn überwiesen hat.

Zuweisung
gegen Entgelt

Es ist verboten, gegen Entgelt, auch in der Form der Honorarteilung, Kranke einem anderen Arzt, einem Krankenhaus, einer Klinik oder Priat-klinik zuzuweisen.

In Badeorten tätige Fachärzte dürfen sich nicht als Bade- und Sachärzte zugleich bezeichnen, sondern nur als Fachärzte ihres Sanderfaches, und sollen sich grundsätzlich darauf beschränken.

§ 17.

Badeärzte

Während eines eigenen Kur- oder Erhaltungsaufenthaltes muß der Arzt auf Ausübung seines ärztlichen Berufes verzichten, außer bei Kranken, die bereits vorher in seiner Behandlung gestanden haben. Der Badearzt hat die Behandlung eines ihm überwiesenen Kranken nach Beendigung der Kur endgültig einzustellen.

D. Das Verhalten der Aerzte in der Oeffentlichkeit und zu anderen Berufen.

§ 18.

Oeffentliche
Anpreisung

a) Jede öffentliche sowie die private, mündliche oder schriftliche Anpreisung ist dem Arzte untersagt.

Unter öffentlicher Anpreisung ist namentlich zu aerstehen:

1. Das nach Form, Art und Inhalt auffallende Anbieten einer Behandlung in öffentlichen Blättern oder durch andere Ankündigungsmittel, wie Vorträge, Rundfunk, Film usw., und der Versuch, dadurch die Aufmerksamkeit besonderer Arten aan Kranken oder untergeordneter Medizinalpersonen (Hebammen, Heilgehilfen) auf sich zu lenken.
2. Die öffentliche Anzeige unentgeltlicher oder brieflicher Behandlung.

3. Die Ankündigung privater Polikliniken oder anderer unentgeltlicher Sprechstunden.
4. Die Empfehlung besonderer Heilverfahren oder eigener Heilmittel auf Schildern, in Drucksachen (Rezepten), öffentlichen Blättern oder durch öffentliche Vorträge, Flugschriften und ähnliche Mittel.
6. Die Bekanntgabe von Krankengeschichten und Operationen in anderen als fachwissenschaftlichen Schriften ebenso wie die Zulassung unbeteiligter Laien als Zuschauer bei Operationen, Hypnosen und ähnlichen ärztlichen Verrichtungen.
6. Die Veranlassung und Zulassung öffentlicher Dankfagungen und anpreisender Zeitungsaufsätze.

Öffentliche Bekanntmachungen

b) Eröffnung, Unterbrechung, Wiederaufnahme der Praxis, Wohnungswechsel und ähnliche für den Verkehr mit dem Arzt wichtige Tatsachen dürfen in ortsüblicher Weise öffentlich bekanntgemacht werden. Bekanntmachungen in auswärtigen Zeitungen, an deren Sitz Aerzte desselben Faches ihre Tätigkeit ausüben, bedürfen der vorherigen Zustimmung der Landesvertretung.

Form der Anzeigen und Schilder

c) Die Anzeige, insbesondere bei der Niederlassung, muß nach Form und Inhalt ebenso wie die Anbringung, Aufschrift und Größe des Schildes mit der örtlichen Landesvertretung vorher besprochen werden.

Oesteres Anzeigen kann den Besitzern von Heilanstalten und ähnlichen Einrichtungen durch die zuständige Landesvertretung gestattet werden, wenn sich ihre Tätigkeit auf ihre Anstalt beschränkt.

§ 19.

Arzt und Nichtarzt

Der Arzt darf, von den Helfern und Pflegern abgesehen, weder mit Nichtärzten zusammen Kranke behandeln, noch sich durch solche vertreten lassen, noch eine Krankenbehandlung durch sie mit seinem Namen decken oder in irgendeiner Form unterstützen.

Apotheken

Es ist unstatthast, Kranke gewohnheitsgemäß an bestimmte Apotheken zu verweisen.

§ 20.

Gewährung von Vorteilen zur Erlangung von Praxis

Es ist dem Arzt verboten, anderen Aerzten oder Apothekern, Hebammen, Heilgehilfen, Gasthausangestellten und sonst ihm gefälligen Leuten Vorteile irgendwelcher Art zu gewähren oder in Aussicht zu stellen, um sich dadurch Praxis oder einen anderen beruflichen Nutzen zu verschaffen.

E. Bewerbungen und Abschlüsse von Verträgen.

§ 21.

Bewerbungen

Es ist unzulässig, sich um eine nichtfreie oder ungekündigte ärztliche Stellung zu bewerben. Jede zulässige Bewerbung hat nach den von der zuständigen Landesvertretung aufgestellten Grundsätzen schriftlich zu geschehen.

§ 22.

Vertragsabschlüsse

Der Arzt ist verpflichtet, bevor er schriftliche Verträge, Dienstanweisungen, schriftliche oder

mündliche Abmachungen jeder Art mit Behörden, öffentlichen oder privaten Körperschaften, insbesondere mit Versicherungsgesellschaften, Anstalten und Krankenkassen, abschließt, sie der zuständigen Landesvertretung oder den von ihr eingerichteten Ausschüssen vorzulegen und prüfen zu lassen, ob sie Verstöße gegen die Landesordnung oder gegen die von der Landesvertretung aufgestellten Richtlinien enthalten.

F. Verletzung der Landesordnung.

§ 23.

Verfahren wegen Verletzung der Landesordnung

Zum Gegenstand eines Verfahrens in kassenärztlichen Vereinen, in anderen wirtschaftlichen Verbänden oder in Ausschüssen, denen Nichtärzte angehören, können Vergehen gegen die Landesordnung als solche allein niemals gemacht werden, sondern nur dann, wenn gleichzeitig vertragliche Verpflichtungen gegen die Versicherungsträger verletzt sind.

§ 24.

Ergänzungen der Landesordnung

Bewußtes Zuwiderhandeln gegen Beschlüsse oder Anordnungen der zuständigen Landesvertretung, die sich im Rahmen der vorliegenden Landesordnung halten, gilt in gleicher Weise als Verletzung der Landespflichten wie ein Verstoß gegen die Landesordnung selbst.

Richtlinien für Anzeigen und Schilder.

§ 1.

Die Ankündigung der Niederlassung darf nur den Namen, die Arzt- bzw. Facharztbezeichnung, Angabe der Wohnung, der Sprechstundenzeit und Fernsprechnummer enthalten und nur dreimal veröffentlicht werden.

Ob und in welcher Form die Ausbildung des sich niederlassenden Arztes in der Ankündigung angegeben werden darf, entscheidet die Landesvertretung (s. § 4 Abs. 6).

Nur vor oder nach längerer, d. h. über eine Woche dauernder Abwesenheit sowie nach längerer Krankheit, die ein völliges Aussetzen der Berufstätigkeit nötig macht, ist eine zweimalige Veröffentlichung, in der ohne jeden weiteren Zusatz — außer der Arzt- bzw. Facharztbezeichnung und Wohnungsangabe — die Wiederaufnahme der Praxis angezeigt wird, zulässig. Die Größe der Anzeigen hat sich nach den örtlichen Gewohnheiten zu richten. Im Zweifelsfalle ist der Entscheid der zuständigen örtlichen Organisation maßgebend, ebenso bei Ankündigungen von Abänderungen der Sprechstundenzeit.

Ausnahmen von den Bestimmungen des § 1 sind nur mit ausdrücklicher Zustimmung der örtlichen Landesvertretung zulässig.

§ 2.

Die Ankündigung besonderer Heil- und Untersuchungsmethoden bedarf der Genehmigung der zuständigen ärztlichen Landesvertretung (s. § 4 Abs. 6).

§ 3.

a) Schilder am Hause des Arztes sollen lediglich dazu dienen, dem Kranken, der den Arzt aufsuchen will, den Weg zu zeigen; ihre Anbringung darf nicht in aufdringlicher Form geschehen. Deshalb sollen die Schilder eine gewisse ortsübliche Größe (etwa 35×50 cm) nicht übersteigen und nur den Namen des Arztes, die Arzt- bzw. Facharztbezeichnung und Angabe der Sprechstunden enthalten.

b) Bei versteckt liegenden Wohnungen, bei Eckhäusern oder wenn die Wohnung sich in einem anderen Hause befindet, als wo die Sprechstunden abgehalten werden, kann mit Zustimmung der Landesvertretung ein zweites angebracht werden.

c) Schilder an den Privatwohnungen, in denen Sprechstunden nicht abgehalten werden, dürfen lediglich den Namen des Arztes, evtl. mit der Bezeichnung „Nachtglocke“ enthalten; insbesondere ist jeder Hinweis auf eine an anderer Stelle ausgeübte Praxis unzulässig.

d) Schilder von Aerzten, die eine Klinik oder Heilanstalt haben, unterliegen, wenn eine besondere Bezeichnung oder Größe der Schilder erwünscht wird, der Genehmigung der Landesvertretung; ebenso die Aufschrift der Schilder der Kliniken oder Heilanstalten selbst.

e) Schilder mit besonderen Aufschriften, wie „Eingang zum Bestrahlungsraum“ u. a., gehören ins Haus; sie sind am Haus unzulässig.

f) Bei Wohnungswechsel darf ein diesbezügliches Schild im allgemeinen nur für ein halbes Jahr am früheren Sprechstundenort bleiben. Ausnahmen von dieser Bestimmung kann die zuständige Landesvertretung beschließen.

§ 4.

Die Aufnahme einzelner Aerzte in andere als ärztliche Berufsverzeichnisse ist als standesunwürdige Reklame anzusehen. Zulässig ist nur die Veröffentlichung von Verzeichnissen, in welche sämtliche Aerzte in gleicher Form mit den nach diesen Richtlinien zulässigen Bezeichnungen aufgenommen sind.

Dasselbe gilt für Kliniken. Die leitenden Aerzte der betreffenden Kliniken haben dafür einzutreten, daß besondere Anzeigen unterbleiben.

Ausgenommen von dieser Beschränkung sind nur Heilanstalten, denen nach § 18c der Landesordnung älteres Anzeigen gestattet ist.

Die Hergabe des ärztlichen Wartezimmers oder sonstiger ärztlicher Räume für geschäftliche Reklame jeder Art und das Auslegen von der Anpreisung dienenden Zeitschriften ist der Ärzteschaft unwürdig und deshalb dem Arzt verboten.

Bei Geburtsanzeigen in der Tagespresse ist es Standespflicht des Inhabers der Klinik, darauf hinzuwirken, daß die Nennung seines Namens dabei unterbleibt.

Unter Landesvertretung im Sinne der Landesordnung und dieser Richtlinien ist der örtliche Landesverein und als Berufungsinstanz die zuständige Ärztekammer bzw. deren Vorstand zu verstehen. Die Entscheidung der Berufungsinstanz ist nach § 15 der Landesordnung für die Mitglieder des Ärztevereinsbundes endgültig.

Die Ärztevereine, als Mitglieder des Ärztevereinsbundes, haben für die einheitliche Durchführung des Schilder- und Anzeigenwesens im Sinne dieser Richtlinien durch Vereinsbeschlüsse zu sorgen, wobei örtlichen Gebräuchen Rechnung getragen werden kann. Alte Schilder, die mit den Beschlüssen der Landesvertretung nicht in Einklang stehen, sind in bestimmter Frist, bis spätestens 1939, umzuändern. Neue Schilder müssen sich von Anfang an mit den allgemeinen Richtlinien bzw. örtlich festgesetzten Beschlüssen in Einklang befinden.

Beschluß über das Verfahren bei der Schwangerschaftsunterbrechung.

Zur Feststellung der ärztlichen Begründung für eine Schwangerschaftsunterbrechung ist, außer in Fällen schwerster Lebensgefahr, die vorherige Beratung mit wenigstens nach einem

zweiten Arzt erforderlich. Die Landesvertretung bestimmt allenthalben eine Anzahl von Aerzten, aus welcher der beratende Arzt zu wählen ist. Einigen sich die beiden Aerzte nicht, so ist die Zuziehung eines auf dem in Betracht kommenden Organgebiet besonders kundigen Arztes oder eines zuständigen Sacharztes geboten.

Das Ergebnis der Beratung bzw. die auf den Fall bezüglichen Gutachten sind in einem Protokoll niederzulegen. Aus diesem muß die Vorgeschichte der Schwangeren, der genaue Krankheitsbefund und die schlüssige Begründung der Indikation zu ersehen sein. Das Protokoll ist, mit der Aufschrift der beteiligten Aerzte auf dem Umschlag versehen, dem Vorsitzenden der Ärztekammer oder der Landesorganisation des Bezirkes zu übergeben und wird von diesem gesichert zehn Jahre lang aufbewahrt. Der Vorsitzende ist nach pflichtgemäßem Ermessen berechtigt, Einblick in das Protokoll zu nehmen und unter Zuziehung mindestens eines anderen Vorstandsmitgliedes das beiden geeignet Erscheinende zu veranlassen.

Die Tätigkeit des Bayer. Landesgewerbearztes in den Jahren 1933 und 1934.

Von Ministerialrat Prof. Dr. Kaelsch.

(Bayer. Institut für Arbeitsmedizin, München, Ludwigstr. 22b).

(Fortsetzung.)

4. Mitwirkung bei Vollzug der Sozialversicherung:

Anzeigen über Berufskrankheiten nach der Verordnung vom 11. Februar 1929 liefen im Jahre 1933 324 — im Jahre 1934 269. Natürlich führt nur ein Bruchteil der Anzeigen zu einer Entschädigung; eine größere Anzahl hält der versicherungsmedizinischen Nachprüfung nicht Stand; zahlreiche Fälle gehen in Genesung über. Weiters befanden sich unter den Anzeigen auch zahlreiche Fehlmeldungen, d. h. Meldungen von Berufskrankheiten, die nicht unter die Verordnung vom 11. Februar 1929 fallen. Vergleich nachstehende Aufstellung:

	1933			1934		
	an- erkannt	nicht an- erkannt	un- erledigt	an- erkannt	nicht an- erkannt	un- erledigt
Blei	40	58	2	37	60	8
Quecksilber	—	3	—	—	—	—
Arten	—	1	—	—	—	—
Benzol und Homologe	1	4	—	4	8	—
Nitro- u. Amidoverbdg.	1	—	—	1	2	—
Schwefelkohlenstoff	—	1	—	—	—	—
Schwefelwasserstoff	—	3	—	—	—	—
Kohlenwasserstoff	10	6	—	15	6	—
Röntgen- usw. Strahlen	1	1	—	—	—	—
Hautkrankh. d. Galvan.	8	7	—	16	8	—
Hautkrankh. d. exot. Hölzer	—	—	—	1	1	—
Hautkrankh. d. Ruß usw.	8	4	—	5	6	—
Preßluftwerkzeuge	1	1	—	—	—	—
Thomaschlacke	—	—	—	—	1	—
Silikose	47	69	13	14	44	6
Lärm	—	1	—	1	2	1
Grauer Star	—	1	—	—	—	—
Infektionskrankheiten	23	9	—	14	5	3
Sa.	140	169	15	108	143	18

Unter den gewerblichen Giften steht das Blei an erster Stelle.

Von den einzelnen Bleiberufen waren befallen:

	1933		1934	
	anerkannt	nicht anerkannt oder fraglich	anerkannt	nicht anerkannt oder fraglich
Schmelzer, Gießer	5	3	1	—
Verbleter, Lötler	5	2	5	3
Nieter, Schotter	1	3	6	11
Graphische Industrie	5	17	3	12
Herstellung von Bleifarben	—	—	—	1
Maler, Lackierer	8	17	8	20
Porzellan- und Glasmaler	4	2	1	1
Keramischer Buntdruck	4	4	6	2
Glasierer, Emailierer	2	2	3	2
Glasschmelzer	—	3	—	2
Metallwaren u. KapselFabr. . . .	2	—	1	2
Verschiedene	4	5	3	4
Sa.	40	58	37	60

Die übrigen gewerblichen Gifte spielen eine untergeordnete Rolle.

Was die Silikosen betrifft, so verteilten sich diese wie folgt:

	1933		1934	
	anerkannt	nicht anerkannt	anerkannt	nicht anerkannt
Sandsteinindustrie	33	47	8	33
Porzelliner	14	22	5	11
Metallschleifer	—	—	1	—
Sa.	47	69	14	44

Die übrigen (formal irrtümlich) gemeldeten Fälle betrafen Steingut- und Chamottearbeiter, Flußspatarbeiter, Sandstrahlbläser usw.

Die gewerblichen Hautkrankheiten haben im allgemeinen eine große praktische Bedeutung weniger in ätiologischer als vielmehr in konstitutioneller Beziehung; jede Substanz kann bei gegebener persönlicher Empfindlichkeit, d. h. bei angeborener oder (meist) erworbener Ueberempfindlichkeit ein Ekzem hervorrufen. Bei diesem Darwiegen der konstitutionellen Momente sei auf weitere ursächliche Erörterungen verzichtet. Die versicherungsmedizinische Beurteilung bringt augenblicklich eine Fülle von Schwierigkeiten mit sich; es ist zu erwarten, daß die in absehbarer Zeit erfolgende Neufassung der die Hautkrankheiten betreffenden Bestimmungen wesentliche Erleichterungen für den Arzt und für den Erkrankten bringen wird.

Eine größere Zahl von Meldungen betrifft die Infektionskrankheiten des Heil- und Pflegepersonals. Es handelt sich um Aerzte (4), Medizinalpraktikanten (5), Wärter (2), Desinfektor (1), Krankenpflegerinnen (17, davon 5 Lernschwestern), Säuglingspflegerinnen (3), Praxisgehilfinnen (2), Hebammen und Ammen (je 1), Hausdiener und Hausgehilfinnen usw. Die Erkrankungen waren Lungentuberkulose (15), Knackentuberkulose (1), Impftuberkulose am Finger mit Sehnencheidenentzündung (1), Diphtherie (6, darunter 1 D.-Bazillenträgerin), Scharlach (6), Masern (2), Typhus (3), Angina (2), Erysipel (2), ferner Mumps, infektiöses Ekzem, Furunkulose usw. Der Desinfektor war an Scharlach erkrankt.

Obergutachten für die oberen Spruchinstanzen der Sozialversicherung wurden wiederum in größerer Zahl erstattet; sie erforderten oft viel Zeitaufwand für Akten- und Literaturstudium, Erhebungen in den Betrieben u. dgl. m. Immerhin bietet gerade diese Gutachtertätigkeit manche wertvolle Anregungen.

5. Wissenschaftliche Untersuchungen — Tätigkeit des Instituts für Arbeitsmedizin.

Die Frage der Staubschädigungen bzw. Silikose steht immer noch im Vordergrund der arbeitsmedizinischen Forschung. Dies ergab sich u. a. auch aus der im Oktober 1934 in Badum abgehaltenen Silikosekonferenz, bei welcher der Berichterstatter ein kurzes Referat über die Parzellan-Staublung hielt.

Die seit Jahren in Gang befindlichen klinisch-röntgenologischen Untersuchungen verschiedener Staubarbeiter wurden auch in den beiden Berichtsjahren fortgesetzt. Dem ständigen röntgenologischen Mitarbeiter, Herrn Ober-Med.-Rat Dr. Kästle, sei auch an dieser Stelle für seine umfangreiche selbstlose Mitarbeit herzlichst gedankt.

Untersucht wurden rund 300 Staubarbeiter aus der Porzellan- und Branzefarbenindustrie und Kaolin-gruben sowie Flußspatarbeiter, Sandstrahlbläser und andere Staubarbeiter.

Die Untersuchungen der Branzefarbenarbeiter erbrachten günstige Ergebnisse; nennenswerte Staubschädigungen wurden hier, in Übereinstimmung mit anderen Untersuchern, nicht beobachtet. — Auch die Untersuchung der Kaolin-grubenarbeiter war wider Erwarten günstig, obwohl eine Anzahl dieser Arbeiter mit reinem Quarzsand beschäftigt ist. Der Grund ist vermutlich wohl nur ein äußerer; die Mehrzahl der Leute war erst wenige Jahre im Betrieb, so daß die Zeit für die Entwicklung einer Staublung noch zu kurz war. — Auch die Belegschaft einer größeren Gußpußerei mit Sandstrahlgebläse (17 Mann) wies relativ geringe Staubveränderungen der Lungen auf.

Eine Sonderuntersuchung betraf Druckereiarbeiter und -arbeiterinnen (42), die mit taluol- und glykolytischen Tiefdruckfarben beschäftigt waren. Die eingehenden klinisch-hämatologischen Untersuchungen (mit Aufstellung eines vollkommenen Blutstatus) ergaben bei 4 Personen objektive Blutveränderungen; subjektive Beschwerden wurden wohl von der Mehrzahl vorgebracht.

Eine weitere Sonderuntersuchung erstreckte sich auf die Bleigeschäftigung von Schriftsetzern (bisher zirka 150), mit eingehenden klinisch-hämatologischen Erhebungen, chemischen Untersuchungen von Harn und Kat, von Staub- und Waschwasserproben. Diese Arbeit ist noch nicht abgeschlossen; sie verspricht interessante Ergebnisse.

Auch eine Untersuchung der in Eisenkonstruktionswerkstätten beschäftigten Warmnieter und Mennigeanstreicher wurde vorgenommen. Die Untersuchung (mit Blutbildern) ergab eine stärkere Anfälligkeit an Bleisymptomen und bot Anlaß zur Einführung einer ärztlichen Aufnahme- und vierteljährigen Zwischenuntersuchung dieser Arbeitergruppen.

Die schon in den Vorjahren eingeleiteten Erhebungen über Entstehung und versicherungsmedizinische Würdigung der Dupuytren'schen Kontraktur wurde auch in den beiden Berichtsjahren fortgesetzt.

Im Ambulatorium wurden überdies noch laufend zahlreiche weitere klinische Untersuchungen, Blut- und Harnanalysen, Hautreizprüfungen usw. vorgenommen.

Gewisse Vorfälle veranlaßten eine eingehendere Beschäftigung mit der Milzbrandfrage in der Borsten bzw. Tierhaare verarbeitenden Industrie. Es wurden daher, zum Teil in Begleitung des Referenten des Reichsgesundheitsamtes, zunächst in den beiden Berichtsjahren insgesamt 60 einschlägige Betriebe besichtigt, ferner wurde in zwei Desinfektionsanstalten die oorgeschriebene Desinfektion von Auslandsmaterial geprüft. Dabei ergab sich eine wirksame Desinfektion von Borsten nur bei ööfliger Entleerung der Originalkisten und Auslegen der einzelnen Pakete in 1—2 Lagen auf flachen Hürden. Die in einer Desinfektionsanstalt bisher geübte nur teilweise Entleerung der Kisten mit Anbohren der Kisten an den Seitenwänden und am Boden (mit mehreren, zirka dreimarkstückgroßen Löchern) ergab, daß der gespannte Dampf auch bei Verdoppelung der Einwirkungszeit nicht in die Tiefe der Packungen dringt; in den tiefen Schichten herrschten nur Temperaturen unter 50 Grad C, es bestand also keine Desinfektionswirkung. Einige der besuchten Betriebe hatten zwar eigene Kocheinrichtungen; eine Garantie für die sachgemäße Benützung ist jedoch damit zunächst nicht gegeben. Eine baldige Aenderung der bisher gültigen Schutzverordnung erscheint dringlich.

Tierexperimentelle Untersuchungen, z. T. ergänzt durch Selbstversuche, betrafen die Giftigkeit von Glykol M und Triäthylphosphat (Lösungsmittel), von Dicköl und seinen Fraktionen (aus Sulfitablauge). — Weitere Untersuchungen erstreckten sich auf Arbeitsstoffe verschiedener Art, die von Aerzten, Arbeitgebern und -nehmern eingesandt worden waren (Anstrich- und Verdünnungsmittel, Schmieröle, Bleisand, Bleiwolfram, Matrazensüllstoff usw.), Luftproben aus Betrieben (Blei- und CO-Gehalt) u. ä. m.

In das Gebiet der wissenschaftlichen Arbeiten gehört schließlich auch die Mitwirkung im Aerztlichen Ausschuß der Deutschen Gesellschaft für Gewerbehygiene, in welchem zahlreiche Fragen der wissenschaftlichen und praktischen Arbeitsmedizin erörtert werden. (Fortsetzung folgt.)

Stimmen aus Böhmen.

In den „Aerztlichen Nachrichten“ 117/1935 lesen wir:

Nun auch die Aerzte!

Wir haben bisher zu alledem geschwiegen, was das allgemeine Elend auch über uns gebracht hat. Man glaubt deshalb, uns beneiden zu müssen. Seit aber dieser Glaube dazu geführt hat, daß nach der allzu primitiven Rettungsformel „man nehme“ unsere Steuerbeanspruchung in ein schreiendes Mißverhältnis gesetzt worden ist zu der Wegnahme von Rechten und Erwerb, müssen wir reden, laut und vernehmlich. Und zwar nicht nur unserer wegen. Denn die Allgemeinheit, der wir Tag und Nacht hilfsbereit dienen, wird es zu tragen haben, wenn auch unser Stand demnächst vollends ruiniert ist, wenn der Arzt nicht mehr verantwortungsbewußter Helfer, sondern aus Verbitterung und Not nach dem Vorbild anderer ein rücksichtsloser Nehmer sein wird, abseits von Pflicht und Menschlichkeit. Damit werden zweifellos noch weit schlimmere Folgen eintreten als durch die bereits erzielte Vernichtung zehntausender anderer Existenzen. Wir warnen die Verantwortlichen!

Bekanntlich ist das von Juristen gemachte Gesetz über die Sozialversicherung in wesentlichen Stücken unbrauchbar. Laut seiner neuesten „Verbesserung“ hasten die Krankenkassenanstalten nicht mehr für „Schäden aus der Tätigkeit ihrer Aerzte“. Somit ist von nun an denkbar, daß ein Arzt z. B. für einen bösen Finger, wenn derselbe nach der ersten Ordination infolge unglücklicher Umstände oder eines tatsächlichen

Versehens abgenommen werden mußte, bei einem Barverdienst von K² 3.60 (Normaltag) dem klagenden Patienten eine lebenslängliche Rente zahlen muß! Gewiß, wir können uns gegen Haftpflicht versichern; aber wie hoch werden die Versicherungsprämien hinausschnellen, wenn dieses Rentenerlangungsverfahren sich eingelebt hat? Wir werden uns also doch beizeiten überlegen müssen, ob wir nicht besser das Krankenkassengeschäft den Kräuterweibern überlassen sollten. Denn mindestens die Gerichtskosten über solche Stritte werden wohl allemal dem Arzt zum Zahlen bleiben. Der hat es ja dazu, so glaubt man doch.

Schon seit dem Kriege sind wir in der ESR, die am schlechtesten bezahlten Aerzte Europas und haben seither diesen Rekord ohne eigenes Zutun längst weiter verbessert. Wir sind ja weder Regierungspartei, noch können wir Marktplätze mit Demonstranten füllen. Also dursten dem Gesetz zum Trotz immer mehr ausländische, womöglich zweifelhaft ausgebildete Aerzte unseren Kurärzten im Inland Konkurrenz machen, also dursten den Zahntechnikern so ziemlich alle Befugnisse eingeräumt werden, die nur dem Arzt zustanden. Also dursten weiters zur Schmälerung unseres privaten Einkommens in den Arbeiterkrankenkassen, seit ihrer Verstaatlichung (oder Verregierungsparteilichung?), umständlicher genannt „Krankerversicherungsanstalten“ getrost selbständig Gewordene versichert bleiben, auch wenn sie es durchaus nicht nötig haben. Also dursten sogar alle dazu nötigen Leute Krankenkassenmitglieder werden müssen, die es weder bedürfen noch wünschen. Nicht genug damit, kamen dazu die Post- und Staatsbeamtenheilsunde mit ihren beleidigenden Heilordnungen zur Hintanhaltung ärztlicher Betrügerei, die Krankenkassen der Handels- und Privatangestellten, ja sogar Priesterkrankenkassen. Wenn wir uns nun noch mit den „Meisterkrankenkassen“ einließen, dann wäre es mit dem letzten Rest unserer Priorkundschaft vorbei.

Arbeitslos werden wir niemals, höchstens erwerbslos. Denn wir dürfen die Arbeitslosen unentgeltlich behandeln. Daß für diese unsere Arbeiten tatsächlich kein Heller bezahlt wird, das verschweigen schamhaft die Anweisungszettel der Hilfskomitees, und auch die vor einem Jahre veröffentlichte Zeitungsnotiz „Wer verschafft den kranken Arbeitslosen ärztliche Hilfe?“ ließ den Sozialruhm einzig nur des Ministers Dr. Czed² glänzen. Immer großzügiger wird uns unterdessen solche Arbeit zugeteilt, so daß binnen Jahresfrist unser Konto „Ueberkrankenkasse“ stellenweise über vierfach angewachsen ist und längst 8 Proz. des vormaligen zuständigen Kassenumfanges erreicht hat. Man zähle sich aus, wann glücklich die 100 Proz. erreicht sein werden!

Aber die rechte Hand des Staates weiß nicht, was die linke tut. Sonst hätte das Finanzministerium nach dem erfolgreichen Abbau unseres Einkommens unmöglich die Steuerämter anweisen können, uns besonders in die Daumenschrauben zu nehmen. Nach der gehorsamen Meinung der Aemter verdienen wir heutzutage ebensooel wie vor aller Krise und mehr, während gleichzeitig die gewisse, zuor selbstverständliche Höhe unserer vielen Berufsausgaben reiner Schwindel ist. Die Obrigkeit glaubt einfach nichts, als daß sie recht viel Geld haben will. Berufungen haben von vornherein keinen Zweck, denn gegen den letzten Trumpf des Steueramtes sind wir ja doch machtlos: Ordinationsbuch vorlegen oder Kontumaz! Man weiß natürlich, daß ersteres aus gesetzlichen Schweigepflichten unmöglich ist und kann somit schon bei der Vorschreibung getrost ein Pfändungsprotokoll vorbereiten. Denn bar bezahlen kann die geforderten Phantasiesummen kaum ein Kollege.

Den Rest bei dem allen gibt uns die auf Grund derselben Gesetze, nach denen unsere Bezüge von Krankerversicherungs-

anstalten umsatz- und erwerbssteuerfrei sind, seit fünf Jahren geübte Vorschreibung der Erwerbssteuer auf eben diese Bezüge. Angeblich stehen wir mit diesen Anstalten nicht in dem entsprechenden Dienstverhältnis. Dabei sind wir sämtlich durch einen allgemeinen Rahmenvertrag mit allen Bezirkskrankenversicherungsanstalten des Staates daran gebunden, für einen festgelegten Bruchteil des privaten Mindesthonorares zu arbeiten, dürfen von den Kranken selber keine Bezahlung annehmen, müssen bei sonstiger Erbschaftspflicht der Mehrkosten alle die bekannten Sparvorschreibungsvorschriften einhalten und vieles andere. Das Oberste Verwaltungsgericht, an das nun jeder Arzt alljährlich mit derselben Beschwerde sich wenden muß, hat bereits in dugenden Fällen entschieden, daß diese Erwerbssteuervorschreibungen ungesetzlich sind. Aber trotzdem geht die Quälerei weiter, ja die Steuerämter stützen sogar ihr Konzept mit recht merkwürdigen Kunstgriffen. So war z. B. im Egerer Steueramt ein mit den Bekenntnissen für 1933 vorgelegter, allen Erfordernissen genügender Dienstvertrag mitsamt dem Protokoll über diese Vorlegung binnen wenigen Monaten einfach nicht auffindbar und somit nicht Tatsache! Das Oberste Verwaltungsgericht, diese letzte Zusucht des Untertans der Demokratie, steht nach Aeußerungen auf dem Standpunkt, es sei gut, keine allgemeine Entscheidung über unsere Erwerbssteuerfrage herauszugeben, weil der und jener die Frist veräume und dann hübsch zahlen müsse! Was soll oder darf man dazu sagen? Nichts. Demokratie ist Diskussion. Obendrein hat neuerdings das Finanzministerium seine Weisung widerrufen, die strittigen Erwerbssteuersummen nicht einzutreiben, wenn um Stundung ange sucht und die Verwaltungsgerichtsbeschwerde noch nicht erledigt ist.

Wir wollen im allgemeinen der Staatswirtschaft nicht dreinreden und nur aus unserer Erfahrung am Menschen bemerken: Gehen innere Verblutung helfen Aderlässe niemals!

Wir verstehen nicht, wieso dieselben Gesetze zur selben Frage einmal ja und dann wieder nein sagen können. Und wir meinen: Solange uns Aerzten niemand seine Ware oder Arbeit um ein Drittel des gebührenden Wertes abläßt, wie wir es dem Großteil der Bevölkerung tun und tun müssen, solange haben wir ein selbstverständliches Anrecht auf die alte Ausnahme in der Besteuerung. Fehlt aber zur letzten Klarheit hierüber im Gesetz das gewisse 3-Tüpfel, dann ist es ehestens hinzusetzen.

Opfergewöhnt zahlen wir in dieser Notzeit gern eine erträgliche empfindliche Steuer, wollen aber endlich nicht mehr Tag für Tag um eine bescheidene Zukunft unserer Familie bangen müssen. Wir fragen die Verantwortlichen vor aller Welt: Wollen die Herren hier Recht und Gesetz wiederherstellen oder müssen wir ihnen wirklich erst mit einer rückwärtslosen Abwehraktion beweisen, daß wir kein so entbehrlicher Stand sind, den man ungeachtet ruinieren darf?

Dr. Kreuzer.

Und die Unehelichen . . .

KVR. Uebereinkommensgemäß werden die Zahlen über die natürliche Bevölkerungsbewegung fast stets im ganzen angegeben als Zahl der Lebendgeburten und Zahl der Sterbefälle. Nur schamhaft wird anhangsweise gelegentlich mitgeteilt, daß von den Lebendgeburten soundso viel — manchmal nur der Hundertsatz — unehelich seien. Es ist aber für zielbewußte Bevölkerungspflege nicht gleichgültig, ob der Bevölkerungszuwachs aus ehelicher oder unehelicher Geburt herrührt. Es soll dabei ganz abgesehen werden von allen moralischen Einwänden, die gegen ein Ueberhandnehmen oder auch nur ein Anwachsen unehelicher Geburten geltend gemacht werden könnten. Es soll ebensowenig auf die ungünstigere Rechtsstellung des unehelichen

Kindes abgezielt werden. Einfach nüchterne Zahlen sollen hier dartun, daß der Bevölkerungszuwachs durch uneheliche Kinder weniger günstig und darum weniger begrüßenswert ist als durch eheliche. Man muß dabei von der Zahl der statistisch nachweisbaren abgelaufenen Schwangerschaften ausgehen. Unter abgelaufenen Schwangerschaften sind die Schwangerschaften zu verstehen, die durch die Geburt der Frucht beendet werden. Vorzeitige Unterbrechungen, Abtreibungen, Fehlgeburten kommen hier nicht in Betracht, schon deswegen nicht, weil sie — leider — statistisch nicht erfaßt werden können. Wohl aber sind bei den abgelaufenen Schwangerschaften Frühgeburten mitgezählt. Die Schwangerschaft kann als wünschenswerter Regelfall nur durch die Lebendgeburt beendet werden. Daneben kommen als immer noch unvermeidlich Totgeburten vor. Die in der Schwangerschaft liegenden Ansätze zu neuem Leben werden also im Falle der Totgeburt schon überhaupt vernichtet. Den glücklich Lebendgeborenen aber droht das Gespenst der Säuglingssterblichkeit, das trotz aller an sich erfolgreichen Arbeit der Volkshygieniker niemals ganz zu bannen sein wird. Totgeburten und Säuglingssterblichkeit sind also die beiden wichtigsten Beeinträchtiger der in den Schwangerschaften liegenden Ansätze zu neuem Leben. Diese Beeinträchtiger wirken nun auffällig verschieden stark ein bei ehelichen und unehelichen Schwangerschaften. Das weisen deutlich auch die letzten aufbereitet vorliegenden Zahlen des Statistischen Reichsamtes über den Bevölkerungszugang im Jahre 1932 aus. Die Zahlen sind hier in einer kleinen Uebersichtstafel zusammengestellt. Sie sprechen für sich selbst und be-

Keiner Bevölkerungszugang durch Neugeborene.

Jahr 1932	Ehelich	Unehelich	Zusammen
Abgelaufene Schwangerschaften insgesamt	889 352	118 446	1 007 798
Davon Totgeburten	24 973	4 615	29 588
Bleiben Lebendgeburten	864 379	113 831	978 210
Abgang durch Säuglingssterblichkeit	64 216	13 235	77 454
Reinzugang durch Neugeborene	800 163	100 596	900 759
Reinzugang bei je 100 abgelaufenen Schwangerschaften	90,0	84,2	89,4

dürfen kaum einer Erläuterung. Der Verlust durch Totgeburten beträgt 1932 im Reichsdurchschnitt rund 2,9 v. H. der Gesamt schwangerschaften. Bei den ehelichen Schwangerschaften ist er nur 2,8 v. H., bei den unehelichen aber 3,8, also genau 1 v. H. höher. Die Säuglingssterblichkeit ist, wie die Zahlen zeigen, auch bei den Unehelichen im Verhältnis höher als bei den Ehelichen. So stellt sich der Gesamtverlust gegenüber den Gesamtlebensansätzen bei den ehelichen Schwangerschaften zwar immer noch auf genau 10 v. H., bei den Unehelichen aber auf 15,8 v. H. Der Reichsgesamtdurchschnitt wird durch den erhöhten Abgang bei den Unehelichen um 0,6 v. H. gegenüber den Ehelichen, also auf 10,6 v. H. erhöht.

Nun ist das Jahr 1932 noch ein verhältnismäßig günstiges Jahr in bezug auf den Anteil der unehelichen Schwangerschaften gewesen. Die Vorjahre zeigten einen weit höheren Anteil. Inzwischen machen sich allerdings auch Anzeichen geltend, als ob das Herabgehen der unehelichen Schwangerschaften anhalten wolle. Andererseits aber ist seit 1932 eine Aenderung der Sachlage insofern eingetreten, als die Bekämpfung der vorzeitigen Schwangerschaftsunterbrechung, der Abtreibung, erheblich tatkräftiger betrieben wird. Und die Verluste durch Abtreibung, die naturgemäß in allererster Linie bei unehelichen Schwanger-

Schosten in Betracht kommen, sind, wie bereits erwähnt, leider einwandfrei statistisch nicht zu erfassen. Da es sich bei Abtreibungen fast stets um Zuwiderhandlungen gegen § 218 des Reichsstrafgesetzbuches handelt, werden Abtreibungsfälle naturgemäß sorgfältig verheimlicht. Sie kommen gewöhnlich nur ans Licht, wenn unmittelbar in Verbindung mit ihnen Todesfälle auftreten. Dadurch, daß die Rechtsverfolgung der Zuwiderhandlung gegen § 218 RStGB. jetzt schärfer und durchgreifender erfolgt, werden sich allerdings die Abtreibungsfälle wohl etwas vermindern und damit die Zahl der abgelaufenen unehelichen Schwangerschaften entsprechend vermehren.

Alles in allem sind also die unehelichen Schwangerschaften stärkeren Verlusten ausgesetzt als die ehelichen. Jeder solcher Verlust ist aber auch ein Verlust an Volkskraft. Deutschland braucht jeden einzelnen gesunden und lebensfähigen Säugling und kann jetzt in seiner Menschennot nicht lange danach fragen, ob er ehelich oder unehelich zur Welt gekommen ist. Damit ist natürlich nicht gemeint, daß nunmehr etwa die unehelichen Schwangerschaften gefördert werden sollten. Im Gegenteil, im Vordergrund jeder Bevölkerungspflege steht die Förderung der Familie. Aber wo nun einmal trotzdem aus Gründen, die durchaus nicht immer irgendwie sittlich verwerflich zu sein brauchen, uneheliche Schwangerschaften vorkommen, muß auch ihnen ein möglichst weitgehender Schutz zuteil werden, damit nicht die unehelichen Kinder und die Allgemeinheit entgelten müssen, was die unehelichen Mütter vielleicht versehen haben. Das will mit anderen Worten nur besagen, daß die erhöhte Gefährdung des unehelichen Nachwuchses, falls sie nicht etwa auf offenerer geringerer Lebensfähigkeit beruht, beseitigt werden muß, soweit es geht. Dabei wird übrigens die Gefahr der Aufzucht minderwertigen und unerwünschten Zuwuchses aus der Zahl der unehelichen Geburten von selbst um so geringer werden, je weiter sich die Maßnahmen zur Verhinderung erbkranken Nachwuchses auswirken können. Im Vordergrund muß immer und immer wieder stehen, im Hinblick auf das Volksganze, die vermeidbare Vernichtung von Ansätzen zu neuem Leben soweit wie möglich auch wirklich zu vermeiden.

Verschiedenes

Die Tauglichkeit zum Heeresdienst.

Die amtlichen Bestimmungen über die Tauglichkeit zum Heeresdienst besagen, daß, um den hohen Anforderungen des Dienstes zu genügen, als tauglich nur die Untersuchten bezeichnet werden sollen, die kräftig gebaut, gut entwickelt und frei von solchen Fehlern sind, die die Gesundheit, die Beweglichkeit und Ausdauer beeinträchtigen.

Die Mindestgröße für den Dienst in der Wehrmacht beträgt 154 Zentimeter. Wehrpflichtige und Freiwillige mit einer Körpergröße unter 160 Zentimeter werden jedoch nur eingestellt, wenn besondere Verhältnisse dies erfordern.

Das militärärztliche Urteil über den Tauglichkeitsgrad hat zu lauten: Tauglich (1 oder 2), bedingt tauglich, zeitlich untauglich, beschränkt tauglich, untauglich (für Wehrdienst), völlig untauglich. Ist der Untersuchte körperlich und geistig völlig gesund, von hinreichender Größe und kräftigem Körperbau, ist er als „tauglich 1“ zu bezeichnen. Werden bei dem Untersuchten stärkere Fehler festgestellt oder hat er eine Körpergröße unter 160 Zentimeter, so ist er als „tauglich 2“ zu bezeichnen, sofern der übrige Befund nicht ein anderes Urteil bedingt. Als tauglich 1 oder tauglich 2 sind auch Untersuchte zu

bezeichnen, die an vorübergehenden Krankheiten leiden, die mit größter Wahrscheinlichkeit bis zum Zeitpunkt der Einberufung behoben sind. Ist eine Brille nötig, um auf einem Auge volle oder fast volle Sehschärfe zu erreichen, so ist dem Urteil stets hinzuzufügen: „Brillenträger“.

Bedingte Tauglichkeit wird durch Fehler und Gebrechen begründet. Zeitlich untauglich sind solche Wehrpflichtigen und Freiwilligen, die in der körperlichen Entwicklung stark zurückgeblieben oder die infolge überstandener Krankheiten noch nicht wieder im Vollbesitz ihrer Leistungsfähigkeit sind oder die zur Zeit der Untersuchung an heilbaren Krankheiten leiden, deren Heilung bis zur Einberufung aber noch nicht mit Sicherheit erwartet werden kann.

Beschränkte Tauglichkeit haben Untersuchte mit erheblichen körperlichen Fehlern und Gebrechen, die die Leistungsfähigkeit zwar herabsetzen, jedoch noch eine beschränkte dienstliche Verwendung zulassen. Hierunter fallen auch Untersuchte, die eine Hilfsschule besucht haben, sofern sie nicht auf Grund anderer Fehler als „untauglich“ oder „völlig untauglich“ zu bezeichnen sind.

Bei Beurteilung der Untauglichkeit muß der Arzt prüfen, ob der festgestellte Fehler den Untersuchten nur für den Wehrdienst untauglich macht. Denn die Ergebnisse der militärärztlichen Untersuchungen sollen auch für andere Zwecke (z. B. Arbeitsdienst, allgemeine berufliche Verwendbarkeit) nutzbar gemacht werden können. Es ist hierbei von der Voraussetzung auszugehen, daß ein Untersuchter auch mit einem erheblichen körperlichen Fehler oder einer nicht heilbaren Erkrankung im bürgerlichen Erwerbsleben sehr gut noch eine voll leistungsfähige Arbeitskraft darstellen kann, auch wenn er den Sonderanforderungen des Dienstes in der Wehrmacht nicht gewachsen ist.

Im Anschluß an die allgemeinen Vorschriften werden dann die Bedingungen über die Einstellung in die einzelnen Waffengattungen von Heer, Marine und Luftwaffe ausführlich behandelt. Es sind tauglich für:

Infanterie: Wehrpflichtige und Freiwillige, die den Anstrengungen der Marsche gewachsen sind. Artillerie: Schlankwüchsige, aber kräftige Wehrpflichtige und Freiwillige. Kavallerie: Wehrpflichtige und Freiwillige mit nicht zu hohem Körpergewicht. Das Gewicht soll 65 Kilogramm, die Größe 1,72 Meter möglichst nicht überschreiten. Geistige Begabung ist notwendig, Gewandtheit und eine gewisse Schreibfertigkeit erwünscht. Pioniere: Muskelkräftige Wehrpflichtige und Freiwillige. Untersuchte mit einer Körpergröße unter 165 Zentimeter sind nur in beschränktem Maße zuzuteilen. Nachrichtentruppen: Geistig geweckte Wehrpflichtige und Freiwillige mit guter, schneller Handschrift. Farbenschwache sind nur in beschränktem Umfange zuzuteilen. Kraftfahrtruppen: Gewandte und geistig geweckte Wehrpflichtige und Freiwillige mit gutem Hör- und Sehvermögen und unbehinderter Nasenatmung. Farbenschwache und Brillenträger sind nur in beschränktem Umfange zuzuteilen. Sanitätstruppen: Geistig rege und kräftige Wehrpflichtige und Freiwillige. Berufliche Vorbildung ist weniger wichtig als Neigung zum Sanitätsdienst. — Für die Wehrpflichtigen und Freiwilligen der Marine gelten hinsichtlich der allgemeinen körperlichen und geistigen Eigenschaften die gleichen Bestimmungen wie für das Heer.

Bei der Luftwaffe sind die Anforderungen je nach der Verwendung verschiedenartig. Geistige Regsamkeit und gute Auffassungsgabe sind notwendig. Das fliegende Personal soll möglichst eine Größe von 165 Zentimeter und nicht mehr als 190 Zentimeter haben. Farbenschwache und normales Sehvermögen (ohne Glas) wird verlangt. Die endgültige Auswahl des fliegenden Personals erfolgt erst nach eingehender Untersuchung



Benderaplast

das unübertroffene elastische Kautschukpflaster
ist unentbehrlich für den Arzt.

Zu haben in allen Apotheken und Fachgeschäften.

Kaiserslauterer Verbandstoff-Fabrik Emil Bender G.m.b.H., Kaiserslautern

Aether pro narcosi „Bonz“ D.A.B. 6, seit 1894
reinstes, nachgewiesen Jahre sich unverändert haltendes Präparat.
Chloroform für Narkose „Bonz“ D.A.B. 6, reinst, seit 1847
Chloraethyl „Bonz“ med. rein D.A.B. 6, f. Lokalanästhesie u. Narkose
Bonz & Sohn, Chem. Fabrik, Böblingen, gegr. 1811, Telefon 270

A. Limbächer Inh. A. & M. Cotta
Augsburg A 21-22

97 Jahre Fachgeschäft für

**Chirurgische Instrumente, Aerzte- und
Krankenhausmöbel.**

Eigene Werkstätten zur Herstellung von: Leibbinden, Bruchbändern, Plattfüßeinlagen, künstl. Gliedern, orthopädischen Apparaten. - Gummistrümpfe und Bandagen aller Art.

CHEMISCH-PHARMAZEUTISCHE A.G. BAD HOMBURG



Kamillozon TABLETTEN

Kamillen-Arnika-Salbei-Extrakt + H₂O₂ in haltbarer fester Form

Zur Behandlung und Nachbehandlung von Entzündungen aller Art wie zur täglichen Mundpflege. Zur reizlosen Desinfektion der Mund- und Rachenhöhle bei epidemisch auftretenden Erkrankungen (Grippe, Angina usw.).



CHEMISCH-PHARMAZEUTISCHE A.G. BAD HOMBURG



Digipuratum

gut verträgliches Digitalispräparat.

- Liquidum: 10 g Original-Packung RM. 1.11 o. U.
- Tabletten: 12 St. Original-Packung RM. 1.11 o. U.
- Ampullen: 3 St. Original-Packung RM. 1.09 o. U.
- 6 St. Original-Packung RM. 1.92 o. U.
- Supposit.: 6 St. Original-Packung RM. 1.70 o. U.

1 ccm Digipuratum liquidum oder 1 Ampulle oder 1 Tablette oder 1 Suppositorium ist gleichwertig mit 0,1 g Fol. Digitalis (D. A. B. VI)



KNOLL A.-G.
Ludwigshafen a. Rh.

in besonderen Fliegeruntersuchungsstellen. Für die Luftschuttruppen ist ebenfalls unbedingte Forbentüchtigkeit und besonders gutes Seh- und Hörvermögen erforderlich. Brillenträger und Leute mit einer Größe unter 165 Zentimeter sollen nur in besonderen Ausnahmefällen zugeteilt werden.

Vereinbarungen mit den Kassenspitzenverbänden.

Mit den Kassenspitzenverbänden wurden am 12. Februar 1935 folgende Vereinbarungen getroffen:

1. Operationen, die auf Grund des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses ausgeführt werden, sind dann, wenn in dem betreffenden Krankenhaus die ärztlichen Leistungen im Verpflegungssoß nicht entholten sind, gesondert zu bezahlen, gleichgültig, ob andere kassenärztliche Leistungen in Krankenhäusern im Pauschale entholten sind oder nicht.

Ueber die Höhe der Gebührensätze soll eine Vereinbarung getroffen werden, wobei von den Sätzen der Preugo und einem Abschlog von 20 v. H. auszugehen ist.

2. Die Bestimmungen über die Haftpflicht aus dem Regelbetrog sollen demnächst in der Weise verändert werden, daß für gleiche Kassenarten größerer Bezirke einheitliche angemessene Regelbeträge festzusetzen sind. Nähere Anweisung ergeht noch.

3. Die Berotung des Inhalts und der Fassung der künftigen Richtlinien für die wirtschaftliche Arzneiverordnung wird alsbald in Angriff genommen werden.

Inzwischen ist ein neuer Entwurf der Richtlinien für die wirtschaftliche Arzneiverordnung aufgestellt worden, der baldigst veröffentlicht werden soll.

Die Nachrichtenstelle der Stootskanzlei teilt mit, daß die Impfgegnervereine und der Impfgegner-Aerztebund in Sachsen vom sächsischen Minister des Innern mit sofortiger Wirkung aufgelöst worden sind.

Die Impfgegnervereine in Sachsen hoben schon längere Zeit eine Tötigkeit entfaltet, die mit wissenschaftlicher Ueberzeugung nichts mehr zu tun hatte. Sie hatten vielmehr in demagogischer Weise gegen ein bestehendes Reichsgesetz gehetzt und zum Ungehorsam gegen den Staat aufgefordert. Troß aller Ermahnungen hoben die Impfgegner neuerdings wieder versucht, die Staatsautorität zu untergraben, so daß es nötig wurde, die Impfgegnervereine in Sachsen aufzulösen und impfgegnerische Propaganda zu verbieten.

Die von den Impfgegnern behaupteten Gesundheitschädigungen, die durch das Impfen hervorgerufen werden sollen, sind teils unwohr, teils stark übertrieben. Unleugbare Tatsache ist, daß Millionen von Volksgenossen in Krieg und Frieden durch die Segnungen der Impfung vor Krankheiten, Not und Schmerzen bewahrt worden sind. Die Verantwortung, die der Staat allen Volksgenossen gegenüber mit seinen Schutzmaßnahmen gegen ansteckende Krankheiten zu tragen hat, verlangt auch die Impfung gegen die Blattern. Der Nutzen der Impfung für die Gemeinschaft des Volkes steht in jedem Falle unendlich viel höher als der Eigennuß, den der einzelne durch die Nichtimpfung zu haben glaubt. Do der Führer sich für die Durchführung der Impfung entschieden hat, haben alle Volksgenossen den Willen des Führers zu beachten.

Schweiz.

Erschwerung des Medizinstudiums in der Schweiz. Die vom Bundesrot vor einiger Zeit beschlossene

Verlängerung des Medizinstudiums von 11 auf 13 Semester löste bei den betroffenen Medizinstudenten berechtigte Sorge aus. Der Dorklinikerverband richtete daroufhin eine Eingabe an das Eidgenössische Departement des Innern, die zur Folge hatte, daß das ganze Fragengebiet noch einmal durch zwei Sachverständige überprüft wurde und zu einer Zwischenlösung führte, die auf Härten gegenüber den Studenten Rücksicht nimmt.

(D. Ae.-Bl.)

Finland.

Das finnländische Parlament nahm mit großer Mehrheit (144 gegen 14 Stimmen) in dritter Lesung einen Gesetzentwurf an, der die Sterilisation von Idioten, Schwachsinnigen, Sexualverbrechern sowie eine freiwillige Sterilisierung in Fällen schwerer Krankheit vorsieht.

Frankreich.

Die französische Sektion des Rotary-Klubs hat einen Preis von 10000 Fr. ausgesetzt für die beste Arbeit, die den Kampf gegen die aus sozialen Notständen entspringenden Krankheiten fördert.

(M. m. W.)

Rumänien.

Der „Deutsche Volksbund für Altrumänien“ hat die Einrichtung einer Poliklinik in Bukarest in Angriff genommen. Eine Anzahl junger deutscher Aerzte, die sich in der letzten Zeit niedergelassen haben, hat sich bereit erklärt, mitzumachen. Das evangelische Presbyterium hat die Räume zur Verfügung gestellt und auch sinonziell eingegriffen.

(M. m. W.)

Rußland.

In einem Bericht des Ausschusses für die Porteikontrolle wurde, nach einer Wiedergabe durch die „BZ.“, festgestellt, daß die Aerzte, die 1934 ihr medizinisches Studium beendet haben und verpflichtet waren, ihren Dienst im Dorf zu leisten, sich zum großen Teil dieser Verpflichtung entzogen haben. In einem Bezirk Groß-Rußlands, in den über 680 Aerzte entsandt waren, haben nur 400 die Arbeit im Dorfe angetreten. Aehnliche Fälle werden aus anderen Gebieten der Sowjetunion gemeldet. Der Ausschuß verlangt, daß diese Aerzte zur Verantwortung gezogen werden. In Zukunft soll den jungen Aerzten die Niederlassung in den Städten auf zwei bis drei Jahre nach der Ablegung des Exomens verboten werden. Die Aerzte fliehen aus den Dörfern, weil dort die Lebensbedingungen zu ungünstig sind.

(D. Ae.-Bl.)

Die Städte Moskau, Leningrad, Kiew, Odessa, Charkow, Boku, Swerdlowsk, Irkutsk und Chabarowsk haben Sanitätstflugzeuge für die erste Hilfe in Gegenden erhalten, wo keine Aerzte vorhanden sind oder die durch Elementarkatastrophen bedroht wurden.

(M. m. W.)

Ungarn.

In Temesvar hat die Deutsche Aerzteschaft ein eigenes Krankenhaus gegründet und eine Hilfskoffe für mittellose Kranke.

(M. m. W.)

Amerika.

Aerzteüberschuß in USA. Wie Dr. J. O. zum Busch in der „D. M. W.“ berichtet, starben in den Vereinigten Staaten von Nordamerika im Jahre 1933 3500 Aerzte und 5102 neue

Ärzte erhielten die Pragisbewilligung. Der Ueberschuß von 1500 beträgt etwa 1 v. H. der Zahl der insgesamt zur Zeit praktizierenden Ärzte. Die Bevölkerung dagegen nahm im Jahre 1930 nur um 0,6 v. H. zu, und diese geringe Zunahme vermindert sich von Jahr zu Jahr, da die Einwanderung gedrosselt ist und unter den Altbewohnern eine starke Geburtenbeschränkung stattfindet. Augenblicklich gibt es in den Vereinigten Staaten 156 440 Ärzte, es kommt also 1 Arzt auf 780 Personen gegen in England auf 1490, in Frankreich auf 1690, in Schweden auf 2890 und in Deutschland auf 1389 Einwohner. Man nimmt an, daß in Amerika ein genügender ärztlicher Dienst von 120 000 Ärzten ausgeübt werden kann, so daß heute schon 35 000 Ärzte zuviel da sind. Die American Medical Association will, wie es heißt, dafür sorgen, daß Abhilfe geschaffen wird und kein ärztliches Proletariat entsteht. Biering, der Präsident der Gesellschaft, empfiehlt hierzu vor allem einen Abbau der jetzt bestehenden 76 ärztlichen Fachschulen auf etwa die Hälfte und eine damit Hand in Hand gehende Verringerung der Studentenzahl, wie es bereits in Schweden geschehen ist. (D. Ae.-Bl.)

Im Staate New York wird gegen Chiropraktiker und Naturopathen vorgegangen. Die Betätigung auf diesen Gebieten ist für illegal erklärt. (M. m. W.)

Asien.

In China will man Briefmarken zur Gewinnung von Mitteln für Krebsbekämpfungszwecke herausbringen. Man hofft, nicht nur die Krankenhäuser ausbauen, sondern auch Radium anschaffen zu können. (M. m. W.)

Personalia

An folgenden deutschen Universitäten wurden Lehraufträge für Luftfahrtmedizin erteilt: Berlin: Dr. Siegfried Ruff; Bonn: Priv.-Doz. Schlomka; Breslau: Prof. Richard Wagner; Frankfurt a. M.: Dr. Erwin Spahmer, Gießen; Freiburg: Oberarzt Dr. Jahn; Gießen: Prof. Eberhard Koch, Bad Nauheim; Göttingen: Prof. H. Rein; Greifswald: Dr. Fritz Brauch; Hamburg: Priv.-Doz. H. Lottig; Halle: Priv.-Doz. H. Schnell; Jena: Priv.-Doz. Erich Schilling, Gera; Köln: Prof.

Hermann Frenzel; Königsberg: Prof. Wilhelm Berger; Marburg: Prof. Max Baur; München: Dr. G. A. Welz; Würzburg: Prof. Hubert Strughold.

Berlin. Prof. Graf Viktor Haller von Hallerstein wurde als Nachfolger von Prof. Stieve auf den Lehrstuhl der Anatomie in Halle berufen.

Zum Leiter der Reichsstelle für Sippenforschung, Berlin NW, Schiffbauerdamm (nicht mehr Sachverständiger für Rassenforschung beim Reichsministerium des Innern), wurde Dr. phil. Kurt Meyer, vom Rassen- und Siedlungsamt der SS., durch den Reichs- und Preussischen Innenminister ernannt.

Sitzungen

Ärztlicher Bezirksverein Neustadt a. d. H. und Ärztlicher Bezirksverein Landau (Pfalz).

Sitzung vom 17. März 1935 in Neustadt a. d. H. im Hotel „Lamm“, 20.30 Uhr.

Am 17. März hielt Herr Dr. Preisling von der „Bayer“ I.G. Farbenindustrie, Pharmazent.-wiss. Abteilung, einen Vortrag mit gleichzeitiger Vorführung eines wissenschaftlichen Filmes über „Ergebnisse der Hormonforschung“. Dieser Film stammt aus den wissenschaftlichen Forschungsstätten der I.G. Farbenindustrie. Der Vortragende führte folgendes aus: Der Organismus bedient sich zur Regulierung seiner Funktionen vornehmlich zweier Wege: 1. der Uebermittlung von Befehlen von einer Zentralstelle aus auf nervösem Wege und 2. des humoralen Weges: der Beeinflussung der Organe durch in den Saftstrom ausgeschiedene chemische Stoffe. Diese direkt in das Blut von einer Drüse abgegebenen Stoffe sind die Hormone (vom griechischen „hormao“).

Zwei Eigenschaften sind es, die vor allem die Hormone kennzeichnen: 1. ihre außerordentliche physiologische Wirksamkeit, 2. ihre ganz besondere Spezifität. Diese Eigenschaften erschweren das chemische Studium dieser Körper im hohen Maße. So kommt es, daß von den bisher sichergestellten Hormonen nur wenige chemisch voll erforscht sind. Es gelang aber, den größten Teil der Hormone kristallin und damit in chemisch reinem Zustand zu erhalten. Diese wurden der Therapie zunutze gemacht.

Redner zeigte dann an Hand des fast eine Stunde laufenden, sehr interessanten Filmes die biologischen Einstellungsmethoden,

Die deutsche Ärzteschaft will selbst dosieren!

Dieser Leitfaden war für die Herstellung unseres neuen Erzeugnisses „Pelargon“ maßgebend.

„Pelargon“ ist ein

Milchsäure - Vollmilchpulver

ohne Kohlehydratzusatz

zur Bereitung einer hochwertigen Säuglings- und Kleinkindermilch in jeder gewünschten Konzentration.

Der Arzt ist also in der Lage, die Dosierung von Fall zu Fall selbst zu bestimmen.

„Pelargon“ wird aus bester Alpen-Vollmilch des bayerischen Allgäus hergestellt und steht unter ständiger Kontrolle der Universitäts-Kinderklinik München.

Literatur durch Deutsche A.-G. für Nestlé Erzeugnisse, Berlin-Tempelhof, Tellestraße 13-16.

Pelargon



NESTLÉ

Deutsches Erzeugnis

mittels derer es gelingt, Hormonpräparate mit stets gleicher, wirksamer Substanz herorzubringen.

Zuerst die Nebenniere, deren wirksames Prinzip das Suprarenin ist.

Dann das Insulin; interessant ist der hypoglykämische Schock des Koninchen, der durch Traubenzuckerinfusion sofort behoben wurde.

Als Drittes die Schilddrüse: Stoffwechselformon. Es vermag die Verbrennungsvorgänge im Organismus anzufachen. Die biologische Auswertung geschieht an der Kaulquappe (Metamorphosebeschleunigung) und am Agolotl (mexikanischer Feuer salamander). Die Hypophyse nimmt mit ihren vielseitigen Wirkungen auf den Organismus einen breiteren Raum im Film ein. Der Hypophysenvorderlappen umfaßt nach den neuesten Forschungen 18 biologisch wirksame Hormone. Ein solches Vorderlappenpräparat ist unter dem Namen Proloban im Handel. Prolan, ebenfalls ein Hypophysenvorderlappenpräparat, hat nur gonadotrope Wirkung. Es wirkt z. B. nur auf die weiblichen Gonaden (Ovarien) (Prolan-A- und Prolan-B-Wirkung).

Der Hypophysenhinterlappen (Hypophysin) zerfällt in zwei Komponenten: 1. Orafthin: nur uteruswirksam (ohne Blutdrucksteigerung), 2. Tonaphin: Blutdrucksteigerung, Darmperistaltikanregung und Diabetes insipidus. Die Auswertung der beiden Hypophysenextrakte wurde am isolierten Uterus bzw. am isolierten Darm sehr anschaulich im Film gezeigt.

Zum Schluß wurden im Film die beiden Hormone: Unden und Erugon behandelt. An Hand von äußerst geschickten Trickaufnahmen kam zunächst der Zusammenhang Ovarien-Hypophyse sehr klar zum Ausdruck. Bildung von Follikelhormon (Unden) und die sich hieraus ergebende Bildung von Corpus-luteum-Hormon (Lutren), während sich gleichzeitig die Uterusschleimhaut auf die Nitidation des Eies vorbereitet. Die Hypophyse ist bei diesem Vorgang der übergeordnete Aktivator.

Das männliche Geschlechtshormon (Erugon) wird am Hahnenkamm testiert, d. h. man beobachtete die Wirkung des Hodenhormons an den Kämmen und Bartlappen des kastrierten Hahnes. Ueberzeugend sind die Bilder des behandelten und nicht-behandelten kastrierten Hahnes.

Der äußerst interessante Film, der beim Abrollen durch erklärende Worte des Herrn Dr. Preisling begleitet wurde, vermittelte uns ein klares Bild über die moderne Hormontherapie und gab den anwesenden Kollegen manche Anregung.

Dr. Roediger, Landau.

Bekanntmachungen

Dienstesnachricht.

Die Stelle eines Bezirksarztes für den Verwaltungsbezirk Frankenthal (Stadt und Bezirksamt) ist auf 1. September 1935 neu zu besetzen.

Bewerbungs- (Versehungs-) Gesuche sind beim Staatsministerium des Innern bis 1. Juni 1935 einzureichen. Bewerber aus dem Kreise der Anwärter für den ärztlichen Staatsdienst haben der Bewerbung den Nachweis der arischen Abstammung (gegebenenfalls auch für die Ehefrau) beizulegen.

Ärztliche Sterbekasse für Oberbayern-Land.

Herr Dr. med. Mayr, Bezirksarzt a. D., Degerndorf b. Brannenburg, ist gestorben. Das Sterbegeld wurde umgehend angewiesen. Die Einziehung des fälligen Beitrages wird bei den Kassenärzten durch die zentrale Abrechnungsstelle für Ober-

bayern in München vorgenommen. Einzelmitglieder bitte ich, den Betrag von 5.— RM. pro Sterbefall an die Bezirksparthasse Trostberg, Postcheckkonto 5997 München, unter Benützung des Aufklebers zu überweisen.

Dr. med. G. Hellmann, Amtsleiter,
Trostberg.

Institut für physikalische Therapie und Röntgenologie der Universität München.

(Ziemsenstr. 1a, Fernspr. 597150.)

Am Sonntag, den 2. Juni 1935, findet eine Studien-Exkursion nach Bad Reichenhall statt, zu welcher ich die Kolleginnen und Kollegen freundlichst einlade. Nähere Angaben über Exkursionspreis und Abfahrtszeit sind in meinem Büro unter Nr. 597150 zu erfragen. Dort bitte ich auch die eventuellen Anmeldungen zur Teilnahme bekanntzugeben. Anmeldungsfrist Freitag 12 Uhr. Boehm.

Fortbildungskursus über Klinik der Herzkrankheiten in Bad Elster.

Der für den 31. Mai/1. Juni 1935 angelegte ärztliche Fortbildungskursus über Klinik der Herzkrankheiten mußte besonderer Gründe wegen auf den 14./15. Juni 1935 verlegt werden. An der bereits bekanntgegebenen Liste der Vortragenden ändert sich nichts.

Bücherchau

Die Blutegelbehandlung. Ein vielseitiges Verfahren der Biologischen Medizin. Mit 52 Krankengeschichten und 6 Abbildungen. Von Dr. Heinz Bottenberg, Arzt in Frankfurt a. M. Hippocrates-Verlag G. m. b. H., Stuttgart. Kart. RM. 5.80, Ganzleinen RM. 7.—.

Der Indikationsbereich der Blutegelbehandlung wird in diesem Buche erstmals auf exakter Grundlage weitgehend verbreitert. Die Technik wird ausführlich besprochen, die wissenschaftlich-experimentelle Fundierung nach jeder Richtung hin klargestellt. An Hand einer großen Zahl eigener Krankengeschichten und denen namhafter anderer Aerzte empfiehlt der Verfasser die Blutegelbehandlung für zahlreiche Krankheitszustände, da sie imstande ist, eine hervorragende örtliche und allgemeine Entlastung, Umstimmung und Entgiftung hervorzurufen. S.

Die Beurteilung und Behandlung Herzkranker. Von Prof. Dr. Richard Siebeck, Berlin. Klinische Lehrkurse der „Münchener medizinischen Wochenschrift“, Bd. 13. J. S. Lehmann, München 1935. Geh. RM. 4.80, Lwd. RM. 6.—.

Die hervorragende Aufsatzreihe, die als kleines Buch erscheint, ist während der letzten fünf Jahre in der „Münchener medizinischen Wochenschrift“ erschienen. Das wertvolle Buch dient dem ärztlichen Alltag, deshalb wurde mit Absicht manches Einzelne, Selteneres und Spezialistische zurückgestellt. Methoden, deren Wert zwar unbestritten, die aber der praktische Arzt nicht üben kann, sind nur kurz angeführt. Die verschiedenen Abschnitte und Kapitel sind als Aufsätze erschienen, weshalb einzelne Wiederholungen nicht zu vermeiden sind. Das Hauptbestreben des Verfassers ist es, das Allgemeine und Grundfällige zu betonen und zu einer ganz bestimmten ärztlichen Einstellung anzuleiten. In dem Buche wird dargestellt, was für das Verständnis des Herzkranken zu wissen nötig ist; es schließt sich eine Analyse der einzelnen Symptome an. In weiteren Abschnitten wird die Entwicklung und der Verlauf der Herzkrankheiten besprochen. Zum Schluß wird die praktische Durchführung der Beurteilung und Behandlung des Kranken zusammenfassend behandelt. S.

Schriftleitung: Dr. Philipp Wechsner, Haar — Anzeigen: Ernst Scharfänger, München-Nymphenburg. DA. 6500 (I. Uj. 35.). Pl. 3.

Anfragen und Zuschriften, die Schriftleitung betreffend, erbeten an Dr. Ph. Wechsner, Haar b. München, Telefon 475 224.

Redaktionsfrist Mittwoch abend der Woche vor Erscheinen.