Bayerisches

Aerztliches Correspondenzblatt

Bayerische Aerztezeitung.

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

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

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

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

№ 40. München, 6. Oktober 1928. XXXI. Jahrgang.

Inhalt: Vom 10. Bayerischen Aerztetag in Neustadt a. d. H. — Die Bekämpfung der Lungentuberkulose auf Grund der jetzigen Anschauung. — Individuelle Privatkrankenversicherung bei dem jeweils freigewählten Arzt. — 9. Fortbildungslehrgang über Tuberkulose in Scheidegg. — Tarife für die Landesversicherungsanstalt von Oberbayern. — Vereinsmitteilungen: Münchener Aerzteverein für freie Arztwahl; Nurnberg E. V. — Bücherschau.

Zum 70. Geburtstag von Joseph Graßl.

In den letzten Tagen konnte Herr Obermedizinalrat Dr. Joseph Graßl, Bezirksarzt a. D. in Kempten, seinen 70. Geburtstag feiern.

Graßl entstammt einem alten bayerischen Bauerngeschlecht. Daher rührt offenbar seine robuste Persönlichkeit, die das, was sie als wahr erkannt hat, mit bayuwarischer Zähigkeit, vermengt mit urwüchsigem Humor, vertritt. Bekannt ist sein Buch „Blut und Brot", in dem er sein großes Wissen um die Lebensgesetze und Wirtschaftsbedürfnisse des Volkes, dem er entstammt und mit dem er verwachsen ist, verwertete.*)

Wir wünschen Graßl, der sich noch voller geistiger und körperlicher Frische erfreut, daß er seinen Kollegen und der Allgemeinheit noch recht lange erhalten bleiben möge!

Einladungen zu Versammlungen.

Kreisausschuss für Oberfranken.

Am Sonntag, dem 21. Oktober, nachmittags 1½ Uhr, findet im Hotel „Anker" in Lichtenfels Sitzung des Kreisausschusses des Aerztlichen Kreisverbandes (Gaues) Oberfranken statt. — Tagesordnung: Satzungen der Sterbekasse der Aerzte Oberfrankens. Besprechung verschiedener Anträge vom 10. Bayerischen Aerztetag in Neustadt. Zu diesem Kreisausschuß hat jeder ärztliche Bezirksverein einen Abgeordneten zu entsenden. Der Abgeordnete braucht nicht Delegierter zur Landesärztekammer zu sein.

Die Herbsttagung der oberfränkischen Aerzte wird voraussichtlich am Sonntag, dem 4. November, in Kulmbach stattfinden. Nähere Mitteilungen ergehen noch.

Dr. Kröhl.

Vom 10. Bayerischen Aerztetag in Neustadt an der Haardt am 22. und 23. September 1928.

Von Geheimrat Dr. Herd, Bamberg.

Durch das vielfach gewundene Neckartal mit seinen waldigen Höhen, seinen Burgen und Städtchen trägt uns der Zug, unter dem Heidelberger Schloß, diesem Denkmal französischen Vandalismus und Sadismus. Bei Mannheim nähern wir uns dem Rhein. Da — uns allen gibt es wie einen Stich ins Herz: ein blau-weiß-rotes Schilderhaus — davor ein Mann in hechtgrauer Uniform mit grünem Stahlhelm: der erste französische Soldat. Wir fahren über die große Brücke. Von unten grüßt uns der Rhein. Aber eine rechte, frohe Stimmung vermag nicht aufzukommen. An den rauchenden Essen der Industriestadt Ludwigshafen vorüber fahren wir hinaus in die gesegnete Pfälzer Rheinebene. Da tut sich ein wunderbares Bild vor unseren Blicken auf. Wie wir zu Hause durch Kartoffel- und Getreidefelder fahren, so fahren wir hier durch üppige, grünende Weingärten mit schwellenden Trauben; soweit das Auge blickt, nur Wein, Wein. Und plötzlich steigt aus dem Dunst der Ebene die hohe, schön geschwungene Silhouette des Haardtgebirges empor, waldbewachsen, gekrönt mit Burgen und am Fuß Ortschaft an Ortschaft, deren Namen uns genannt werden, längst vertraute Namen: Ungstein, Wachenheim, Deidesheim, Forst, Ruppertsberg, Königsbach!

Wir fahren in Neustadt ein, herzlichst begrüßt von den Pfälzer Kollegen. Zahlreiche Fahnen wehen uns zu Ehren: weiß-blau und schwarz-rot-gelb. Wir haben Zeit, uns die Stadt anzusehen: wir durchwandern die alten, malerischen Stadtwinkel mit ihren Gäßchen, Winkeln, Giebeln und Erkern, wir stehen vor der mächtigen gotischen Stiftskirche mit ihren zwei ganz verschiedenartigen Türmen. Und dazwischen immer wieder französische Soldaten! An den Straßenecken lesen wir unter der deutschen Straßenbezeichnung stets auch die französische Bezeichnung. Dabei laufen komische Uebersetzungen unter, z. B. Reutherstraße = Rue du chevalier. Ein kurzer Spaziergang auf nahegelegene Höhen eröffnet wunderbare Fernblicke auf den Pfälzer Wald und weit hinaus in die Rheinebene.

Die Verhandlungen des Aerztetages fanden im „Saalbau" statt, einem großzügigen, weiträumigen Gebäude mit einem sehr großen Saale und vielen Nebenräumlichkeiten. Der Bau stammt schon aus dem Jahre 1873, für die damals recht kleine Stadt (Neustadt zählt heute erst 20000 Einwohner) ein gewaltiges Unternehmen, ein Zeichen für die Wohlhabenheit der Stadt und ihrer Bewohner. Der große Saal bietet Raum für ganz große Veranstaltungen. Wegen seiner großen Höhe geht leider manches Wort der Verhandlungen verloren. Ein Teil des Saalbaus dient als französische Kaserne! Wir erfahren, daß noch bei 120 Familien der Stadt französische Einquartierung liegt.

*) Verlag der Aerztlichen Rundschau Otto Gmelin München. M. 3. —.

Am 22. September, 9 Uhr vormittags, in Gegenwart von 121 Abgeordneten der Bezirksvereine (sie vertraten 171 Mandate), aber auch in Anwesenheit vieler Ehrengäste sowie vieler Aerzte aus der Pfalz und auch aus dem rechtsrheinischen Bayern, eröffnete der Vorsitzende, Herr Stauder, den 10. Bayerischen Aerztetag. Seine eindrucksvolle Eröffnungsrede ist schon in Nr. 39 dieses Blattes zu lesen. Sie gab, wie immer, den richtigen Auftakt zum Aerztetag. Es wurden die besonderen Aufgaben der bevorstehenden Tagung besprochen. Die Anfangs- und die Schlußworte galten den Pfälzer Kollegen. Bedeutsam ist, daß wir zum erstenmal den Aerztetag in der neuen Form, entsprechend dem bayerischen Aerztegesetze, begehen. Der Hauptpunkt der Tagung ist die Bekämpfung der Lungentuberkulose. Im Zusammenhang damit steht die Regelung der Fürsorgetätigkeit. Die Freiheit des ärztlichen Berufs darf durch den Ausbau staatlicher Fürsorge nicht unterbunden werden. Diese ärztliche Freiheit wird aber besonders gefährdet, falls die Erhöhung der Versicherungspflichtgrenze unter Einbeziehung der freien Berufe in der kommenden Novelle zur Reichsversicherungsordnung Gesetz würde. Der Redner führte aus, es handle sich um die Entscheidungsstunde über die wirtschaftliche Freiheit des Standes. Die Lage sei nur dann zu meistern, wenn ein einmütiger Wille zur Abwehr und eine geschlossene Einheit aller Aerzte die Führer befähigt, im Namen des ganzen Standes zu handeln. Der Redner gedachte fernerhin des verstorbenen hochverdienten Führers der schwäbischen Aerzte, Herrn Radwansky von Neu-Ulm.

Als Ehrengäste wurden begrüßt die Vertreter des Staatsministeriums des Innern, Geheimrat Prof. Dr. Dieudonnée und Ministerialrat Dr. Wirschinger, der persönlich erschienene Regierungspräsident der Pfalz, der Schöpfer des Gesetzes über die bayerische Aerzteversorgung, Dr. med. h. c. Pfülf, Oberregierungsrat Hilger von der Bayerischen Versicherungskammer, die Medizinalreferenten fast sämtlicher Kreisregierungen, die Vorstände einiger Landesversicherungsanstalten, Oberregierungsrat Wagner, Vorstand des Bezirksamts Neustadt, I. Bürgermeister Forthuber, die Vertreter der bayerischen Krankenkassenverbände, Vertreter der Zahnärzte und Apotheker, der Vertreter des Geschäftsausschusses des Deutschen Ärztevereinsbundes, Schneider (Potsdam), der Vorsitzende des Hartmannbundes, Streffer (Leipzig), Vertreter der Aerzte aus Württemberg, Baden, Hessen, Saarland, Universitätsprofessoren aus Heidelberg, Vertreter der öffentlichen und Standespresse, besonders herzlich aber die Pfälzer Kollegen, an ihrer Spitze der ums Dasein der Pfalz so hochverdiente Reichstagsabgeordnete Geh. San.-R. Dr. Bayersdörfer (Neustadt), der Führer der Pfälzer Aerzte Geh. San.-R. Maxon (Landau) und der Vorsitzende des Aerztlichen Bezirksvereins Neustadt, Dr. Spies.

Namens des Staatsministers des Innern Dr. Stützel, namens der Regierung der Pfalz und der anderen staatlichen Stellen dankte Geheimrat Dr. Dieudonnée. Er erwähnte rühmend die vorbildlichen Anstalten und Fürsorgeeinrichtungen der Pfalz, die systematische Bekämpfung des Typhus, der früher in der Pfalz weite Verbreitung hatte. Jetzt sei die Pfalz typhusfrei. Nach Anschauung der Staatsregierung kann nur ein unabhängiger, freier Aerztestand für die Gesundheit des Volkes in Frage kommen.

I. Bürgermeister Forthuber brachte herzlichen Willkommgruß der Stadt Neustadt.

Schneider (Potsdam) sprach für Geschäftsausschuß, Hartmannbund und die anderen Ländervertretungen.

Rechtsanwalt Dr. Nürmberger (Nürnberg) sprach für die Kassenverbände, Kollege Dr. Roediger (Landau) für den Verein Pfälzer Aerzte. Ein Schreiben des Herrn Staatsministers Dr. Stützel mit warmen Begrüßungsworten wird verlesen.

Nun wird in die Tagesordnung eingetreten. Den Jahresbericht erstattete der Landesvertreter, Herr S.-R. Dr. Steinheimer (Nürnberg): Die Neubildung der ärztlichen Bezirksvereine ist vollzogen. Nach Zusammenlegung einiger kleinerer Vereine bestehen nun 65 Bezirksvereine. Einzelne Schwierigkeiten bestehen noch bei der Meldung der Mitglieder, vor allem der Amtsärzte und der keine Praxis ausübenden Aerzte. Die Wahlen in den Bezirksvereinen sind meist ohne Schwierigkeit verlaufen, sowohl der Vorstandschaften wie der Abgeordneten. Die Mitgliederzahl beträgt jetzt 5181. 179 Abgeordnete sind gewählt. Die wichtigste und einschneidendste Aenderung nach dem Aerztegesetz ist die Einführung der Berufsgerichte. Bericht über die bisherige Tätigkeit der Berufsgerichte, Stellungnahme zu den Anträgen der Bezirksvereine. Eine Berufungsinstanz in der Facharztfrage muß gebildet werden, da die Kreisinstanzen weggefallen sind. — Bei den Wohlfahrtseinrichtungen ist keine wesentliche Aenderung zu verzeichnen. Es bestehen 55 Sterbekassen und 19 Krankenkassen. Eine Krankenunterstützungskasse für das ganze Land kann wohl nicht eingerichtet werden.

Bayerische Aerzteversorgung. Das Gutachten des Prof. Böhm ist erstattet. Nach diesem Gutachten muß die finanzielle Lage der Anstalt als eine sehr gute bezeichnet werden. Das Gutachten bedarf noch einer Ergänzung und Erweiterung. Ob der Rentenversicherung noch eine Kapitalversicherung angegliedert werden kann, ist noch fraglich. Die Anstalt zählt jetzt 6380 Mitglieder. An Versorgungsempfängern sind vorhanden:

132 Altersrentner	(beziehen jährlich	34836	RM.)
79 Ruhegeldempfänger	„ „	156681	„
207 Witwen	„ „	203636	„
176 Waisen	„ „	49148	„

Das Vermögen beträgt 13,2 Millionen RM.

Es wird in die Behandlung der vorliegenden Anträge eingetreten.

Antrag Mayer (Dillingen): Ordnung des Vorverfahrens im berufsgerichtlichen Verfahren (Bayer. Aerztl. Correspondenzblatt Nr. 35).

Hierzu wird der Antrag des Vorstandes (unter Zustimmung des Antragstellers) angenommen:

„Die Ordnung des Vorverfahrens im berufsgerichtlichen Verfahren durch Herrn Prof. Dr. Mayer (Dillingen) ist sehr sorgfältig durchgearbeitet, und die gegebenen Ausführungen sind als Richtlinien empfehlenswert. Ob aber eine für die Bezirksvereine bindende Regelung des Vorverfahrens jetzt schon am Platze ist, scheint zweifelhaft. Wir treten zunächst in eine Periode der Berufsgerichtsbarkeit ein, in der Erfahrungen gesammelt werden müssen, und das Ergebnis der Erfahrungen der nächsten Jahre ist zweckmäßigerweise abzuwarten. Auch ist die Belastung der im Standesleben tätigen Kollegen durch das Studium der Aerzteordnung, der Berufsgerichtsordnung, der Neuorganisation der Bezirksvereine und der wirtschaftlichen Verbände zunächst eine ziemlich große. Es empfiehlt sich daher, mit weiteren Ordnungen zu warten, bis die neuen, umfangreichen Vorschriften sich eingelebt haben."

Antrag des Aerztlichen Bezirksvereins München-Land, begründet durch Herrn Schneider (Solln):

„Die Landesärztekammer wird ersucht, dem Deutschen Reichstag zu § 53 der Reichsgewerbeordnung vom 26. Juli 1900, welcher lautet: ‚Approbationen können von der Verwaltungsbehörde nur dann zurückgenommen werden, wenn die Unrichtigkeit der Nachweise dargetan wird, auf Grund deren solche erteilt worden sind,

oder wenn einem Inhaber der Approbation die bürgerlichen Ehrenrechte aberkannt sind, in letzterem Falle jedoch nur für die Dauer des Ehrenverlustes folgende Zusatzänderung nahezulegen:

„Die Approbation kann ferner zurückgenommen werden, wenn der approbierte Arzt geisteskrank geworden ist, für die Dauer der geistigen Erkrankung.“

Hierzu teilt Herr Ministerialrat Dr. Wirschinger mit: Die bayerische Staatsregierung hat schon vor zwei Jahren eine entsprechende Anregung bei der Reichsregierung gestellt. Eine Antwort ist noch nicht ergangen.

An der Aussprache beteiligt sich noch Herr Neustadt (München).

Der Antrag wird der Vorstandschaft als Material für weitere Behandlung hinübergegeben.

Antrag des Vorstandes: „Die Landesärztekammer beschließt, einen Berufungsausschuß für Zuerteilung des Facharzttitels einzusetzen. Die Zusammensetzung dieses Ausschusses soll der Vorstand beschließen.“ Wird angenommen.

Anregungen des Aerztlichen Bezirksvereins Augsburg behufs Ueberwachung der Korrekturbogen des Aerztlichen Handbuches und der Aerzteverzeichnisse in den Einwohnerbüchern der einzelnen Städte werden dem Vorstand als Material hinübergegeben.

Hierzu spricht Herr Hoeber.

Antrag des Vorstandes:

„Zur Feststellung der ärztlichen Begründung für eine Schwangerschaftsunterbrechung ist, von dringenden Notfällen abgesehen, die vorherige Beratung mit wenigstens noch einem zweiten Arzt erforderlich. An Orten, wo die Kollegen jetzt schon verpflichtet sind, mit zwei Kollegen eine Beratung betreffs Schwangerschaftsunterbrechung abzuhalten, verbleibt es bei diesem Beschluß. Die Bezirksvereine wählen einen oder mehrere Aerzte als Berater (consiliarii); wo mehrere Aerzte bestimmt werden, sollen möglichst Fachärzte für Frauenkrankheiten, innere Krankheiten und Nervenkrankheiten vertreten sein. Das Ergebnis der Beratung ist in einem Protokoll festzulegen, das eine genaue Begründung enthalten muß. Jedes Protokoll dieser Art ist versiegelt und mit der Aufschrift der beteiligten Aerzte an die vom zuständigen Bezirksverein zu bestimmende Stelle zur Aufbewahrung zu übergeben.

Vorstehende Richtlinien sind nach Art. 11 Ziffer II AeG. für alle in Bayern wohnenden und berufstätigen Aerzte verbindlich.

(Auf die einschlägigen Beschlüsse des Passauer Aerztetages vom Jahre 1925, Leitsätze Hoeber und Dreyer, und auf die diesbezüglichen Beschlüsse des Leipziger Aerztetages vom Jahre 1925, Leitsätze Vollmann, sowie auf den diesbezüglichen Beschluß des Geschäftsausschusses des Deutschen Aerztevereinsbundes wird hingewiesen.)“

Besprechung: Herr Klauser (Koburg) bemängelt, daß nicht in allen Fällen zwei Kollegen zur Beratung beigezogen werden müssen.

Herr Stauder (Nürnberg) bemerkt, auf dem Lande sei dies in vielen Fällen nicht möglich.

Es spricht noch Herr Neustadt (München).

Bei der Abstimmung werden die Richtlinien mit allen gegen 2 Stimmen für verbindlich erklärt.

Herr Steinheimer erstattet den Kassenbericht. Die Kassenverhältnisse sind gut. Die Vereinsbeiträge werden im allgemeinen regelmäßig eingezahlt. Die Kassenprüfer (die Herren Stark und Herd) stellen Antrag auf Entlastung. Die Entlastung wird erteilt.

Der Voranschlag für das nächste Jahr wird genehmigt. Der Beitrag wird in der bisherigen Höhe (6.— RM. für das Mitglied) festgesetzt. Hierzu kommen noch 40.— RM. für den Verein zur Unterstützung invalider, hilfsbedürftiger Aerzte.

Der Vorsitzende spricht dem Landessekretär, Herrn Steinheimer, für seine musterhafte, eifrige Geschäftsführung und Kassenführung den Dank der Landesärztekammer aus.

Herr Stark spricht noch zu dem gedruckt vorliegenden Jahresbericht des Vereins zur Unterstützung invalider hilfsbedürftiger Aerzte. (Bayer. Aerztl. Correspondenzblatt Nr. 31.) Sein Antrag auf Zusammenarbeit in der bisherigen Form wird angenommen.

Sodann werden die Wahlen vorgenommen.

Die Wahl der Abgeordneten für Würzburg wird beanstandet, da dort ein Abgeordneter zu wenig gewählt wurde. Die Wahl wird für ungültig erklärt; sie muß wiederholt werden. Bei der nachfolgenden Wahl des Vorstandes wird die Stelle des einen Vertreters für Unterfranken freigehalten. Sie wird nach dem Ausfall der Wahlen in Würzburg besetzt.

Die Wahl von 22 Vorstandsmitgliedern nach § 7 Abs. 5 der Satzung muß durch Stimmzettel vorgenommen werden. Es liegt die Vorschlagsliste der Abgeordneten der einzelnen Kreise und des Vorstandes vor. Herr Schömig (Rottendorf) schlägt aber noch Herrn Klitsch (Hof) vor. Die Wahl wird vorgenommen. Das Ergebnis kann erst später festgestellt werden.

Als Vertreter der medizinischen Fakultäten wird durch Zuruf Herr Geheimrat Dr. Schieck (Würzburg) gewählt. Als Vertreter der Assistenzärzte, ebenfalls durch Zuruf, Herr Dr. Tiemer (Erlangen). Vom Medizinalbeamtenverein wird Herr Obermedizinalrat Dr. Seiderer (München) zur Zuwahl vorgeschlagen.

Die Mitglieder der Kreisberufsgerichte und ihre Stellvertreter

und ebenso die Mitglieder des Landesberufsgerichts und ihre Stellvertreter

werden durch Zuruf wiedergewählt.

Nun beginnt die Behandlung des Hauptthemas des Aerztetages: Die Bekämpfung der Lungentuberkulose auf Grund der jetzigen Anschauung.

Ueber die wissenschaftlichen Grundlagen spricht Herr Geheimrat Dr. v. Romberg (München) in ausgezeichneter, klarer Weise.

(Referat siehe S. 499.)

Der Vortragende erläuterte seine Ausführungen durch eine Reihe sorgfältig ausgeführter und ausgewählter Lichtbilder. Die Ausführungen fanden den lebhaftesten Beifall der Versammlung.

Nach ihm sprach in ruhiger, klarer Weise Herr Geheimrat Dr. Frankenburger (Nürnberg) über die Aufgaben der Fürsorgestellen.

(Das Referat folgt in nächster Nummer.)

Auch seine Ausführungen fanden lebhaften Beifall. In der ihm eigenen temperamentvollen, eindringlichen Weise sprach hierauf Herr Geheimrat Dr. Dörfler (Weissenburg) über die Auswirkungen für den praktischen Arzt.

(Das Referat folgt in nächster Nummer)

(Lebhafter, anhaltender Beifall.)

Die ausführlichen Leitsätze der drei Berichterstatter sind in Nr. 30 dieses Blattes veröffentlicht.

Zu diesem Gegenstand liegt der nachstehende Antrag des Vorstandes vor:

„Die Bayerische Landesärztekammer stimmt den Leitsätzen der Berichterstatter v. Romberg, Frankenburger und H. Doerfler zu. Sie erkennt es als Pflicht aller bayerischen Aerzte, die Bekämpfung der Lungentuberkulose auf Grund der in den Leitsätzen aufgestellten Richtlinien tatkräftigst durchzuführen. Für die baye-

rische Aerzteschaft erwächst bei der Bekämpfung dieser Volksseuche die Pflicht, die Zusammenarbeit aller praktizierenden Aerzte mit den Fürsorgestellen und Medizinalbehörden sicherzustellen.

Die Landesärztekammer beauftragt den Vorstand, einen dauernden Ausschuß einzusetzen zur Durchführung der Richtlinien, zum Ausgleich von örtlichen Meinungsverschiedenheiten und Streitpunkten sowie zur dauernden Beratung und Bearbeitung des gesamten Fürsorgearztgebietes. In diesem Ausschuß, der für alle Fürsorgefragen tätig sein soll, sollen Fürsorgeärzte, Hochschullehrer und frei tätige Aerzte gemeinsam tätig sein. Die Bezirksvereine sind verpflichtet, örtliche Streitigkeiten, falls dieselben nicht ausgeglichen werden können, diesem Ausschuß zur Vermittlung zu unterbreiten.

Die Landesärztekammer hält es für richtig, daß sie im Vorstande des Landesverbandes zur Bekämpfung der Tuberkulose durch ein Vorstandsmitglied vertreten ist. Ferner erscheint es ihr richtig, daß Vertreter der ärztlichen Bezirksvereine im Vorstande aller örtlichen Organisationen, die der Gesundheitsfürsorge, insbesondere der Tuberkulosebekämpfung dienen, Sitz und Stimme haben. Vornehmlich kommt eine solche Vertretung in Zweckverbänden und entsprechenden Arbeitsgemeinschaften und unter Umständen in den Bezirksfürsorgeausschüssen in Frage."

Es liegt ferner ein eingehender Antrag des Bezirksvereins Nürnberg vor.

An die Ausführungen der Berichterstatter schließt sich eine ausgedehnte Besprechung an. Aus dieser ist hervorzuheben:

Herr Bezirksarzt Dr. Weber (Kaiserslautern) nimmt Stellung als Vertreter der Medizinalbeamten. Die Durchführung der Fürsorge ist mit die Aufgabe der Amtsärzte. In vielen Bezirken wird der Amtsarzt auch Fürsorgearzt sein müssen.

Herr Christoph Müller spricht als Vertreter der Röntgenfachärzte. Er legt sieben Leitsätze vor. Er betont die Erfolge der Münchener Lungenfürsorgestellen.

Herr Oberarzt Dr. Schmidt von der pfälzischen Lungenheilstätte Ramberg äußert sich vom Standpunkte des Heilstättenarztes aus.

Hier werden die Verhandlungen unterbrochen und das Ergebnis der schriftlichen Vorstandswahlen bekanntgegeben. Gewählt sind die Herren: Christoph Müller (München), Glasser (Brannenburg), Deidesheimer (Passau), Schmitz (Abbach), Maxon (Landau), Bayersdörfer (Neustadt a. d. Haardt), Kohler (Regensburg), Preuß (Pyrbaum), Herd (Bamberg), Bullinger (Burgkunstadt), Stauder (Nürnberg), Dörfler (Weissenburg), Schömig (Rottendorf), Hoeber (Augsburg), Ahr (Memmingen), Bergeat (München), Fr. Fischer (München), Pettenkofer (München), Butterus (Nürnberg), Reisinger (Reichenhall), Wille (Kaufbeuren).

Die Stelle für einen Vertreter von Würzburg bleibt zunächst noch offen.

Herr Glasser (Brannenburg) vom Standpunkt des Landarztes. Die Einweisung in Lungenheilstätten ist jetzt auch bei schwereren Fällen möglich. Die Tätigkeit der Fürsorgeschwestern ist nicht immer einwandfrei. Vortragender hat in seiner Heimat gute Erfolge bei Aufenthalt in Höhenlage gesehen.

Herr Gugenheim (Nürnberg) begründet die Anträge Nürnberg.

Herr Niedermaier (Obernzell): Auch auf dem Lande ist die Tuberkulosefrage vielfach eine Wohnungsfrage. Mangelnde Reinlichkeit ist leider zu beklagen. Eine Fuhre Kalk könnte bei vielen Wohnungen Gutes wirken.

Herr Deidesheimer (Passau) spricht für Abhaltung von Sprechtagen auf dem Lande.

Herr Mayer (Dillingen) spricht über eine neue Methode zur Auffindung von Tuberkelbazillen und die Bedeutung des Schillingschen Blutbildes.

In seinem Schlußwort betont Herr v. Romberg: Die Bedeutung der Lungenspitzen soll nicht depossediert werden, ebensowenig die Bedeutung der physikalischen Diagnostik. Nur zur Feststellung der Frühinfiltrate und Frühkavernen genügt sie nicht.

Herr Dörfler geht noch kurz auf die Anträge der Röntgenfachärzte, des Bezirksvereins Nürnberg und auf Anregungen des Bezirksvereins Augsburg ein und empfiehlt, sie dem neu zu bildenden Ausschuß (Antrag der Vorstandschaft) als Material hinüberzugeben.

Die Leitsätze der Berichterstatter werden gegen 1 Stimme angenommen.

Der Antrag des Vorstandes wird einstimmig angenommen.

Die übrigen Anträge und Anregungen werden als Material hinübergegeben.

Die Wahl des 1. Vorsitzenden muß nach der Satzung durch Stimmzettel vorgenommen werden.

Herr Stauder wurde mit überwältigender Mehrheit wiedergewählt.

Um 5½ Uhr wurde die Sitzung geschlossen.

* * *

Am 23. September, 9 Uhr vormittags, eröffnete Herr Stauder die II. Hauptversammlung des Bayerischen Aerzteverbandes. Er begrüßte als Ehrengäste den Vertreter des Staatsministeriums für Landwirtschaft und Arbeit, Herrn Staatsrat Wimmer, die Vertreter der Krankenkassenverbände und den Vorsitzenden des Hartmannbundes, Herrn Streffer.

Den Jahres- und Kassenbericht erstattete Herr Steinheimer (Nürnberg). Er warf einen Rückblick auf die Bildung des Bayerischen Aerztevereins. Die Umbildung in den Vereinen ist in der Hauptsache durchgeführt. Meistens besteht Personengleichheit in der Vorstandschaft der Bezirksvereine und ärztlich-wirtschaftlichen Vereine. 76 ärztlich-wirtschaftliche Vereine sind gemeldet mit ungefähr 4000 Mitgliedern. Eintragung ins Vereinsregister ging fast überall glatt vor sich. In einer Pfälzer Stadt bestehen große Schwierigkeiten, da dort zwei ärztlich-wirtschaftliche Vereine vorhanden sind. Beitragserhöhung des Hartmannbundes von 36 auf 72 Mark wird durchgeführt. Die Verhältnisse der noch nicht zur Kassenpraxis zugelassenen Aerzte scheinen sich etwas gebessert zu haben. 16 alte Kollegen wurden abgefunden. Die Planwirtschaft ist noch nicht viel weiter gediehen. Ueber das Verhältnis zu den Kassen ist nichts Besonderes zu sagen. Auch im LAu. fanden keine bedeutenderen Verhandlungen statt. Die Zulassungsbestimmungen bei den Bahn- und Postbetriebskrankenkassen sind ergangen. Schiedsgerichtliche Entscheidung im Reich den Berufskrankenkassen gegenüber. Frage der Mittelstandsversicherungen. Der Kassenbericht zeigt, daß die finanziellen Verhältnisse gut sind. Eine Beitragserhöhung erscheint nicht notwendig. Der Kassenführung wurde unter Dankeserstattung Entlastung erteilt. Der Beitrag (4.— RM. für das Mitglied) wurde genehmigt.

Hierauf sprach Herr Scholl (München) über Wirtschaftliche Fragen des Standes. In der an ihm gewohnten eindringlichen, beredten Weise löste der Berichterstatter, wohl der beste Kenner dieser Fragen, seine Aufgabe in glänzendster Weise. Die in diesem Blatte erfolgende Veröffentlichung seiner Ausführung wird zum aufmerksamen Lesen dringlichst empfohlen. Die drohende Erhöhung der Versicherungspflichtgrenze und die Einbeziehung der freien Berufe in die Krankenversicherung bildeten den Angelpunkt seiner Ausführun-

gen. Er wendete sich in schärfster Weise gegen diese Bestrebungen. Auch die freiwillige Weiterversicherung muß begrenzt werden. Die vorgeschlagene Bestätigung der Arbeitsunfähigkeit nicht mehr durch den behandelnden Arzt, sondern durch den Vertrauensarzt ist abzulehnen. Die jetzigen Zulassungsbestimmungen sind unhaltbar. Selbstverwaltungsrecht der Aerzte mit Selbstdisziplin ist erwünscht. Los von der Bevormundung! Eine gründliche Revision der Reichsversicherungsordnung ist dringend notwendig. In ärztlichen Fragen muß die Aerzteschaft den Primat erhalten. Der Konstruktionsfehler der Versicherungsgesetzgebung ist durch den deutschen Charakter bedingt. Bei uns herrscht allenthalben der Bureaukratismus. Und doch ist der deutsche Mensch der individuellste. Bei uns gilt aber die Form oft mehr als der Inhalt. Aber die Quellen des Lebens lassen sich nicht verstopfen. Dringend zu erstreben ist die Bildung eines Gesundheitsministeriums mit einem Arzt an der Spitze. Der ehemalige Arbeitsminister Brauns wollte die Verwaltung der Kassen den Arbeitnehmern überlassen und weiterhin die ganze Gesundheitsfürsorge den Krankenkassen. Das ist untragbar. Die Herrschaft der Parteipolitik in den Krankenkassen ist zu verwerfen. (Lebhaftester, anhaltender Beifall.)

Diskussion. Herr Dr. Nürmberger (Nürnberg), Vorstand des Bayerischen Krankenkassenverbandes: Der Aerztestand hat es immer verstanden, schlimme Sachen vorauszusehen und abzuwenden. Die Vorschläge, die Herr Lehmann in Breslau gemacht hat, sind nicht so schlimm, wie sie heute bezeichnet wurden. Es sind zunächst seine eigenen Anschauungen. Eine grundlegende Aenderung des Verhältnisses zwischen Aerzten und Kassen muß eintreten. An Sozialisierung des Aerztestandes denkt in Kassenkreisen niemand. Herr Scholl hat einen Gegensatz zwischen christlichen und freien Gewerkschaften konstruiert. Und doch wollte der „christliche" Arbeitsminister Brauns alles den Arbeitnehmern überlassen! In Nürnberg gibt es bei den Krankenkassen keine Politik. Das Interesse der Versicherten liegt doch auch den Aerzten am Herzen. Der Begehrlichkeit der Kassenmitglieder wird manchmal von den Aerzten nicht kräftig genug entgegengetreten. Wir wollen keinen Kampf; wir wollen uns an den Verhandlungstisch setzen, um das Beste für die Allgemeinheit herauszuholen. (Beifall.)

Herr Knoblauch (Nürnberg), Geschäftsführer des OKK.-Verbandes: Die Tatsache der Ueberfüllung des Aerztestandes kann nicht bestritten werden. In Preußen kommen auf einen Arzt 592 Kassenmitglieder, in Baden 626, in Württemberg 661, in Sachsen 953, in Bayern 485! Es muß zum Zusammenbruch führen, wenn nicht das System geändert werden kann. Die Gesundheitsverhältnisse sind jetzt besser als vor dem Kriege, dank der Mithilfe der Aerzte. Der Arzt muß Interesse am gesunden Kassenmitglied, nicht am kranken haben. Er macht einen neuen Vorschlag. Alle Aerzte sind zugelassen. Das Kassenmitglied wählt sich für eine bestimmte Zeitspanne seinen Arzt. Auf den einzelnen Arzt darf nur eine bestimmte beschränkte Zahl von Kassenmitgliedern entfallen. Die überschießenden müssen sich einen anderen Arzt wählen. So können alle Aerzte zum Zuge kommen. Honorar: Den Aerzteverbänden für große Bezirke würde eine bestimmte Summe (einen gewissen Hundertsatz der Grundlohnsumme) zur Auszahlung überwiesen. Auswirkung: Beseitigung des Schriftwerkes. Die vielen kleinen Fälle würden wegfallen. Rechnerische Auswirkung: Die Grundlohnsumme beträgt 27 Milliarden, bei 1,5 Proz. dieser Summe würden 405 Millionen zur Verfügung stehen. Die Zahl der Aerzte, die auf Kassenpraxis rechnen, kann mit 29500 beziffert werden. So kämen auf einen Arzt durchschnittlich 12500 Mark. Machen wir einen Strich unter die Vergangenheit und suchen neue Wege!

Herr Staatsrat Wimmer hat absichtlich möglichst selten Sitzungen des Landesausschusses anberaumt. Die Parteien sollen sich selbst zusammenfinden. Aerzte und Krankenkassen sind aufeinander angewiesen. Sie müssen sich an den Verhandlungstisch setzen. Möge die Vereinigung zum Wohle des Volkes ausschlagen. Herr Scholl hat freie Arztwahl gefordert, wie sie in England besteht. Sie besteht dort, aber dort ist auch das Pauschale eingeführt. Die bayerische Staatsregierung ist über die Pläne der Reichsregierung über die Versicherungsgesetzgebung nicht unterrichtet. Der Weg der Initiativanträge im Reichstage würde aber sicher zurückgewiesen werden. Es müßte der ordnungsmäßige Weg eingeschlagen werden. Vorher werden beide Parteien gehört werden, also auch die Aerzte. (Beifall.)

Herr Engel (Kulmbach): Die Parteipolitik spielt bei den Kassen eine große Rolle. Der Vorschlag des Herrn Knoblach kann nicht gebilligt werden.

Herr Schömig (Rottendorf): Der Krankenstand nimmt zu. Die Rationierung der Industrie reibt die Kräfte des einzelnen immer mehr auf. Durch den Krieg ist eine Umschichtung in den Altersklassen erfolgt, auch dadurch erhöhter Krankenstand; berichtet über eigene Erfahrungen als Mitglied des Ausschusses bei seiner heimischen Ortskrankenkasse.

Herr Gilmer (München): Die Arztkosten steigen mit der Zunahme der Verfeinerung der Diagnostik und der Verbesserung der Behandlungsmethoden. Aber belastend bleiben immer die vielen kleinen Fälle. Unserem ganzen Volke ist die Verantwortung für seine Gesundheit abgenommen. Es fehlt der Wille zur Gesundheit. Das schreitet bis in die höheren Schichten hinauf mit der zunehmenden „Verkassung" dieser Schichten. Nach dem Vorschlage des Herrn Knoblauch entstünde eine neue Art von Arzt: der Kassenfamilienarzt gegen Pauschalbezahlung. Das wäre das Ende der freien Arztwahl.

Schlußwort Scholl: Die Aussprache war fruchtbar. Wir freuen uns, daß wir Auge in Auge mit den Kassenvertretern verhandeln konnten. Wir wollen keinen Kampf gegen die Kassen. Mein Impetus richtet sich gegen die Ueberspannung der Gesetzgebung.

Die beiden nachstehenden Entschließungen werden angenommen:

„1. Entschließung zur beabsichtigten Erhöhung der Versicherungspflichtgrenze in der Krankenversicherung und zur Reform der Reichsversicherungsordnung.

In Uebereinstimmung mit der deutschen Aerzteschaft erklärt der 10. Bayerische Aerztetag in Neustadt a. d. H. im Hinblick auf die beabsichtigte Erhöhung der Pflichtversicherungsgrenze und eine etwaige Reform der RVO., daß die Aerzteschaft nach wie vor zur tätigen Mitarbeit an der Durchführung der sozialen Versicherungsgesetzgebung bereit ist. Diese Mitarbeit wird am erfolgreichsten sich gestalten, wenn die vom 45. Deutschen Aerztetag in Eisenach 1926 geforderte Herausnahme der Aerzte aus der Gewerbeordnung sowie die Schaffung einer Reichsärzteordnung und einer Reichsärztekammer gewährt wird, die als öffentlich-rechtliche Körperschaft mit dem Rechte der Selbstverwaltung den Versicherungsträgern gleichberechtigt gegenübertritt und den gesamten ärztlichen Dienst im Rahmen der sozialen Versicherung ordnet und durchführt.

Die bayerische Aerzteschaft wendet sich aber einmütig gegen Bestrebungen, die Pflichtversicherungsgrenze immer weiter zu erhöhen, insbesondere aber gegen die Einbeziehung neuer Kreise in die Krankenver-

sicherung. Sie erblickt darin einen Schritt zur Sozialisierung des Heilwesens und ein grundsätzliches Abweichen vom ursprünglichen Versicherungsgedanken. Der noch übriggebliebene Rest der Privatpraxis darf nicht weiter eingeengt werden.

Eine Ueberspannung der sozialen Versicherung würde nicht nur die Grundlagen des ärztlichen Berufsstandes auf das schwerste erschüttern, sondern auch die deutsche Wirtschaft unnötigerweise mehr belasten und dem so notwendigen Prinzip der Selbsthilfe schweren Schaden zufügen.

Die bayerische Aerzteschaft erhebt ihre warnende Stimme und verlangt ‚daß die deutsche Aerzteschaft rechtzeitig vor einer Aenderung der Gesetzgebung gehört wird.“

„2. Entschließung.

Der Bayerische Aerzteverband übergibt dem Vorstande der Bayerischen Landesärztekammer die Vertretung nachfolgenden Antrages bei dem Staatsministerium des Innern und dem Staatsministerium für Landwirtschaft und Arbeit:

‚Es möge die bayerische Staatsregierung durch ihre Bundesratsbevollmächtigten gegen eine Erhöhung der Versicherungsgrenze vorstellig werden, welche Schichten der Bevölkerung, die bisher dem Mittelstande angehörten, der Sozialversicherung einzufügen beabsichtigt. Insbesondere möge sie gegen eine Einbeziehung der freien Berufe in die Krankenversicherung vorstellig werden, da eine so weitgehende und grundsätzliche Aenderung der Versicherungsgrenze verhängnisvolle Folgen für das seelische, geistige und körperliche Wohl des deutschen Volkes, aber auch für die kulturellen und wirtschaftlichen Belange des ärztlichen Standes mit sich bringt. Aus diesem Grunde erbittet die Bayerische Landesärztekammer durch ihren Vorstand den Schutz des bayerischen Staates gegen Gesetzesvorlagen, die einer völligen Sozialisierung des bisher freien ärztlichen Berufes gleichkommen.‘“

Ueber den Vertrag mit dem Landesverband bayerischer Landkrankenkassen berichtete Herr Schmitz (Abbach) in sehr gewandten, lebhaften Ausführungen. Der Vertrag ist im Herbst 1927 abgeschlossen. Er kann ein Vorbild werden für die Beziehungen zu den anderen Kassenverbänden. Hauptpunkt: Regelung der Beziehungen auf dem Wege freier Abmachungen abseits vom Bureaukratismus, Einführung freier Schiedsinstanzen, Gründung einer Arbeitsgemeinschaft. Das Zugeständnis der fakultativen Einführung des Pauschale wird vielfach verurteilt. Wir haben in Wirklichkeit keine Bezahlung nach Einzelleistung mehr. Durch die vielen Einschränkungsvorschriften, Abstriche usw. ist das jetzige System nichts weiter als ein verkapptes Pauschale.

Herr Trettenbach, Direktor des Landkrankenkassenverbandes: Wir freuen uns, von den staatlichen Schiedsstellen losgekommen zu sein und unsere Angelegenheiten selber regeln zu können. Bisher sind nur bei vier Landkrankenkassen Verträge mit Pauschalbezahlung abgeschlossen worden. Derartige Verträge sind doch mit Ortskrankenkassen, selbst großen Kassen abgeschlossen worden.

An der Diskussion beteiligen sich die Herren Mayer (Dillingen), Wiedemann (Straßkirchen), Steinheimer (Nürnberg), Hummel (Spiegelau), Scholl (München), Miesmann (Kirchheimbolanden), Stauder (Nürnberg), Medicus (Bobingen), Direktor Trettenbach, Glasser (Brannenburg). Entgegen den Ausführungen verschiedener Redner, der Abschluß des Vertrages verstoße gegen den Beschluß des Außerordentlichen Aerztetages in Nürnberg, stellt Herr Steinheimer fest, daß es sich dort nur um die Frage der Einführung eines Landespauschale gehandelt habe, davon, daß niemals ein Pauschale bei einer Kasse eingeführt werden dürfe, sei niemals die Rede gewesen.

Herr Stauder verliest die Entschließung des Außerordentlichen Aerztetages und stellt fest, daß gar kein bindender Beschluß vorliegt.

Herr Kustermann (München) erstattet einen sorgfältig ausgearbeiteten, eingehenden, weit ausgedehnten Bericht über „Wirtschaftliche Verordnungsweise und Landesarzneimittelkommission“. Er legt eine Reihe von Leitsätzen vor. An der Diskussion beteiligen sich die Herren Engel (Kulmbach), Niedermaier (Obernzell), Schömig (Rottendorf), Katz (Ludwigshafen), Cahen (Mannheim). Herr Schömig stellt den Antrag, es möchte die bayerische Anleitung zur wirtschaftlichen Verordnungsweise abgeschafft und die deutsche eingeführt werden; er stellt ferner den Antrag, es möchten die kranken Kassenmitglieder einen Teil der Arzneikosten tragen.

Die Leitsätze des Referenten und die Anträge des Herrn Schömig werden der Vorstandschaft als Material hinübergegeben.

Es liegen noch weitere Anträge vor. Antrag Würzburg-Land: Der Jahres- und Kassenbericht soll gedruckt und den Vereinen vorher rechtzeitig zugeleitet werden. — Angenommen. Antrag Würzburg-Land: Der Vertrag mit der Postbeamtenkrankenkasse ist zu kündigen — soll erst in der Vorstandschaft vorbehandelt werden. Antrag Griebling (Wörth a. M.): Die Richtlinien zur Preugo sollen abgeändert werden — geht zunächst an den Vorstand.

Wahlen:

Als Beisitzermitglieder des Hartmannbundes werden gewählt:

für Nordbayern: Steinheimer (Ersatzmann Riedel),
für Südbayern: Gilmer (Glasser).

Vorstandswahlen:

1. Vorsitzender: Stauder,
2. Vorsitzender: Gilmer.
Kassenprüfer: Herd und Stark.

Herr Stauder: Schlußwort zur Landesärztekammer und zur Hauptversammlung.

Die Verhandlungen sind zu Ende. Sie haben außerordentliche Höhepunkte gezeitigt und sind in glänzenden, vornehmen Formen geführt worden. In der Regelung des Fürsorgewesens haben wir ein Beispiel der Ordnung dieser Frage für ein ganzes Land gegeben. Die Aussprache über die Krankenversicherung mit den Kassenvertretern hat uns ein gut Stück Weges weitergebracht. Dank an die Ehrengäste, an die Stadt Neustadt, an die pfälzische Presse, an die Sanitätskolonne, an die Pfälzer Aerzteschaft, an die Referenten, an den Landessekretär und schließlich an alle Teilnehmer.

Zweck der Aerztetage ist, die Kräfte zu sammeln und den Willen zu stärken, die Gegensätze auszugleichen und Kritik zu üben, endlich aber der des gegenseitigen Vertrauens. Der leitende Gedanke ist feste, treue Zusammengehörigkeit. Mit diesem Schlußwort wird um 4¼ Uhr nachmittags der Aerztetag geschlossen.

Herr Geheimrat Kohler (Regensburg) spricht dem Vorsitzenden den Dank der Versammlung aus. Dieser Dank war reichlich verdient. Denn nur der zielbewußten, straffen Leitung war es möglich, die überreiche Fülle von Verhandlungsgegenständen zu meistern und so ziemlich reibungslos zu Ende zu führen. Wir sind wahrlich auf verschiedenen Gebieten eine gute Strecke weitergekommen.

Auch die äußere Umrahmung des Aerztetages war glänzend und gut durchgeführt. Am Abend des 22. September wurde uns im großen Saale des Saalbaus ein Begrüßungsabend geboten, vornehm in seiner Aufmachung und gelungen in allen Einzelheiten. Herr Bür-

germeister Forthuber bewillkommte uns in launiger Rede. Eine Meisterleistung war die Antwortrede Stauders, getragen von vaterländischem Schwunge und voll warmen Mitfühlens an den Leiden und Bedrückungen der schönen Pfalz und ihrer Bewohner. Es folgten eine Reihe von Vorträgen teils ernsterer Art, aber auch Proben köstlichen, sonnigen Pfälzer Humors und Pfälzer Lebensfreude. Auch das Deutschlandlied erklang. Es darf jetzt endlich wieder bei besonderen Gelegenheiten in geschlossenen Räumen gesungen werden. Und dann folgte, gegeben von der Stadtverwaltung Neustadt a. d. H., eine Weinprobe großen Stils, bei der uns köstliche Proben des wunderbaren Pfälzer Weins in einer ausgedehnten Folge vorgesetzt wurden.

Nach Schluß der Verhandlungen, am Spätnachmittag des 23. September, vereinigte uns ein Festmahl, ebenfalls im großen Saale des Saalbaus, mit den Ehrengästen und den Pfälzer Kollegen und ihren Damen. Stattlich war die Zahl der Teilnehmer. Köstlich waren die Weine, gut die Küche. Herr Geheimrat Bayersdörfer, dem seinerzeit die Pfalz die Errettung vor völligem Zusammenbruch und vor der Schreckensherrschaft der Separatisten zu verdanken hatte, begrüßte uns und die vielen Ehrengäste. In Worten flammender Begeisterung gedachte er des Vaterlandes, Worte höchster Empörung und Entrüstung widmete er den Leidens- und Schreckenstagen, die der schönen Pfalz beschieden waren. Er sprach aber auch unerschrocken und aufrecht von den Plagen und Qualen, die auch heute noch drückend auf allen Pfälzern liegen. Das Deutschlandlied folgte seinen Worten. Selten oder nie haben wir es so deutlich gefühlt, welche Schmach auf unserem teuren Vaterlande noch ruht.

Späterhin fand noch Herr Ministerialrat Dr. Wirschinger warme Worte über die Bedeutung wahren, echten Arzttums. Der Damen gedachte in formvollendeter, feingesetzter Rede Herr Geheimrat Dr. Schieck (Würzburg). Humorvolle Verse trug noch vor Herr Niedermaier (Obernzell).

Der 21. September, ein Montag, sollte uns noch etwas ganz Besonderes bescheren, etwas, was außer der Pfalz kaum ein Land bieten kann. Wir fuhren mit Postkraftwagen hinaus in das Weinland, mitten durch grünende Weingärten hindurch, in denen schon teilweise die Weinlese im Gange war, an den berühmten Weinorten, die ich schon eingangs genannt hatte, vorüber nach Bad Dürkheim. Seine Maxquelle ist als die stärkste Arsenquelle Europas uns Aerzten wohlbekannt und wird von uns in ausgedehntem Maße verordnet. Das Bad selbst und seine Einrichtungen sind aber wahrscheinlich nur von wenigen Aerzten aus dem rechtsrheinischen Bayern besucht worden. So war es denn für uns äußerst wertvoll, das Bad und seine Einrichtungen kennenzulernen. Herr Bürgermeister Dr. Dahlem begrüßte uns und machte uns auf die Schönheiten von Dürkheim und seiner Umgebung aufmerksam. Die Herren Kollegen Dr. Kaufmann, Dr. Leva und Dr. Stoll hielten Vorträge über die ärztliche und therapeutische Bedeutung des Bades, besonders der Maxquelle und des Ludwigsbrunnens. Wir besichtigten die Einrichtungen und besuchten auch die Pfälzische Kinderheilstätte. Dieser Kinderheilstätte sind wir bayerischen Aerzte zu großem Danke verpflichtet, stellt sie uns doch alljährlich Freibetten für Arztkinder zur Verfügung. Nach der Besichtigung trafen wir uns zum Mittagsmahl im Kurhotel (Parkhotel). Auch hier wurde uns eine ausgezeichnete Weinprobe geboten. Eine Reihe von Weingutsbesitzern der Umgegend wetteiferten darin, uns köstliche Proben ihrer Edelweine versuchen zu lassen. Bürgermeister Dr. Dahlem und Oberregierungsrat Schlosser hießen uns nochmals willkommen. Der Heimatdichter Herr Reder trug humorvolle Gedichte in „Pälzer Sprach" vor. Den Dank der Aerzte brachte Herr Herd dar. Nachmittags waren wir nochmals Gäste der größten Weingüter (von Bassermann-Jordan und v. Buhl in Deidesheim, Spindler in Forst, Bürklin-Wolff in Wachenheim). In einzelne Gruppen verteilt, genossen wir nochmals in Weinproben die Gastfreundschaft der Pfälzer und erfreuten uns an den blumigen, feurigen Edelweinen der Pfalz. Dann trafen wir uns nochmals gemeinsam in den Räumen der Sektkellerei Wachenheim. Wir hatten Gelegenheit, die Einrichtungen dieser großen Sektfirma zu besichtigen und Proben ihrer Erzeugnisse zu genießen. Und dann hieß es Abschied nehmen von der schönen Pfalz und von den lieben Pfälzer Kollegen, unter denen wir viele Freunde gewonnen haben.

Ein kleinerer Kreis von Kollegen besichtigte noch tags darauf die Fabrik Knoll A.-G. Ludwigshafen, für alle ein Erlebnis; denn es ist nicht leicht möglich, die Einrichtungen einer derartigen bedeutenden Firma kennenzulernen.

Wir scheiden von der Pfalz mit dem Gefühle der Befriedigung. Haben wir doch Tage ehrlicher Arbeit im Dienste der Allgemeinheit und unseres Standes, aber auch Tage hochvaterländischen Empfindens und Tage sonniger Lebensfreude verlebt. Nochmals herzlichsten Dank allen Pfälzer Kollegen, vor allem aber dem Aerztlichen Bezirksverein Neustadt a. d. H. und seinem Ortsausschuß, der in unermüdlicher Arbeit diesen Aerztetag vorbereitet und durchgeführt hat, an seiner Spitze seinem Vorstand Dr. Spies. Unseren Dank kleiden wir wohl am besten in den Wunsch: Mögen die Jahre der Besetzung, die Leidensjahre der Bedrückung bald zu Ende gehen! Möge die Pfalz bald wieder frei sein, frei!

Die Bekämpfung der Lungentuberkulose auf Grund der jetzigen Anschauung.

I. Wissenschaftliche Grundlagen.

Berichterstatter für den 10. Bayerischen Aerztetag:
Geheimer Medizinalrat Professor Dr. v. Romberg, München.

1. Ueber die Entwicklung der Lungentuberkulose herrschte bis vor kurzem die Anschauung, in der wir alle erzogen sind und die wir alle als sicher zutreffend ansahen. Kleine Herde wuchernden tuberkulösen Gewebes entstanden in den röntgenologisch über den Schlüsselbeinen liegenden Lungenabschnitten, besonders in den hinteren Teilen der Lungenspitzen. Während diese proliferativen Herde nach und nach vernarbten, traten neue in den benachbarten tieferen Lungenteilen auf, ganz allmählich schritt die Krankheit apikokaudal fort. Sie graste die Lungen von oben nach unten ab. Mehrere kleine Herde konnten zu größeren Knoten zusammenfließen. Oefters entstanden in ihnen durch allmähliche zentrale Verkäsung Hohlräume. Sie zeigten meist nur mäßige Ausdehnung. Ein dichter Bindegewebswall grenzte sie scharf gegen die Umgebung ab. Man sah nicht selten, besonders in den Uebergangszeiten des Jahres, namentlich im Frühjahr, schubweise Verschlechterungen. Bei einiger Vorsicht pflegten sie rasch vorüberzugehen.

Das Ganze war das Bild einer äußerst chronischen Erkrankung. Die ärztlichen Maßnahmen waren nicht sehr dringlich. Je früher man freilich den initialen Spitzenprozeß feststellte, um so sicherer hoffte man die weitere Verschlechterung verhüten zu können.

Die Beurteilung der Spitzenbefunde erwies sich aber als schwierig. Ich will nicht von den unendlich häufigen Fehldiagnosen auf Grund des ausschließlich physikalischen Befundes sprechen, nicht von den trockenen Rasselgeräuschen, die, von Luftröhre oder Hauptbronchien nach einer oder beiden Spitzen fortgeleitet, als Spitzenkatarrh gedeutet wurden, nicht von den

durch skoliotische Rippenkrümmung oder einseitig kräftigere Muskulatur verursachten Dämpfungen in der Oberschulterblattgrube oder von der durch Kropf oder durch eine Atelektase der Spitze bei Schwangerschaft hervorgerufenen Verkürzung einer Oberschlüsselbeingrube, von der Ueberwertung des schon physiologisch rechts hinten oben schärferen Bläschenatmens. Aber auch bei physikalisch und röntgenologisch gesicherten Spitzenbefunden war wohl nach dem Befund meist zu entscheiden, ob es sich um proliferative oder zirrhotische Herde handelte. Die zunehmende Erfahrung lehrte aber, daß damit die Aktivität noch nicht beurteilt war, daß auch die noch nicht vernarbten Prozesse oft jahrelang stationär bleiben, während sie in anderen Fällen in 1½—2 Jahren in deutliche Zirrhose übergehen.

Nur bei der Minderzahl der Kranken sah man rasch verlaufende floride Erkrankungen mit entzündlichen exsudativen bronchopneumonischen oder pneumonischen Prozessen. Außerordentlich rasch entstanden in ihnen Kavernen. Hemmungslos fraßen sie in das erkrankte Lungengewebe hinein und zerstörten es. Fast immer führten sie unaufhaltsam zum Tode. Nur selten beobachtet man diese Vorgänge primär. Häufiger erschienen sie sekundär als Finale einer vielleicht schon seit Jahren bestehenden proliferativ-zirrhotischen, zum Teil kavernisierten Tuberkulose. Bei ihrer zurücktretenden Zahl änderten sie die Einstellung zur Gesamtaufgabe des ärztlichen Handelns bei der Lungentuberkulose nicht.

Sicher können noch aktive Spitzenprozesse ernsthaft krank machen. Bevor man aber Gesundheitsstörungen auf solche Veränderungen und vollends auf die viel häufigeren kleinen Narben in den Spitzen zurückführt, sind alle anderen Möglichkeiten auszuschließen. Unruhige Temperatur, Appetitstörungen, auch Hustenreiz hängen sicher öfter von eitrigen Veränderungen der Rachenorgane, der Nebenhöhlen der Nase ab. Auch Zahnveränderungen, Bakteriurie, versteckte Genitalerkrankungen, Lues und thyreotoxische Störungen sind auszuschließen. An das sogenannte konstitutionelle Fieber der Nervösen ist zu denken. Wie richtig die zurückhaltende Beurteilung der Wertigkeit von Spitzenbefunden ist, zeigt die von Lydtin festgestellte Tatsache, daß nur 7 Proz. aller 150 der I. Medizinischen Klinik München zur Begutachtung eingewiesenen Kranken, entsprechend den Feststellungen von Braeuning in Stettin und von Kayser-Petersen in Jena, nach 2—6 Jahren ein Fortschreiten des Prozesses zeigten. Diese Zahl sinkt sogar auf weniger als ein Drittel, wenn man nur die sicheren Spitzenbefunde im Auge hat. Die große Häufigkeit von Spitzenherden tuberkulöser Art wird natürlich nicht bestritten. Wohl aber mußte die Lehre revidiert werden, daß die ausgesprochene Lungentuberkulose, die wir als Volkskrankheit bekämpfen wollen, regelmäßig mit solchen Spitzenherden beginnt.

2. Die Fortschritte und die allgemeine Verwendung der Röntgenuntersuchung brachten in den letzten Jahren die Erkenntnis der großen Mannigfaltigkeit der Tuberkuloseentwicklung.

a) Die erste Haftstelle der Tuberkelbazillen in den Lungen, der Primäraffekt, und die von ihm auf dem Lymphwege infizierten Bronchialdrüsen heilen in der Regel ohne stärkere Beteiligung der Lungen ab. Bisweilen erreicht aber die im frischen Stadium sie nach K. E. Ranke regelmäßig umgebende perifokale Entzündung beträchtliche Grade. Dichte Abschattungsbezirke umgeben im Röntgenbilde Primäraffekt und zugehörige Bronchialdrüsen als bipolare Infiltration. In anderen Fällen entwickelt sich ein ähnlicher Vorgang nur in der Nachbarschaft der Drüsen an der Lungenpforte in der Form, die früher nach Eliasberg und Neuland als Epituberkulose bezeichnet wurde. Weiter kann es zur Entstehung kleiner tuberkulöser Herde in der Umgebung von Primäraffekt und Drüsen durch Streuung kommen. Endlich können Primäraffekt und Drüsen erweichen und in einen Bronchus einbrechen. Es entstehen dann besonders bei Kindern schwere, rasch tödliche käsige Bronchopneumonien und Pneumonien. Sie zeichnen sich gewöhnlich durch eine sehr rasche Entstehung von Kavernen aus, die unter Umständen unter wahrer Sequesterbildung sich vergrößern.

b) Auch auf dem Blutwege können Tuberkelbazillen von den zuerst erkrankten Stellen aus in die Lungen geschwemmt werden. Es kommt so zu hämatogenen Aussaaten. Die Lungen erscheinen in größerer oder kleinerer Ausdehnung mehr oder minder dicht von kleinen Herden durchsetzt. So bedrohlich die Erkrankung zunächst aussehen kann, so haben doch die milderen, vorwiegend proliferativen Erkrankungen dieser Art eine oft erstaunliche Neigung zu rascher Vernarbung. Noch lange Jahre sieht man dann als Ueberrest derartiger Veränderungen eine wechselnde Zahl gleich großer, meist ziemlich kleiner, scharf beschatteter Herde auf dem Röntgenbilde. So eindrucksvoll der Befund ist, so bleibt er doch für den Träger oft bedeutungslos. Andererseits kann es besonders bei Kindern auch zu fortschreitenden Prozessen kommen. Vielleicht entstehen in derselben Weise gelegentlich auch exsudative, verkäsende Bronchopneumonien mit dem bekannten ungünstigen Verlauf.

Ohne scharfe Grenze gehen diese hämatogenen Formen der Lungentuberkulose auf der einen Seite in die akute Miliartuberkulose, auf der anderen in die alltäglichen Spitzenherde über. Die vorhin besprochenen Spitzenerkrankungen dürften meist auf diese Weise hämatogen entstehen. Eine gewisse Veranlagung der Lungenspitzen für das Haften vereinzelter auf dem Blutwege eingeschwemmter Bazillen mag hier mitwirken.

Sicher ist es auch denkbar, daß für die Röntgenuntersuchung im einzelnen gleiche Veränderungen besonders in den Spitzen auch durch Eindringen von Bazillen in die Luftwege zustande kommen. Für alle über größere Lungenabschnitte ausgestreuten derartigen Erkrankungen ist aber die bronchogene Entstehung ebenso abzulehnen wie für die akute Miliartuberkulose. Daß eine lymphogene Ausbreitung zu solchen Veränderungen führt, ist ganz unwahrscheinlich.

c) Ueberblickt man alle Lungentuberkulosen der verschiedenen Lebensalter, so treten für die Entwicklung der chronischen Lungentuberkulosen ebenso wie die Spitzenherde auch die im unmittelbaren Anschluß an Primäraffekt und Bronchialdrüsen oder durch hämatogene Streuung entstehenden Erkrankungen zurück. Der häufigste Beginn der chronischen Lungentuberkulose ist, wie die letzten Jahre durch die Feststellungen von Aßmann, Redeker, meiner Klinik u. a. zeigten, das tuberkulöse Frühinfiltrat. Anatomische Kenntnisse über seine Anfänge besitzen wir noch nicht. Wir haben nur einzelne Befunde aus verhältnismäßig späteren Stadien. Man kann sich aber danach und nach dem Röntgenbilde eine zutreffende, wenngleich im einzelnen vielleicht noch auszugestaltende Vorstellung von der Veränderung machen. Ganz akut entsteht um einen zuerst kleinen tuberkulösen Herd eine ausgebreitete perifokale Entzündung mit Hyperämie, seröser Durchtränkung, spärlicher Zellvermehrung, aber ohne spezifisch tuberkulöse Gewebsveränderung. In günstigen

Fällen geht die perifokale Entzündung spurlos zurück. Der zentrale Herd bleibt als kleine, gleichgültige Narbe übrig. In anderen entwickelt sich im Bereiche des früheren Frühinfiltrats eine streifige Vermehrung des Bindegewebes, und wieder in anderen erkennt man hier kleine tuberkulöse Streuungsherde, die vernarben. Das sind die günstigen Möglichkeiten. Meist entsteht aber erstaunlich schnell im Zentrum des Frühinfiltrats eine Kaverne. Entsprechend einem Aßmannschen anatomischen Befund und früheren Feststellungen von Birch-Hirschfeld müssen wir uns dann das Zentrum als rasch verkäsenden und einschmelzenden Herd vorstellen. Oefters entwickelt sich längs des in die Kaverne führenden Bronchus eine käsige Peribronchitis. Sehr merkwürdig ist bei diesen Frühkavernen im Gegensatz zu den ebenso schnell entstehenden Kavernen der späten exsudativen Prozesse die rasche Bildung einer narbigen Umgrenzung. In wenigen Monaten, selbst Wochen kann eine derartige Kaverne entstehen und sich narbig umwallen.

Die Ausdehnung dieser Frühentzündungen wechselt stark. Es gibt Herde, die nur den Durchmesser eines Markstückes haben, und andere, die nahezu einen ganzen Lungenlappen ergreifen. Ebenso verschieden ist, soweit man das nach dem Röntgenbilde beurteilen kann, die Stärke der Entzündung. Von leichter Beschattung führen alle Uebergänge zu dichter, undurchsichtiger Verdunkelung. Eine wichtige Rolle spielen neben den diffusen, einen Bezirk gleichmäßig infiltrierenden Entzündungen die disseminierten Formen. Herdförmige Entzündungen durchsetzen bei ihnen kleinere und oft auch größere Lungenabschnitte. Es kann sich um mildere Formen oder auch um zufällige Entwicklungsstadien der diffusen Veränderung handeln. Ein Hauptunterschied gegen die im einzelnen sehr ähnlichen hämatogenen Aussaaten ist aber die auch den disseminierten Frühentzündungen eigene Neigung zu rascher Kavernenbildung und bis zu einem gewissen Grade auch die Begrenzung auf einen bestimmten Lungenabschnitt, während die hämatogenen Formen bei solcher Ausdehnung meist große Lungenpartien beteiligen.

Der Sitz der Veränderung wechselt. Am häufigsten finden sie sich unterhalb der Schlüsselbeine in den seitlichen Abschnitten, infraklavikulär. Aber sie werden auch in allen anderen Teilen der Lunge getroffen. Nach einer Zusammenstellung von Jahn und Oeffner saßen von 76 Frühinfiltraten meiner Beobachtung bis Mai d. J. aus den letzten $3^1/_3$ Jahren 46 infraklavikulär, 13 im Mittelfeld unter dem Oberrand der 3. Rippe, 8 subklavikulär bzw. röntgenologisch hinter dem Schlüsselbein, 5 in den Unterlappen und 2 in den Spitzen über den Schlüsselbeinen.

Die verschiedenen Formen der Frühinfiltrate finden sich am häufigsten in jungen Jahren, zwischen 14 und 30 Jahren. Aber auch in anderen Lebensaltern werden sie getroffen.

Ueber ihre Entstehung im einzelnen sind die Akten noch nicht geschlossen. Fest steht nur, daß sie besonders bei Menschen auftreten, die einer hochgradigen oder anhaltenden Superinfektion von einer Ansteckungsquelle ihrer Umgebung her, in der Familie, an der Arbeitsstelle, an einem zufälligen Aufenthaltsort ausgesetzt sind. Offen ist aber noch, ob diese Superinfektion den zentralen Krankheitsherd der Frühinfiltrate und die ihn umgebende Entzündung hervorruft, oder ob sie wie eine Tuberkulinanwendung um einen bereits bestehenden Herd die perifokale Entzündung als Herdreaktion auslöst. Es wird weiter — das wurde bei der Verhandlung der Deutschen Tuberkulosegesellschaft in Wildbad nach der Darlegung Loeschkes besonders erörtert — festzustellen sein, ob und wie oft der zentrale Herd des Frühinfiltrats durch Aspiration von Tuberkelbazillen aus bereits bestehenden Herden zustande kommt. Diese Möglichkeit ist sicher zuzugeben. Daß sie regelmäßig verwirklicht wird, ist nicht wahrscheinlich. In meiner Klinik fanden sich neben Frühinfiltraten Spitzenherde, an die man bei ihrer großen Häufigkeit in erster Linie denken muß, röntgenologisch um so häufiger, je älter das Frühinfiltrat war. Der Einwand, daß kleine Spitzenherde sich in den anderen Fällen dem röntgenologischen Nachweis entziehen, ist wohl nicht stichhaltig. Damit fällt auch die Gleichstellung der Frühinfiltrate mit gelegentlichen Exazerbationen chronischer Tuberkulosen. In dieser Form, mit solchem Verlauf habe ich blosse Steigerungen der Krankheit niemals gesehen. Von Bedeutung für die Entstehung der Veränderung ist sicher auch die Konstitution.

Die Frühinfiltrate und besonders ihre Kavernen bilden in der Mehrzahl der Fälle — das glaube ich mit Bestimmtheit sagen zu dürfen — den Ausgangspunkt der chronischen Lungentuberkulose. In ihrer Umgebung entstehen proliferative Herde, bei den häufigsten Frühinfiltraten im Oberlappen mit Vorliebe in der Spitze. Diese Tatsache erklärt die zunehmende Häufigkeit solcher Spitzenherde bei länger bestehenden Frühinfiltraten. Ich darf aber nochmals betonen, daß selbstverständlich auch unabhängig neben Frühinfiltraten und vor ihnen, z. B. durch hämatogene Streuung, Spitzenherde vorkommen. Weiter können sehr rasch käsige, schnell einschmelzende Bronchopneumonien und Pneumonien sich entwickeln. Von besonderem Interesse ist die Bildung von Tochterinfiltraten mit einem den primären Frühinfiltraten gleichenden Verlauf. Auch sie können rasch heilen. Ebenso lassen sie aber auch Kavernen mit allen Gefahren entstehen, wie die Mutterinfiltrate. Ueber Jahre kann sich die schubweise Entwicklung solcher Tochterinfiltrate hinziehen.

Auch für das Auftreten von Lungentuberkulose nach scheinbar selbständiger Rippenfellentzündung ist es maßgebend wichtig, ob ein Frühinfiltrat neben der Pleuritis vorhanden ist. Bemerkenswerterweise kann es auch auf der von Pleuritis freien Seite sitzen.

Bei einem großen Teile aller ausgesprochenen, wirklich krankmachenden Lungentuberkulosen ist der Beginn durch die Entstehung aus dem akut einsetzenden, schon nach wenigen Wochen vielleicht kavernisierten Frühinfiltrat nicht chronisch, sondern akut. Auch wenn entgegen meinem augenblicklichen Eindruck sich finden sollte, daß Frühinfiltrate verhältnismäßig oft aus Spitzenherden hervorgehen, so ist die entscheidende Wendung zur ausgebreiteten Erkrankung zum mindesten in sehr vielen Fällen das Frühinfiltrat, nicht die Erkrankung der Lungenspitze, die, wie erwähnt, nur relativ selten dazu führt. Zu der großen Schnelligkeit des Einsetzens der Lungentuberkulose in vielen Fällen stimmt die Erfahrung meiner Klinik, daß unter 561 offenen Lungentuberkulosen ein Drittel erst wenige Wochen, längstens 4 Monate Beschwerden hatte. Der Beginn der Lungentuberkulose ist sehr oft also nicht chronisch. Es ist deshalb von größter Wichtigkeit, den akuten Anfang möglichst frühzeitig zu erkennen. Die ärztlichen Entscheidungen müssen rasch getroffen werden. Will man nicht zu spät kommen, so muß so bald wie möglich gehandelt werden.

3. Die Aufgabe ist schwierig. Die Allgemeinerscheinungen entsprechen nicht den geläufigen Symptomen einer Lungentuberkulose. Wie eine Grippe mit mäßigem, oft nach 10—20 Tagen schwindendem Fieber setzt die Erkrankung ein. Physikalisch sind nur die recht seltenen Unterlappenerkrankungen regelmäßig wie eine Bronchopneumonie nachweisbar, ferner die ebenfalls seltenen besonders ausgedehnten und hochgradigen Pro-

zesse. Die große Mehrzahl der gewöhnlichen diffusen und disseminierten Frühinfiltrate und ihre Kavernen entziehen sich vollständig oder fast vollständig dem physikalischen Nachweis. Unter Umständen findet man z. B. bei einer infraklavikulären Kaverne nur über der Schulterblattgräte und dem Schlüsselbein eine leichte Dämpfung. Nur vorübergehend werden Rasselgeräusche wahrnehmbar. Das öftere pleuritische Reiben ist ebenfalls flüchtig. Diese geringen physikalischen Abweichungen können überdies fast ganz oder ganz zurückgehen, obgleich der Prozeß tatsächlich fortschreitet, weil die anfänglich ausgedehntere Beteiligung der Nachbarschaft nachläßt. Von größter diagnostischer Wichtigkeit ist der im Anfang nahezu regelmäßige Bazillenbefund. Aber auch er kann trotz Fortbestehens einer Kaverne nach kurzer Zeit schwinden. Dauert er an, so ist das immer dringend auf einen Hohlraum verdächtig. Ebenso weist jeder Bluthusten auch bei scheinbar physikalisch unveränderter Lunge sehr ernsthaft auf die Möglichkeit eines Frühinfiltrats hin. Ganz unerkennbar sind physikalisch die meisten perifokalen Entzündungen um den Primäraffekt und bei Erwachsenen auch an den Hilusdrüsen und die hämatogenen Aussaaten. Nur die gute Röntgenuntersuchung schützt vor dem Uebersehen aller dieser wichtigen Veränderungen.

Jeder Arzt kann an der Auffindung der das ganze weitere Schicksal entscheidenden Frühstadien durch die umgehende Veranlassung entsprechender Untersuchung verdienstvoll mitwirken. Nur bei Mitarbeit aller Aerzte werden die Frühformen ausreichend erfaßt und kommen genügend schnell zu der erforderlichen Behandlung. Wie oft sie bei entsprechender Untersuchung zu finden sind, zeigt die Tatsache, daß im letzten Jahre etwa ein Fünftel aller meiner Klinik zugehenden Tuberkulosen Frühinfiltrate hatte. Aehnliche Zahlen hat Herr Sanitätsrat Dr. Baer auch für die offenen Tuberkulosen der Münchener Fürsorgestelle kürzlich mitgeteilt.

Die Behandlung hat für alle über die Lunge fortschreitenden, vor allem für alle kavernisierten Formen in der umgehenden Anlegung des Pneumothorax zu bestehen. Die ebenfalls empfohlene Phrenikoexhairese dürfte nur unter besonders günstigen äußeren Verhältnissen das gleiche leisten. Sicher vermag auch der Pneumothorax nicht in allen Fällen endgültige Heilung zu bringen. In der großen Mehrzahl führt er aber bei geeigneter Anlegung und Unterhaltung überraschend schnell zu vollen und endgültigen Heilungen in diesen Fällen. Er verhindert die Entwicklung ausgedehnter Lungentuberkulosen. Er tut das um so sicherer, je früher er angelegt wird. Wohl heilen einzelne Frühkavernen unter besten äußeren Bedingungen auch spontan. Mit einiger Wahrscheinlichkeit ist aber damit bei den meisten Kranken nicht zu rechnen. Die Anzeige für die Anlegung des Pneumothorax wird dadurch nicht eingeengt.

Den vollen Nutzen entfaltet das Verfahren nur, wenn das ganze Verhalten der Kranken entsprechend den bewährten Grundsätzen der physikalisch-diätetischen Behandlung der Lungentuberkulosen geregelt wird. Im eigenen Hause des Kranken werden die Voraussetzungen dazu nur selten zu verwirklichen sein. Auch die noch nicht kavernisierten Frühinfiltrate, bei denen ein Pneumothorax nicht angelegt wird, die aber zur Zeit erst selten festgestellt werden, bedürfen besonders eingehender Behandlung. Das gleiche gilt für die perifokalen Entzündungen um Primäraffekt und Hilusdrüsen und für die frischen Stadien der disseminierten hämatogenen Entzündungen. In den ersten Monaten brauchen sie bei der Möglichkeit rascher Verschlechterung, ebenso wie die Kranken mit Pneumothorax, strenge Ruhe zuerst im Bett unter günstigsten äußeren Bedingungen, vor allem mit der jederzeit möglichen Wiederholung der Röntgenuntersuchung. Alle arzneilichen, physikalischen und klimatischen Reize sind sorglich fernzuhalten. Bei der weiteren Ueberwachung dieser Kranken erwachsen aber wiederum jedem Arzte wichtige Aufgaben.

In viel ausgedehnterem Maße als bei der Behandlung der Anfänge der Frühinfiltrate, der mannigfachen perifokalen Entzündungen und der frischen hämatogenen Aussaaten kann sich jeder Arzt bei der Ueberwachung der so häufigen Spitzenerkrankungen betätigen. Ist durch Ausschluß aller anderen Möglichkeiten, wie vorher besprochen, die Spitzenerkrankung als die Ursache eines unbefriedigenden Zustandes festgestellt, so wird bei ernsteren Störungen, die aber recht selten sind, ebenfalls eine Entfernung des Kranken aus dem eigenen Hause notwendig werden. Bei den schon häufigeren leichten Abweichungen dieser Art mit allgemeiner Zartheit, aber ohne ein auf die Lungenerkrankung sicher zu beziehendes Fieber genügen sehr oft allgemeine Erholungsmaßnahmen, unter Umständen ein Aufenthalt in einer Walderholungsstätte. Vor allem wird sich aber jeder Arzt durch die Ueberwachung der so häufigen Spitzenveränderungen nützlich machen können, die ohne deutliche Schädigung des Befindens bestehen, aber noch nicht sicher vernarbt sind. Diese Kranken brauchen keine besondere Kur. Durch Vermeidung von Schädlichkeiten kann aber die Ausheilung wesentlich gefördert werden.

Nicht nur beim einzelnen Kranken, auch als Volksseuche wird die Tuberkulose nur durch Mitwirkung aller Aerzte wirksam bekämpft. Schon die physikalisch gewöhnlich nicht faßbaren, nur röntgenologisch erkennbaren Frühfälle können durch ihren bazillenhaltigen Auswurf die Krankheit verbreiten. Der Pneumothorax beseitigt auch diese Gefahr meist rasch.

So bitte ich die bayerischen Aerzte um ihre tatkräftige Hilfe bei der Bekämpfung der Tuberkulose, wie sie sich nach den vorgetragenen Anschauungen zu gestalten hat. Jedem von uns erwachsen dabei vermehrte Arbeit, ein erhöhtes Maß von Verantwortung und eine auf diesem Gebiete bisher nicht gekannte Notwendigkeit rascher Entschließung und baldigen Handelns.

Individuelle Privatkrankenversicherung bei dem jeweils freigewählten Arzt.

(Diskussionsbemerkung zu dem Vorschlag von J. Epstein, vgl. Nr. 36 dieser Zeitschrift.)

Von Dr. R. Schindler, Facharzt für innere Krankheiten, München.

Herr Epstein setzt seinem Vorschlag einen höchst ironischen Satz von Mechthilde Lichnowsky, die gewiß keine Vorliebe für die „Fachmänner" hat, voraus. Damit schüchtert er die Fachmänner etwas ein, und wenn sich nun der Fachmann doch zum Wort zu melden wagt, so geschieht es nur, weil er sich in einem wichtigen Punkte mit dem Laien diesmal einig weiß. Die Notwendigkeit der Prüfung des individuellen Risikos vor Abschluß einer Krankenversicherung habe ich ebenso wie Herr Epstein gefordert (siehe Nr. 10, 1928, dieser Zeitschrift) und bin hocherfreut, beim „Laien" dafür das vollkommenste Verständnis zu sehen. In der Tat, — ehe diese Forderung nicht erfüllt ist, werden unsere Krankenversicherungen keine solide Basis bekommen.

Leider endet hier nun das Einverständnis des „Fachmannes" mit dem „Laien". Der Vertrag, den Herr Epstein vorschlägt, ist jener Hausarztvertrag, der vor einer Generation gang und gebe war. Das Jahresfixum bei einem solchen Vorkriegsvertrag pflegte allerdings nicht 120.— M. im Jahr, sondern 500 bis 800 M. zu betragen, dafür übernahm der Hausarzt außer der Behandlung bei Krankheiten einen Besuch in der Woche in der Familie seines Patienten. Dieser Zustand hörte

auf, teils durch die bekannte Abneigung des Kranken, sich auf einen Arzt festzulegen, und seiner oft bedauerten Vorliebe, sofort den Spezialisten aufzusuchen, bisweilen auch durch die Abneigung des Arztes, sich von seinen ein Fixum zahlenden Patienten nach Belieben ausnützen zu lassen. Vielleicht ist die Anregung des Herrn Epstein ein Zeichen dafür, daß die Zeiten des richtigen Hausarztes wiederkommen.

Aber nun mutet der Laie Epstein diesem Hausarzt eine Tätigkeit zu, in der dieser sich selbst — leider — als Laie bezeichnen muß. Der Arzt soll den Patienten, der sich bei ihm versichern will, auf Grund seiner Untersuchung in eine bestimmte Risikokategorie einreihen. Herr Epstein nennt scherzhaft „Kategorie C 7, Abt A, das sind Junggesellen mit Neigung zum Leben, Lieben, Alkohol und Tabak, bei denen noch keinerlei sichtbare Spuren all dieser Laster zu bemerken sind". Nach diesen Kategorien soll sich dann der Versicherungsbeitrag, die Prämie richten. — Ausgezeichnet! — aber leider, leider kennen wir diese Kategorien noch gar nicht. Sie aufzustellen wird eine ungeheuer wichtige Aufgabe des Versicherungsfachmannes der nächsten Generation sein, der dabei der Hilfe des Arztes nicht wird entbehren können. Aber vorläufig sind wir nicht so weit. Die Risiken für Krankenversicherung sind noch nicht festgestellt, vielleicht noch nicht einmal bearbeitet. Sie sind ganz andere wie z. B. bei der Lebensversicherung. Ein Hypochonder kann ein ganz hervorragendes Risiko für eine Lebensversicherung sein, für die Krankenversicherung ist er das denkbar schlechteste.

Damit, daß wir Fachleute zugeben müssen, der Hauptforderung des Herrn Epstein, der selbständigen Prüfung des Versicherungsrisikos nicht gewachsen zu sein, entfällt leider sein ganzer Vorschlag. Die boshafte Mechthilde Lichnowsky behält Recht!

Wenn ich selber Prüfung des Risikos durch die Versicherungsgesellschaften vorgeschlagen habe, so dachte ich dabei nur daran, vorläufig höchstens drei Risikostufen aufzustellen, nämlich erstens die bestimmt faulen Risiken, die von vorneherein abzuweisen sind, also alle chronisch Kranken, manche Neurosen usw., zweitens die absolut guten Risiken, bei denen sich bei genauester Anamnese unter Berücksichtigung der wahrscheinlichen Dissimulation und bei genauester Untersuchung eine Krankheit nicht finden läßt, und vielleicht noch eine dritte Kategorie zweifelhafter Risiken, die nur unter erschwerenden Bedingungen, mit erhöhtem Beitrag aufzunehmen wären. Dazu gehörten z. B. alle Säuglinge, alle Menschen, die ein zu Rezidiven neigendes Leiden durchgemacht haben (z. B. Kolikanfälle irgendwelcher Art) usw. Bei dieser Gruppe zeigt sich sofort, wie mangelhaft dieser Zweig unserer Versicherungswissenschaft noch ist, und wir Aerzte müssen die Fachleute dieser Wissenschaft aufs inständigste bitten, die große hier klaffende Lücke auszufüllen. Ist das erst geschehen — und bei der Entwicklung der Krankenversicherung muß es geschehen — so können wir dem Vorschlage des Herrn Epstein wieder nähertreten.

---

9. Fortbildungslehrgang über die Diagnose, Differentialdiagnose und Therapie der Tuberkulose vom 27. August bis 1. September 1928 in der Kinderheilstätte Prinzregent Luitpold, Scheidegg.

Den Kern des Lehrganges bildeten die Vorträge von Direktor Dr. Kurt Klare und Privatdozent Dr. Büchner (Freiburg). Es ist wohl selten ein so im Einklang befindliches Zusammenarbeiten des wissenschaftlichen Forschers mit dem am Krankenbette arbeitenden Arzte zu beobachten, wie es hier den Hörern des Lehrganges vergönnt war.

Büchners überaus klare Ausführungen mußten selbstverständlich wesentlich auf den Bildern, die die pathologische Anatomie dem Forscher darbietet aufgebaut sein, aber man hatte immer wieder den Blick in die ärztliche Tätigkeit hinein, so daß dann die Vorträge Klares als eine unmittelbare Fortsetzung desselben Gedankenganges und derselben Denkweise erschienen. Es läßt sich ja selbstverständlich die Lungentuberkulose nicht vollständig in eine solche des Kindesalters und eine andere der Erwachsenen trennen und so war auch bei diesen Vorträgen keineswegs die Betrachtung der kindlichen Tuberkulosen mehr vorherrschend, als der Sachlage nach berechtigt war. Aber trotzdem wurde der Vortrag Dr. Nicols über die Umstellung des praktischen Arztes in der Diagnostik der Lungentuberkulose der Erwachsenen als wertvolle Bereicherung empfunden. Es ist ja für die älteren Aerzte, die noch vor Ranke Tuberkulose behandeln mußten, eine gewisse Genugtuung, daß die Anschauung, die eine Zeitlang aufkommen zu wollen schien, daß alles, was wir an den Spitzen mit vieler Mühe herumgeklopft haben, in das Bereich der Sinnestäuschungen zu rechnen sei, doch nicht als ganz richtig sich erwiesen hat.

Chefarzt Dr. Stöcklin (Davos) unterstützte seinen Vortrag über die chirurgische Behandlung der Lungentuberkulose mit lehrreichen Röntgenbildern und ebenso seinen Vortrag über die Spondylitis.

Der Bedeutung, die die Beobachtung der Senkungsgeschwindigkeit auch für den praktischen Arzt erworben hat, entsprechend, führte Assistenzarzt Dr. Pfaff die Hörer in dieses Gebiet ein, und den Reichtum an Fällen von chirurgischer Tuberkulose, über den die Anstalt verfügte, breitete Dr. Knüsli vor den Hörern aus.

Bei all den Lehrgängen ist nicht sowohl das Was, als das Wie für den Schüler von Wichtigkeit. Und gerade das Wie war nach verschiedenen Seiten sehr bedeutungsvoll. Es ist für die bei einem solchen Lehrgang beteiligten Schüler, die ja schon Aerzte und zum größeren Teil nicht den jüngeren Jahrgängen angehörige Aerzte waren, besonders wertvoll, wenn sie mit den Grundlagen, in diesem Falle Kranken und Röntgenbilder unmittelbar bekannt gemacht werden und so den unmittelbaren Anschluß an die praktische Verwendung finden. Dann ist die Art des Vortrages und die Persönlichkeit des Lehrers von Wichtigkeit und da ist ja wohl die forsche, jeder grauen Abgezogenheit fremde Art Klares allen Hörern in diesem Falle durch den Verstand zu Herzen gegangen. Und als drittes kommen die äußeren Verhältnisse hinzu. Und diese wußten die Leitung des Lehrganges so zu gestalten, daß auch von da aus der Erfolg des Lehrganges gestützt war. Wir haben an der guten Unterbringung und Verpflegung es am eigenen Körper gefühlt — und nicht zu vergessen auch durch den geringen Preis — daß Klare wirklich den ganzen Menschen zu behandeln weiß.

Allen Schülern des Lehrganges wird der Aufenthalt in Scheidegg wegen der vielseitigen Belehrung und der Annehmlichkeit des Aufenthaltes in dauernder schönster Erinnerung bleiben. Siebert, Kronach.

Warnung.

In der Nr. 38 des Bayer. Aerztl. Correspondenzblattes ist eine Arztstelle in einer Gemeinde mit 600 Einwohnern im Bezirk Landsberg, Oberbayern, „wegen Wegzug des bisherigen Arztes" ausgeschrieben. Wenn es sich um den Ort Thaining handeln sollte, bitten wir die Herren Kollegen, welche auf die Stelle reflektieren, sich im eigenen Interesse vorher mit dem Aerztlich-wirtschaftlichen Verein Landsberg bzw. mit dem Bayerischen Aerzteverband in Nürnberg, Gewerbemuseumsplatz 4, ins Benehmen setzen zu wollen.

Landesversicherungsanstalt von Oberbayern.

(Bitte ausschneiden und aufbewahren!)

Die zur Zeit geltenden Tarife für die Landesversicherungsanstalt von Oberbayern sind folgende:

1. Gutachten zu Rentenanträgen . . RM. 7.—
2. Gutachten in Sachen der Rentenkontrolle . . . . . „ 7.—
3. Gutachten zu Heilverfahren bei Tuberkulose . . . . . „ 5.—
4. Gutachten für gewöhnliche Heilverfahren . . . . . „ 4.—
5. Kurze Mitteilungen und Aeußerungen „ 2.50
6. Beobachtungsgutachten . RM. 10.— bis 50.—
7. Gutachten über Gebrechlichkeit von Kindern . . . . . RM. 3.—

Die Gebühren werden vierteljährlich und nachträglich ausbezahlt.

Die Herren Kollegen werden dringend ersucht, ihre genaue Adresse (mit Stempel) und ihr Postscheckkonto auf der Rechnung anzugeben. Wird der Tarif überschritten, ist der Grund anzugeben, z. B. bei Kliniken, ob eine Beobachtung stattgefunden hat.

Amtliche Nachrichten.

Dienstesnachrichten.

Die Stelle des Hilfsarztes im landgerichtsärztlichen Dienste in Würzburg (Dienstvergütung 80 Proz. des Anfangsgrundgehaltes der Besoldungsgruppe A2f der bayerischen Besoldungsordnung) ist erledigt. Bewerbungen sind bei der Regierung, Kammer des Innern, von Unterfranken bis 12. Oktober 1928 einzureichen. Bewerber, die die Prüfung für den ärztlichen Staatsdienst abgelegt haben, werden bevorzugt.

Die Landgerichtsarztstelle in Deggendorf (Besoldungsgruppe A2e) ist erledigt. Bewerbungen sind bei der für den Wohnort des Bewerbers zuständigen Regierung, Kammer des Innern, bis 10. Oktober 1928 einzureichen.

Vom 1. Oktober 1928 an wird der Landgerichtsarzt Dr. Eugen Horeld in Deggendorf auf sein Ansuchen in gleicher Diensteseigenschaft in etatmäßiger Weise nach Neuburg a. d. D. versetzt.

Vom 1. November 1928 an wird der Bezirksarzt Dr. Guido Blümm in Kemnath auf sein Ansuchen in gleicher Diensteseigenschaft auf die Stelle des Bezirksarztes in Sonthofen in etatmäßiger Weise versetzt.

Vereinsmitteilungen.

Mitteilungen des Münchener Aerztevereins für freie Arztwahl.

1. Es wird wiederholt gebeten, auf den Rezepten den Kopf ordnungsgemäß auszufüllen und den Arbeitgeber bzw. die Mitgliedsnummer des Patienten zu vermerken. Der Namensunterschrift ist ein deutlich lesbarer Stempelaufdruck beizufügen, da sehr häufig der Name des Arztes nicht entziffert werden kann. Auch wird darauf aufmerksam gemacht, daß zur Vermeidung von Regressen bei familienversicherten Mitgliedern stets „F. H." am Kopf des Rezeptes beigesetzt werden muß.

2. Der Sanitätsverband läßt bitten, bei länger dauernder Behandlung sich von dem Vorliegen eines Behandlungsscheines zu überzeugen. Im 1. Vierteljahr 1928 sind von einer großen Zahl von Kollegen Patienten als Mitglieder des Sanitätsverbandes behandelt worden, welche keinerlei Anspruch an den Sanitätsverband hatten.

3. Den Herren Kollegen diene zur Kenntnis, daß ein Frl. Mariette Hofmann unter falscher Adressenangabe versucht, als Privatpatientin Morphium zu erhalten; sie stand früher in Oberstdorf wegen Morphinismus in Behandlung.

4. Zur Aufnahme in den Verein als außerordentliche Mitglieder haben sich gemeldet: Herr Dr. Ernst Dresch, Facharzt für Orthopädie, und Herr Dr. Willibald Schild, prakt. Arzt mit Geburtshilfe.

Mitteilungen des Kassenärztlichen Vereins Nürnberg E. V.

1. Frau Dr. Elsa Helm-Raab, Kinderärztin, Marienstraße 7, hat sich als Mitglied unseres kassenärztlichen Vereins gemeldet. Nach § 3 Ziffer 5 der Satzungen hat jedes Mitglied das Recht, nach Empfang dieser Mitteilung gegen die Aufnahme innerhalb 2 Wochen Einspruch zu erheben.

2. Mit der Betriebskrankenkasse Siemens-Schuckert-Werke wurde ein Vertrag betr. Behandlung der der Krankenkasse gemäß § 363 a RVO. von der Firma überwiesenen Sozialrentnern und Fürsorgeempfängern abgeschlossen. Zahlung nach den Mindestsätzen der Preugo. Der Vertrag gilt ab 1. Oktober 1928. Die Rechnungen sind sofort nach Vierteljahresschluß gesondert von den übrigen Krankenlisten an die Geschäftsstelle abzuliefern.

3. Die Betriebskrankenkasse der Siemens-Schuckert-Werke hat uns mitgeteilt, daß der Stand der Arbeitsunfähigen gegenüber dem vorjährigen Stand und auch gegenüber den übrigen Krankenkassen einen ungewöhnlich hohen Prozentsatz erreicht habe. Die Krankenkasse läßt die Herren Aerzte bitten, besonders vorsichtig bei der Anweisung von Krankengeld zu verfahren; sie läßt vor allem an die Vereinbarung erinnern, wonach die Herren Kollegen den Kassen die simulationsverdächtigen Kranken melden sollen.

4. Das Instrumentarium des verstorbenen Kollegen Herrn San.-R. Dr. Herbst ist zu verkaufen. Näheres bei Frl. Emilie Herbst, Nürnberg, Veilhofstraße 24, Telephon 51435. Steinheimer.

Bücherschau.

Einführung in die Diathermie. Vom medizinischen und technischen Standpunkt. Von Dr. med. H. Henseler u. Dipl.-Ing. E. Fritsch (Radionta-Verlag, Berlin N 24.) Preis geb. Mk. 3.50.

Unter den elektro physikalischen Heilverfahren steht heute die Diathermie unzweifelhaft an erster Stelle. Mit ihrer Ausübung befassen sich nicht nur Spezialisten und Krankenanstalten, sondern auch der praktische Arzt bedient sich bei einer grossen Anzahl von Erkrankungen der ausserordentlichen Heilkraft der durch Elektrizität im Körperinnern erzeugten Wärme. Nichts beweist das besser als die ständig wachsende Verbreitung der Diathermieapparate, nicht nur der grossen und grössten Typen, sondern auch der in der privatärztlichen Praxis besonders beliebten mittelgrossen Apparate. Wie die Erfolge einer jeden physikalischen Heilmethode eine gewisse praktische Uebung sowie ein theoretisches Studium zur Voraussetzung haben, so gilt dies auch von der Diathermie. Da es aber dem vielbeschäftigten Arzt häufig an der erforderlichen Zeit mangelt, um sich eine breitere theoretische Basis zu schaffen, so liegt ein ausgesprochenes Bedürfnis nach einer kurz gefassten physikalischen, technischen und medizinischen Einführung vor, die es dem Arzt nicht nur ohne nennenswerten Zeitaufwand ermöglicht, die Diathermie erfolgreich anzuwenden, sondern ihm auch praktisch wichtige Gesichtspunkte für die Wahl eines geeigneten Apparates mitteilt. Diesem Bedürfnis entspricht das mit 63 Textabbildungen versehene, auf Kunstdruckpapier gedruckte Buch in ausgezeichneter Weise.

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

Zur gefl. Beachtung!

Der Gesamtauflage dieser Nummer liegt ein Prospekt über **Die Ausstellung der Electricitäts-Gesellschaft »Sanitas« auf dem Internationalen Röntgen-Kongreß 1928 in Stockholm,** sowie der Firma **Dr. Degen & Kuth, Düren i. Rheinl.,** über **»Duka«-Verbandwatte in Zick-Zackform** und der Verbandwatte- und Verbandstoff-Fabriken **Paul Hartmann A.-G., Heidenheim a. Brz.** über **»Zinkocoll Hartmann«** bei.

Wir empfehlen diese Beilagen der besonderen Beachtung unserer Leser.

Bayerisches
Aerztliches Correspondenzblatt
Bayerische Aerztezeitung.

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

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

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

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

№ 41. München, 13. Oktober 1928. XXXI. Jahrgang.

Inhalt: Die Medizinische Fakultät München zur Erweiterung der Krankenversicherung. — Beitrag zur Bayerischen Aerzteversorgung. — Aufgaben der Fürsorgestellen für Lungenkranke. — Auswirkungen für den praktischen Arzt. — Programm der Reichsregierung zur Sozialversicherung. — Pläne betr. Erhöhung der Versicherungsgrenze? — Verbindung der Sozialversicherung mit den Gewerkschaften. — Aerztliche Messungen bei Jugendwanderungen. — Ausgestaltung der Heilfürsorge für Alkoholkranke. — Vereinsnachrichten: Hof; Würzburg (Land) -Ochsenfurt; Münchner Aerzteverein für freie Arztwahl; Nürnberg. — Lehrgang für gärungslose Früchteverwertung. — Deutscher Verein gegen den Alkoholismus.

Die Medizinische Fakultät der Universität München zur Erweiterung der Krankenversicherung.

In Kreisen des Reichstags besteht die Absicht, die Versicherungsgrenze noch weiter zu erhöhen und die freien Berufe in die Krankenversicherung einzubeziehen. In Uebereinstimmung mit dem Bayerischen Aerzte-Verband und der Bayerischen Landesärztekammer sieht die Medizinische Fakultät der Universität München in dem Plan eine schwere Bedrohung nutzbringender ärztlicher Tätigkeit und dadurch der Volksgesundheit. Fast die gesamte Bevölkerung wird dann Krankenkassen angehören. Noch mehr als jetzt wird die unabhängige Ausübung des ärztlichen Berufs eingeschränkt. Nur in beruflicher Freiheit bei freiwilliger Unterordnung unter die notwendige Disziplin der ärztlichen Organisationen können sich aber vollwertige ärztliche Persönlichkeiten entwickeln und kann der ärztliche Nachwuchs sich in erwünschter Weise betätigen. Die Fakultät wird alle Maßnahmen zur Abwendung der drohenden Gefahr begrüßen.

Einladungen zu Versammlungen.

Bund Deutscher Aerztinnen, Bezirksgruppe Bayern.

Einladung zur Mitgliederversammlung am Freitag, dem 15. Oktober, Briennerstraße 37/0.

Tagesordnung: 1. Bericht über die Mitgliederversammlung in Bamberg. 2. Geschäftliches.

Der Vorstand.

Tagung der oberfränkischen Aerzte.

Die diesjährige Herbsttagung der oberfränkischen Aerzte (Kreisverbandes, Gaues) findet am Sonntag, dem 4. November, nachmittags 12½ Uhr, in Kulmbach in den Sauermannschen Gaststätten statt.

Tagesordnung: 1. Wissenschaftliche Vorträge und Vorführungen; 2. Standes- und wirtschaftliche Fragen.

Nach der Tagung, gegen 4 Uhr nachmittags, gemeinsames, einfaches Mittagessen. Vorträge wollen bis spätestens 20. Oktober beim Vorsitzenden, Herrn Geh.-Rat Dr. Herd (Bamberg), Teilnahme am Essen bis 31. Oktober bei Herrn Facharzt Dr. Engel (Kulmbach) angemeldet werden.

Dr. Kröhl.

Aerztlicher Bezirksverein und Aerztlich-wirtschaftlicher Verein Fürth.

Donnerstag, den 18. Oktober 1928, 8½ Uhr, pünktlich, im Berolzheimerianium Versammlung.

Tagesordnung: 1. Bezirksverein: a) Aufnahme (Dr. Bergmann, Sponheimer, Beselau); b) Bericht über den Bayer. Aerztetag; c) Demonstrationen (Dr. Frank). 2. Aerztlich-wirtschaftlicher Verein: Bericht über die Sitzung des Bayer. Aerzteverbandes, Mitteilungen, Verschiedenes.

Dr. Wollner.

Beitrag zur Bayerischen Aerzteversorgung für das 3. Vierteljahr 1928.

I.

Der Beitrag für das 3. Vierteljahr 1928 (1. Juli bis 30. Sept.) beträgt 7 Proz. des tatsächlich erzielten reinen Berufseinkommens (Gesamteinkommen nach Abzug von durchschnittlich 30 Proz. Werbeunkosten).

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

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

II.

Das Staatsministerium des Innern hat mit Entschließung vom 27. Sept. 1928 Nr. 5072b 25 folgende vom Verwaltungsausschuß beschlossenen Aenderungen der Satzung der Bayer. Aerzteversorgung genehmigt:

1. In § 13 Abs. III Satz 2 wird statt „zur Hälfte“ gesetzt „zu drei Viertel“ und als Anmerkung zu diesem Satz in einer Fußnote bemerkt: „Gilt mit Wirkung vom 1. Jan. 1929 an“.

2. In § 9 Abs. V wird als zweiter Satz eingefügt: „Die Versorgung wird nicht ausgezahlt, solange das Mitglied mit mehr als einem Jahresbeitrag oder mit sonstigen Verpflichtungen an die Anstalt im Rückstand ist.“

Hiernach erhalten Mitglieder der Aerzteversorgung, welche auf Grund einer amtlichen oder vertraglichen

Anstellung einen Rechtsanspruch auf gleichwertige Versorgung haben und während der ganzen Dauer ihrer Mitgliedschaft wenigstens die Mindestbeiträge gezahlt haben, neben dem Zuschlag drei Viertel des Grundbetrags, falls sie nach dem 31. Dezember 1928 um die Einweisung des Ruhegeldes nachsuchen. Durch die Ergänzung des § 9 Abs. V wird die Anstaltsverwaltung ermächtigt, die Auszahlung der Versorgungen solange zurückzuhalten, bis größere Rückstände an Umlagen, Darlehenszinsen, Tilgungsraten von Darlehen usw. vollständig gedeckt sind; von dieser Ermächtigung wird die Anstaltsverwaltung regelmäßig Gebrauch machen.

München, 4. Oktober 1928.

Versicherungskammer, Abt. für Aerzteversorgung,
I. A.: Oberregierungsrat Hilger.

Die Bekämpfung der Lungentuberkulose auf Grund der jetzigen Anschauung.

II. Die Aufgaben der Fürsorgestellen für Lungenkranke.

Berichterstatter für den 10. Bayerischen Aerztetag
Geheimrat Dr. Frankenburger, Nürnberg.

Der hochgeehrte Herr Vorsitzende der Landesärztekammer hat mir den ehrenvollen Auftrag erteilt, zu dem Beratungsgegenstande dieser Sitzung die Besprechung des Teilgebietes „die Aufgaben der Fürsorgestellen" einzuleiten. Und zwar ist mir der Auftrag erteilt — ich bitte das als mildernden Umstand für mich festzuhalten — vom Standpunkte des Fürsorgearztes aus zu sprechen.

Ich glaubte mich diesem Auftrage als ältester — wahrscheinlich an Jahren, sicher an Dienstjahren ältester — bayerischer Fürsorgearzt nicht entziehen zu dürfen. Nicht, weil ich glaubte, daß mit den Jahren die Weisheit wächst, sondern wegen der über 22jährigen Erfahrungen, über welche ich als Fürsorgearzt verfüge.

Aus diesen Erfahrungen heraus ist mein Bericht entstanden und als solchen, als einen Bericht nicht der Theorie, sondern der Erfahrungen, bitte ich ihn zu nehmen.

Lassen Sie mich absehen von allen Erörterungen über die Bedeutung der allgemeinen Fürsorge, wie der Tuberkulosen-Fürsorge, sowohl für die Allgemeinheit des Volkes wie für die Aerzte. Solcher Ausführungen bedarf es in diesem Kreise nicht.

Die geschichtliche Entwicklung der deutschen Fürsorgestellen für Lungenkranke hat Scheyer schon in seinem Berichte auf dem vorjährigen deutschen Aerztetag in Würzburg gestreift. Sie liegt in ihren Anfängen jetzt über 25 Jahre zurück. Inzwischen haben die Fürsorgestellen für Lungenkranke großen Aufschwung erlangt, sind zu wichtigen Organen der allgemeinen öffentlichen Gesundheitspflege geworden, anerkannt und in ihrer Bedeutung gewürdigt von den öffentlichen Körperschaften, von der weitesten Allgemeinheit, aber in ihren eigentlichen Aufgaben und Zwecken noch nicht genügend bekannt und teilweise verkannt bei vielen Kollegen. Diese sehen in unseren Fürsorgestellen vielfach immer noch Stellen, um den zugewiesenen Kranken Milch oder sonstige Stärkungsmittel zu verschaffen, Gutachten über Jnvalidität oder sonstiger Art auszustellen, höchstens noch in den Städten sich durch die Ueberweisung an die Fürsorgestelle gegen Beanstandung der Krankenkasse wegen zu langer Behandlungsdauer der berühmten „Lungenspitzenkatarrhe" zu decken. Gewiß gehören mit Ausnahme des letztangeführten Zweckes auch diese Maßnahmen in den Bereich der Fürsorgeaufgaben.

Unsere Hauptaufgabe ist aber die Wirksamkeit nicht zu Nutzen des einzelnen Krankheitsfalles, sondern der Allgemeinheit.

Diese, unsere Tätigkeit zum Zwecke der Bekämpfung der Tuberkulose als Volksseuche ist es, welche von einem Teil der Aerzte noch zu wenig gekannt ist. Es ist das umso weniger verständlich, als gerade bei der Tuberkulose-Bekämpfung und der Entwicklung der Fürsorgestellen für Lungenkranke — ganz im Gegensatz zur Entwicklung anderer sozialer Einrichtungen — die berechtigte Forderung der Aerzte gehört zu werden und maßgebenden Einfluß zu haben, von Anfang an und immer erfüllt war und als gerade die bei der Entwicklung des Fürsorgestellenwesens leitend und maßgebend gewesenen Persönlichkeiten, ebenso wie die großen Spitzenverbände des Deutschen Zentral-Komitees zur Bekämpfung der Tuberkulose, des Bayer. Landesverbandes und vor allem auch die staatlichen Stellen stets für eine Gemeinschaftsarbeit unter möglichster Heranziehung und Mitwirkung aller Aerzte eingetreten sind.

Wir Vertreter der Tuberkulose-Bekämpfung, insbesondere wir Fürsorgeärzte, waren und sind uns stets bewußt, daß unsere Arbeit abhängig ist von der Mitwirkung aller Aerzte, daß sie ersprießlich und umfassend nur in Gemeinschaft mit allen Aerzten geleistet werden kann; daß andererseits ein Versagen in dieser Beziehung die Erfüllung unserer Aufgaben wesentlich erschwert. Es fehlt uns aber noch vielerorts die Gegenliebe der Aerzte. Mit umso größerer Freude habe daher auch ich als ältester Tuberkulose-Fürsorgearzt Bayerns es empfunden und darf unserem weitblickenden Herrn Vorsitzenden besten Dank aussprechen, daß er folgend der guten alten Uebung der alten bayerischen Aerztekammern, schon dieser 2. Sitzung der neuen Bayerischen Landesärztekammer die Frage der Tuberkulose-Bekämpfung zur Besprechung gestellt und uns Gelegenheit gegeben hat, mit der Vertretung der Kollegen unsere Bestrebungen zu erörtern.

Die Aufgaben der Fürsorgestellen unterscheiden sich von der Fürsorgetätigkeit, welche der einzelne Arzt seinem Kranken angedeihen läßt dadurch, daß der Arzt seinen Kranken als Einzelobjekt faßt, während der Fürsorgetätigkeit der Kranke Betreuungsgegenstand ist, insoweit er eine Gefahr für seine nähere und weitere Umgebung in bezug auf die Krankheitsausbreitung bietet. Die Gefahr der Krankheitsverbreitung bietet der Kranke wohl erst, wenn er an offener Tuberkulose leidet. Die Seuchenbekämpfung erfordert aber ihn zu fassen, möglichst ehe er offen wird und zu verhüten, daß er offen wird; sie erfordert weiter zu verhüten, daß in seiner Umgebung neue Seuchenherde entstehen; sie erfordert also neben der Ueberwachung des Kranken noch die Betreuung der gesunden aber ansteckungsgefährdeten Umgebung des Kranken. In diesen Aufgabenkreis gehören vor allem die Regelung der Wohnverhältnisse des Kranken, die Absonderung in der Wohnung im eigenen Zimmer, mindestens einem eigenen Bett, die Absonderung der gefährdeten Angehörigen in- oder außerhalb der Wohnung, die eingehende Belehrung und Anleitung über die Behandlung des Auswurfes, der Wäsche usw., die fortlaufende Desinfektion. Es gehört weiter hierzu die alsbaldige und zeitweise wiederholte Untersuchung der gefährdeten Angehörigen und anderes mehr. Eine solche fortgesetzte Betreuung einer ganzen Familie kann bei der im Zeitgeist liegenden und in der Auswirkung durch mit dem Krankenkassenwesen zusammenhängende Umstände geförderten Neigung der weitesten Bevölkerungskreise den Arzt häufig zu wechseln, heute durch den einzelnen Arzt nur ganz ausnahmsweise geübt werden. Wo gibt es denn heute noch den Hausarzt oder Fami-

lienarzt? Wieviele sind derer? Der Kranke selbst entzieht sich dem Arzt und seiner Aufsicht, wann es ihm paßt. Er wechselt den Arzt wie das Hemd, manchmal auch noch häufiger. Der Arzt ist gar nicht in der Lage ihm nachzugehen. Die Angehörigen seiner Kranken kennt der Kassenarzt in der Stadt vielfach überhaupt nicht. Sie haben wieder einen anderen Arzt. Der behandelnde Arzt kommt — ich kann das hundertfach belegen — selbst bei offen Tuberkulose-Kranken solange nicht in ihre Wohnung, als sie überhaupt noch bewegungsfähig sind.

Die öfter gehörte Meinung, jeder Arzt solle und könne hinreichend Familienfürsorge treiben, klingt in der Theorie sehr schön; in der Praxis wird diese Fürsorgetätigkeit von uns meistens nicht gefunden. Sie ist auch für den einzelnen Arzt nur vereinzelt durchführbar und wird übrigens auch da, wo sie ausnahmsweise geübt werden könnte, durchaus nicht immer geübt.

Es ist deshalb das Vorhandensein und Eingreifen von Fürsorgestellen unerläßlich. Es ist umso notwendiger, als für die Einleitung und Durchführung der Fürsorgemaßnahmen Verhandlungen mit anderen oft mehreren, in Betracht kommenden Stellen, z. B. Versicherungsämtern, Heilstätten, Krankenhäusern, Wohnungsämtern, Wohlfahrtsämtern, Desinfektionsanstalten für die Unterbringung gefährdeter Kinder usw. zu pflegen sind, für welche den meisten Kollegen die Zeit und der Mehrzahl auch die Lust fehlt. Machen wir doch immer mehr die Erfahrung, daß sogar die Vorbereitung reiner Heilmaßnahmen, wie die Stellung von Heilverfahrensanträgen von der Mehrzahl der Aerzte mehr und mehr abgelehnt und den Fürsorgestellen übertragen wird. Wir leisten diese Arbeit gerne; denn auch diese Aufgaben erachten wir als in unser Arbeitsgebiet einschlagend, da die rechtzeitige Einleitung geeigneter Heilverfahren den Uebergang geschlossener in offene Tuberkulose oder die Wandlung offener in geschlossene bezwecken und häufig erreichen kann und deshalb auch in den Aufgabenbereich der Seuchenbekämpfung der Tuberkulose gehört.

So gehen also die beiden Hauptzweige der Tuberkulose-Fürsorge, Verhütungsfürsorge und Heilfürsorge fließend ineinander über.

Da die Anordnung der einzelnen in Betracht kommenden Fürsorgemaßnahmen abhängig ist von dem jeweiligen Gesundheits- bzw. Krankheitszustande der einzelnen zu betreuenden Personen und ihrer Umgebung kann die Fürsorgestelle auch einer diagnostischen Betätigung nicht entbehren. Die diagnostische Tätigkeit der Fürsorgestellen kann schon nicht entbehrt werden bei denjenigen Fällen geschlossener oder offener Tuberkulose, bei welchen vom Einzelbefunde die Anwendung und die Erfolgsaussicht bestimmter Heilverfahren abhängt, welche den Seuchenherd noch oder wieder zu sperren oder einzudämmen geeignet sind. Die diagnostische Tätigkeit kann erst recht nicht entbehrt werden bei den Frühfällen, nicht bei den Schutzfällen.

Die Ihnen selbst genügend bekannten Schwierigkeiten der Diagnostik, die Notwendigkeit der Heranziehung besonderer dem Arzt in der täglichen Praxis vielfach nicht zugänglicher Hilfsverfahren, wie der Röntgenuntersuchung, der Blutuntersuchung und anderer Laboratoriumsverfahren, welche nicht nur Apparatur, Zeit und Kenntnis der Verfahren, sondern auch vor allem Uebung und Erfahrung bei der Bewertung der Ergebnisse der Untersuchungsmethoden erfordern, brauchen nur gestreift zu werden.

Wir stellen fast, daß gerade die diagnostische Tätigkeit der Fürsorgestellen bei den Kollegen — mit Ausnahme der Herren Fachärzte, auf welche ich gleich zurückkomme — sich am meisten in der Anerkennung durchgesetzt hat, so daß sogar viele Kollegen darin die Haupt- und einzige Tätigkeit der Fürsorgestellen sehen.

In der diagnostischen Betätigung wollen die Fürsorgestellen den paktischen Aerzten gegenüber keineswegs den Ruf übergeordneter oder gar sich überhebender Stellen einnehmen, sie wollen nur dem Arzte als treue Fachberater zur Seite stehen. Die Kollegen wissen auch genau, daß diese beratende diagnostische Tätigkeit die Kranken ihnen nicht wegnimmt, sondern in den ausgefundenen behandlungsbedürftigen Fürsorgepfleglingen, insbesondere auch in den bei den Umgebungsuntersuchungen ausgefundenen Erkrankten neue behandlungsbedürftige Personen zuführt.

Durch die von Herrn Geheimrat von Romberg Ihnen eben vorgetragenen neuen Forschungsergebnisse über Beginn und Verlauf der Tuberkulose haben die Aufgaben der Fürsorgestellen eine noch wesentlich gemehrte Bedeutung erlangt. Diese Fälle, welche so rasch offen sind, stark Bazillen streuen müssen, abgesehen von ihrer sofortigen Behandlungsbedürftigkeit, auch von der verhütenden, vorbeugenden Fürsorgetätigkeit rasch erfaßt werden. Ein neues, weites Feld ersprießlicher Zusammenarbeit von Aerzten und Fürsorgestellen hat sich erschlossen, auf welchem dem Eingreifen des Arztes durch rechtzeitige Ueberweisung an die Fürsorgestelle, durch rasche Zusammenarbeit mit dieser bezüglich der einzelnen einzuleitenden Maßnahmen der Vortritt gebührt und gerne überlassen wird.

Nun ein paar Worte darüber, ob und wie weit die Aufgaben der Fürsorgestellen durch die Fachärzte geleistet werden können. In diagnostischer Beziehung können gewiß zuverlässige und erfahrene Fachärzte dasselbe leisten wie eine Fürsorgestelle. Nicht allerdings kann das jeder, der sich nur Facharzt nennt. Es kann und will auch die Fürsorgestelle niemals dem praktischen Arzte verwehren, seine Kranken zur Sicherung der Diagnose zuerst dem Facharzte seines Vertrauens zu überweisen; aber er muß sie auch der Fürsorgestelle überweisen. Die fürsorgerischen Aufgaben der Seuchenbekämpfung kann auch der Facharzt nicht durchführen. Ich erinnere hier an das, was ich vorhin über die Beziehungen der praktischen Aerzte zu ihren Kassenkranken gesagt habe. Das trifft noch mehr für die Fachärzte in den Städten zu; auf dem Lande gibt es ja ohnedies keine. Aber auch auf dem Lande ist die Durchführung der Fürsorgemaßnahmen durch den praktischen Arzt nicht so leicht und wird nicht so häufig geübt als man theoretisch kann.

Kann und will die Fürsorgestelle die Fachärzte in ihrer diagnostischen Betätigung nicht beschränken und ebensowenig die praktischen Aerzte, welche die Fähigkeit dazu sich zutrauen, so muß andererseits der Fürsorgestelle unverwehrt bleiben, die als Grundlage für die Fürsorgemaßnahmen notwendig erscheinenden Untersuchungen auch selbst auszuführen, soweit sie es für erforderlich hält; insbesondere auch selbst zu entscheiden, auf welches ihr vorgelegte Röntgenbild sie sich verlassen kann und will und dergleichen.

Bezüglich der Behandlung der Kranken beschränkt sich die Aufgabe der Fürsorgestellen darauf, für diejenigen Kranken, bei welchen eine bestimmte Behandlungsmaßnahme notwendig erscheint, um sie als Seuchenherde auszuschalten, die hierfür ihr geeignet erscheinenden Maßnahmen vorzuschlagen. Auch hierbei beansprucht die Fürsorgestelle kein selbständiges Vorgehen. Sie will nur mit ihrer Erfahrung dem behandelnden Arzte beratend zur Seite treten, in enger Zusammenarbeit mit ihm wirken, ihm bei der Vorbereitung der Maßnahmen wie der Verweisung in ein Krankenhaus oder in eine Heilstätte, soweit es gewünscht wird, die Verhandlungsarbeit abnehmen. Sie muß allerdings auch erwarten, daß die von ihr gegebenen Vorschläge

dann nicht ohne weiteres ad acta gelegt werden. Dagegen erachten wir selbst die Durchführung der Behandlungsmaßnahmen als nicht zum Aufgabenbereich der Fürsorgestellen gehörig. Ich gebe ohne weiteres zu, daß aus der Entwicklung des Fürsorgestellenwesens heraus — übrigens auch nur vereinzelt und keinesfalls in einem etwa für die Aerzteschaft in Betracht kommenden materiell schädigenden Ausmaße — es sich ergab, daß gewisse besondere Behandlungsmaßnahmen, die Tuberkulinbehandlung, Quarzlampenbehandlung, Pneumothoraxnachfüllungen, in einzelnen Fürsorgestellen geübt wurden. Unter den heutigen Verhältnissen geben wir solche Maßnahmen für die Fürsorgestellen vollständig preis. Sie brauchen dort nicht mehr geübt zu werden und sollen dort nicht geübt werden. Es ist aber Aufgabe der Fürsorgestellen, dafür zu sorgen, daß die Maßnahmen den Kranken an für die Durchführung geeigneten, zuverlässigen Stellen zur Verfügung stehen. Wir wissen, daß einen Teil dieser Maßnahmen jeder gute Arzt leisten kann. Einen anderen Teil, wie die Pneumothoraxnachbehandlung jeder erfahrene Facharzt; dagegen gehört die Pneumothoraxanlage zunächst in Krankenhäuser oder Heilstätten.

Da die Fürsorgestellen, besonders die ersten bayerischen Fürsorgestellen, von praktischen Aerzten gegründet und geleitet wurden, wie die in Nürnberg 1906 durch mich und die in München 1907 durch Ferdinand May in Betrieb genommenen, so ergab sich von selbst, daß von verneherein bei uns auf die Belange der praktischen Aerzte, auf die Vermeidung der Beeinträchtigung ihrer Tätigkeit und auf ihre Heranziehung zur Mitarbeit weitgehendste Rücksicht genommen wurde. Alle Richtlinien und Leitsätze für die Gründung von Fürsorgestellen haben darauf Bezug genommen. Die vom Bayer. Staatsministerium des Innern unterm 2. März 1911 nach Vorschlag des Bayer. Landesverbandes herausgegebenen Leitsätze für die Errichtung und den Betrieb der Fürsorgestellen für Tuberkulöse besagen unter anderem: „Sie (die Fürsorgestellen) suchen mit Hilfe der Aerzte usw. die an Tuberkulose leidenden oder von ihr bedrohten Personen zu ermitteln"; es heißt dort weiter: „Die ärztliche Behandlung der Kranken liegt außerhalb der Zwecke der Fürsorgestelle für Tuberkulöse und soll deshalb von der Fürsorgestelle für Tuberkulöse aus nicht stattfinden."

Zweifellos ist die Behandlungsfrage bzw. die Aerztefrage ein ausschlaggebender Punkt in den Beziehungen zwischen Fürsorgestelle und Aerzten. Mit Recht wird gefordert, daß die Fürsorgestellen nicht nur nicht behandeln sollen, sondern daß auch die Fürsorgeärzte nicht die Gefahr bringen dürfen, Fürsorgepfleglinge zur Behandlung als Privatpatienten absichtlich oder unabsichtlich an sich heranzuziehen, daß sie jeden Schein, aus der Fürsorgearzttätigkeit Nutzen für ihre Praxis ziehen zu wollen, unbedingt meiden müssen. In den großen Städten hat die Entwicklung von selbst dazu geführt, diese Gefahr auszuschließen. Die Tätigkeit der städtischen Fürsorgestellen ist eine so ausgedehnte geworden, daß eine Ausübung der fürsorgeärztlichen Arbeit durch praktische Aerzte im Nebenamte dort kaum mehr möglich ist. So ist man in Großstädten fast überall dazu gekommen, hauptamtliche Fürsorgeärzte mit dem Verbote der Praxisausübung anzustellen. In den wenigen größeren Städten, in welchen das noch nicht geschehen ist, wird es geschehen müssen.

Anders allerdings liegen die Verhältnisse in den mittleren und kleineren Städten bzw. auf dem Lande. Bei uns in Bayern liegt die Ausübung der Fürsorgetätigkeit außerhalb der großen Städte mit wenigen Ausnahmen nicht in den Händen der praktischen Aerzte, sondern der Herren Bezirksärzte, zu deren amtlichen Pflichtenkreis dieses Arbeitsgebiet gehört. In den großen Städten können die Amtsärzte wegen ihres umfangreichen sonstigen Arbeitsgebietes die Fürsorgetätigkeit nicht selbst ausüben. Sie müssen sich auf die amtliche Ueberwachung beschränken. Außerhalb der großen Städte und auf dem Lande ist das nicht der Fall; hier hält eben meist der Bezirksarzt, vereinzelt ein praktischer Arzt, die Fürsorgesprechstunde ab. Es ist mir, wie auch vielen von Ihnen und wohl den amtlichen Stellen selbst bekannt, daß eine größere Zahl der ländlichen Fürsorgestellen nicht so arbeitet, vor allem nicht so besucht wird, wie es im Interesse der Seuchenbekämpfung gefordert werden muß; und zwar kommt das daher, daß im Gegensatz zu den städtischen Stellen, bei welchen auch jetzt schon ein Teil der Aerzteschaft die Fürsorgestelle unterstützt und nur ein kleiner Teil abseits steht, diese ländlichen Fürsorgestellen mit wenigen Ausnahmen ohne jede Mitwirkung der praktischen Aerzte arbeiten und ihren Wirkungskreis beschränken müssen auf diejenigen Fälle, welche dem Amtsarzte selbst in seiner Praxis vorkommen oder amtlich zur Kenntnis kommen. Ich weiß das aus meiner Erfahrung aus meinem Kreise Mittelfranken. Ich weiß es auch aus anderen Kreisen. Die Fürsorgestellen werden von den praktischen Aerzten nicht unterstützt, weil die letzteren in dem die Stelle leitenden Bezirksarzte, ebenso in dem ausnahmsweise als Fürsorgestellenleiter vorhandenen praktischen Arzte des Ortes den Konkurrenten in der Praxis sehen, dem sie ihre Kranken vorenthalten wollen. Ferner haben mir viele Kollegen erklärt: „Ja mehr als ich kann der Herr Bezirksarzt bei der Untersuchung auch nicht finden, andere Hilfsmittel hat er auch nicht." Darin steckt ein Korn Wahrheit. Auch die ländlichen Fürsorgestellen bedürfen für die Untersuchungstätigkeit ihrer Fürsorgesprechstunden einer fachärztlichen Beihilfe. Es kann und muß anerkannt werden, daß die Bayer. Staatsregierung in sehr großzügiger Weise ihren Herren Amtsärzten und praktischen Aerzten Gelegenheit gegeben hat und fortlaufend gibt, sich in allen wissenschaftlichen und sozialen Fürsorgefragen, insbesondere auch in der Tuberkulosenfürsorge, durch Teilnahme an Fortbildungskursen auf dem Laufenden zu halten, und daß von den Herren Kollegen ausgiebigster Gebrauch von den Fortbildungsgelegenheiten gemacht wird.

Allein ich muß hier wiederholen, was ich schon gesagt habe, mit der diagnostischen Kenntnis allein ist es auch noch nicht getan. Es bedarf auch der Uebung und Erfahrung, welche nur ein großer Wirkungskreis und ein sehr großes Kranken- bzw. Untersuchungsmaterial bringen kann. Darum hat der Bayer. Landesverband zur Bekämpfung der Tuberkulose jetzt auch in den einzelnen Kreisen sogenannte Vertrauensstellen bezeichnet, von welchen aus erfahrene Fachärzte der Fürsorgestellen oder Heilstättenärzte die kleineren Fürsorgestellen des Kreises bereisen und dort in Gemeinschaft mit den Amtsfürsorge- und praktischen Aerzten an bestimmten Untersuchungstagen (Sprechtagen) die krankheitsverdächtigen Personen der Umgebung und vor allen Dingen die von den einzelnen Aerzten selbst vorgestellten Personen einer fachärztlichen Untersuchung unterziehen. Diese Sprechtage, deren selbst ich schon eine Reihe abgehalten habe, scheinen mir den Beifall der Kollegen gefunden zu haben, nur ein einziges Mal bin ich bis jetzt abgelehnt worden. In dieser Weise, in Form der von Fachärzten in Gegenwart der Amtsärzte und aller hierzu eingeladenen praktischen Aerzte des Bezirks abgehaltenen Sprechtage mit gemeinsamer konsiliarischer Untersuchung der vorgeführten Personen, denke ich mir die weitere Organisation der Fürsorgestellen auf dem Lande. Dabei müssen, sollen und können die Rechte der Herren Amtsärzte ebenso voll gewahrt werden wie die der praktischen Aerzte. Dazu gehört

nichts als ein bißchen gegenseitiges Vertrauen und etwas weniger Mißtrauen, als sich bis jetzt gewöhnlich findet.

Die Leitung der Fürsorgestelle, die Ueberwachung der Fürsorgeschwester, die Anordnung und Ueberwachung der hygienischen Maßnahmen muß und soll selbstverständlich dem Amtsarzte oder sonstigen Fürsorgearzte überlassen bleiben. Die Abhaltung von Sprechtagen ist ja auf dem Lande gar nicht so häufig notwendig. Selbstverständlich ist notwendig, daß die betreffenden Orte mit geeigneten Sprechräumen ausgestattet sein müssen und daß diese an unparteiischer Stelle vorhanden sind, nicht im Privatsprechzimmer des Bezirksarztes.

Ich darf hinzufügen, daß ein solcher Fürsorgebetrieb in Form der Sprechtage in größeren Landbezirken bei uns schon mit Erfolg durchgeführt wird, so in Oberbayern, in Mittelfranken; in ausgedehnterer Weise noch geschieht das in Thüringen, Schlesien und anderwärts.

Ebenso wie bezüglich des Fürsorgearztes ist bei der Arbeit der Fürsorgeschwestern von vorneherein und immer darauf gehalten worden, die Aufgaben und den Pflichtenkreis genau zu umgrenzen und jede Ueberschreitung zu verhüten. Ich habe den kurzen Ausführungen meines Leitsatzes darüber gar nichts hinzuzufügen. Es wird von uns Fürsorgeärzten darauf gehalten werden, daß die Fürsorgeschwestern sich auf ihre Aufgaben beschränken, daß sie bei ihrer Tätigkeit im Hause der Kranken jede Ueberschreitung, insbesondere jedes Erteilen von Ratschlägen über Behandlung, jede Kritik meiden. Die Fürsorgestelle muß in dieser Beziehung für ihre Schwestern die volle Verantwortung übernehmen.

Daß die Fürsorgestelle selbst, insbesondere der Fürsorgearzt im Verkehre mit den Pfleglingen die notwendige Vorsicht und Rücksicht auf den behandelnden Arzt walten lassen wird, daß in Einzelfragen möglichst wenig mit dem Kranken selbst und vorwiegend mit dem behandelnden Arzt verkehrt wird, liegt im eigenen Bestreben der Fürsorgestelle, und wird nur in der allgemeinen Durchführung durch die Abneigung der Kollegen gegen schriftlichen Verkehr und durch die Zeitbeschränkung der Kollegen behindert.

Da ich es nicht als Aufgabe erachte, die Organisationsfragen der Fürsorgestellen in allen Einzelheiten zu besprechen, sondern nur insoweit, als sie für den Verkehr und die Gemeinschaftsarbeit mit den Kollegen in Frage kommen, so glaube ich, zunächst die wichtigsten Punkte besprochen zu haben. Sollte noch eine Aussprache über einen oder den anderen Punkt gewünscht werden, so können wir das in der Erörterung nachholen.

Sie ersehen, meine Herren Kollegen, daß die Fürsorgestellen bereit sind, sich erhebliche Bindungen aufzuerlegen. Es müssen aber dafür selbstverständlich auch Bindungen der anderen Seite geboten werden. Es geht nicht an, daß unter kollegialen Rücksichten das Wohl der Fürsorgepfleglinge leiden muß, daß die Fürsorgezwecke behindert werden. Die Rücksicht, welche von den Fürsorgestellen gefordert wird, muß auch ihnen gegenüber geübt werden. Vor allem müssen sich die Fürsorgestellen auf die Mitarbeit aller Aerzte verlassen können.

Daß wir die Organisation in ihrer Gesamtheit, daß wir die Führer, daß wir die Herren hier alle hinter uns haben, das wissen wir; aber am weiteren Gefolge fehlt es. Ein nicht unerheblicher Teil der Kollegen, selbst bei uns in Nürnberg unter günstigsten Verhältnissen sind das noch etwa der dritte Teil der Aerzte, kennen die Fürsorgestelle nicht, andere überweisen nur ausnahmsweise Pfleglinge; auch werden nicht immer diejenigen Fälle uns überwiesen, welche wir in erster Linie erfassen müssen.

Wir haben wohl in Bayern seit 1911 die amtliche Anzeigepflicht, aber nur für Todesfälle an Tuberkulose. Wir haben in Nürnberg schon damals auch die Anzeigepflicht für alle Fälle von Wohnungswechsel von Kranken mit offener Tuberkulose eingeführt und neuerdings seit zwei Jahren die Anzeigepflicht für alle Fälle von offener Lungen- und Kehlkopftuberkulose. Aber die Anzeigepflicht wird nur lückenhaft geübt. Wir müßten um so mehr erwarten, daß die Herren diesen Schaden durch rechtzeitige und lückenlose Ueberweisung der Fälle an die Fürsorgestellen ausgleichen würden. Wollen die Kollegen, daß beibehalten wird, was wir in Nürnberg und was die meisten Fürsorgestellen eingeführt haben, daß abgesehen von der Ueberweisung durch amtliche und öffentliche Stellen nur solche Fälle in der Fürsorgestelle angenommen werden, welche vom behandelnden Arzt überwiesen werden, dann müssen aber auch von allen Aerzten uns alle in Betracht kommenden Personen lückenlos überwiesen werden! Das ist aber leider nicht der Fall. Es wird angewendet, der Ueberweisung an die Fürsorgestellen stehe die Schweigepflicht gegenüber und der überweisende Arzt setzte sich Schadenersatzansprüchen aus, wenn durch Ueberweisung an die Fürsorgestelle dem Kranken Schaden erwüchse. Dieser Einwand ist hinfällig, da die Ueberweisung, soweit sie infolge gesetzlicher Anzeigepflicht geschieht, keine Verletzung des Berufsgeheimnisses darstellt, und da andererseits keine Fürsorgestelle verlangt, daß ihr Personen gegen ihren Willen überwiesen werden sollen. Der Schaden, der durch die Nichtzuweisung von Personen, welche nicht überwiesen werden wollen, geschieht, der ist nach meiner Erfahrung sehr gering. Viel mehr bedeutet für uns die von Aerzten verweigerte Ueberweisung vieler Fälle, die überwiesen werden wollen.

Als ganz unzulässig muß es natürlich bezeichnet werden, wenn von Aerzten direkt den Fürsorgestellen entgegengearbeitet wird. Es geht nicht an, daß die vom Kranken gewünschte Ueberweisung an die Fürsorgestelle als nutzlos und überflüssig erklärt wird, daß offene Tuberkulosekranke erst im Endstadium überwiesen werden, daß ein Heilstättenantrag erst dann gestellt wird oder daß Kranke erst überwiesen werden, wenn die 26wöchentliche Behandlungszeit der Krankenkasse abgelaufen ist. Es geht nicht an, daß gesundheitliche Anordnungen der Fürsorgestellen über Auswurf-, Wäschebehandlung usw. für zwecklos und für Unsinn erklärt werden und daß ein Kollege es für eine Rohheit erklärt, wenn die Fürsorgestelle einen offenen Tuberkulosekranken darüber unterrichtet, daß er mit seinem Auswurf vorsichtig sein müsse, um seine Angehörigen nicht zu schädigen.

Es soll durchaus nicht gesagt sein, daß sehr viele Kollegen so ausgesprochen ablehnend den Fürsorgestellen gegenüberstehen. Aber ein großer Teil steht uns zu gleichgültig gegenüber. Er kennt unsere Arbeit nicht genügend und unterschätzt unsere Aufgaben und ihre Bedeutung.

Deshalb ist uns die Hilfe der Landesärztekammer so wünschenswert, und deshalb darf ich wiederholt danken, daß wir hier über die Frage sprechen durften.

Einer so mächtigen Bewegung, wie die Fürsorgebewegung ist, kann man nicht sich in den Weg stellen wollen. Denjenigen, der das versuchen wollte, über den würde die Bewegung hinweggehen. Wohl aber können wir in Gemeinschaftsarbeit der Bewegung angemessene und richtige Bahnen geben!

Es liegt gar kein Grund vor, die Losung zu geben: „Hie Fürsorgestelle, hie Aerzte", sondern es gibt nur

eine richtige Losung: „Aerzte und Fürsorgestelle!“

Die Fürsorgestellen reichen Ihnen die Hand zu gemeinsamer Arbeit im gemeinsamen Interesse. Schlagen Sie ein! Ich wiederhole: „Mit den Kollegen zusammenarbeiten.“ Das erachten wir Fürsorgestellen, wir Fürsorgeärzte als unsere Aufgaben vornehmste!

* * *

III. Auswirkungen für den praktischen Arzt.

Berichterstatter:
Geh. San.-Rat Dr. Hans Doerfler, Weissenburg i. B.

Nach den ausgezeichneten Referaten der beiden auf ihren Gebieten besonders sachverständigen Herren möchte es beinahe vermessen erscheinen, noch ein drittes Referat über denselben Gegenstand Ihnen zuzumuten. Und doch hat unsere Vorstandschaft recht getan, wenn sie sich entschloß, das Thema nach jeder Richtung hin Ihrer Aufmerksamkeit näherzubringen. Die beiden Herren Vorredner haben als Autoritäten auf ihren Gebieten, der wissenschaftlichen Forschung und der Tubekulosenfürsorge, beide als Vorkämpfer im Kampfe gegen die Tuberkulose, das Thema uns erläutert. Es ist aber sicher richtig, wenn ich sage, daß die neuen Ergebnisse der Tuberkuloseerforschung erst dann für das Volkswohl d. h. für die Allgemeinheit wertvoll sich auswirken können, wenn die Männer, die täglich es mit der Bekämpfung der Tuberkulose im Einzelfalle zu tun haben, wenn die praktischen Aerzte in die Materie eingedrungen und zu ihr die richtige Stellung eingenommen haben. Von der Stellungnahme der praktischen Aerzte, der Hausärzte, hängt letzten Endes auch auf diesem Gebiete wissenschaftlicher Forschung alles ab, wenn die Bewegung den Nutzen bringen soll, den wir von ihr erwarten dürfen. Es ist und bleibt glücklicherweise doch so, daß naturgemäß auch in Zukunft die Masse der tuberkulösen Einzelfälle in erster Linie den Hausarzt aufsuchen werden. Er muß vor allem für die Sache gewonnen werden. Wenn die praktischen Aerzte die neuen Lehren einfach zur Kenntnis nehmen würden, ohne sie sich innerlich ganz zu eigen zu machen, so würde die Arbeit der beiden Herren Erstreferenten der Tätigkeit von Architekten gleichen, die einwandfrei und künstlerisch vollendet den Plan zu einem prächtigen Hausbau entwarfen, dessen Ausführung aber wegen Fernbleibens eines Baumeisters nicht zustande kommt und immer nur ein schönes Gebilde künstlerischer Phantasie zu bleiben verurteilt ist.

Es ist darum ein Verdienst unserer Vorstandschaft, ja geradezu eine Notwendigkeit zu nennen, daß auch aus der Praxis heraus von einem Arzte, der lange genug mit offenen Augen in der Praxis gestanden ist, im Namen der praktischen Aerzte zu dem neuen Problem Stellung genommen wird.

Ich habe geglaubt, diese ehrenvolle Aufgabe um so bereitwilliger übernehmen zu dürfen, als ich seit Jahren der Tuberkulosefürsorge meine Aufmerksamkeit zugewendet habe und der Behandlung der Lungentuberkulose seit 42 Jahren mit ihren sich immer mehr vertiefenden Problemen in großer praktischer Tätigkeit mein besonderes aktives Interesse habe zuteil werden lassen.

Die Tuberkulosefürsorge wird in unserem engeren Vaterland seit zwei Jahrzehnten nach bestimmten Methoden ausgeübt und ist in diesen Formen Allgemeingut der bayerischen Aerzte geworden. Ich fasse meine heutige Aufgabe so auf, daß ich darauf verzichten kann, die beste Art der Tuberkulosefürsorge in Stadt und Land, wie sie sich aus den Vorschriften der Tuberkulosefürsorge herausgewachsen hat, Ihnen nochmals vor Augen zu führen. Meine heutige Aufgabe scheint mir in erster Linie darin zu liegen, die Stellung der praktischen Aerzte zu den neuen Ergebnissen der wissenschaftlichen und fürsorgerischen Forschung zu erörtern und soweit als möglich mit Ihrer Hilfe festzulegen.

So ergeben sich für uns Praktiker folgende Fragen:

1. Wie gestaltet sich die neue Lehre in der Praxis? Welche Stellung soll der praktische Arzt als Sachverwalter des allgemeinen Volkswohles und der Gesundheit der einzelnen Privatperson in seiner Eigenschaft als Diagnostiker und Therapeut zu ihr einnehmen?
2. Kann und soll der praktische Arzt selbst den gegebenen Fortschritt der Forschung auf dem Gebiete der Vorbeugung der Volkskrankheit der Tuberkulose für den Einzelfall sowohl als für die Allgemeinheit nutzbringend verwerten oder soll er diese Auswertung der öffentlichen Lungenfürsorge überlassen?
3. Welche Stellung muß er den Bestrebungen der öffentlichen Tuberkulosefürsorge gegenüber überhaupt einnehmen?

Bevor ich in die Materie eintrete, halte ich es für meine Referentenpflicht, an Sie als die Vertreter der bayerischen Aerzte die eindringliche Mahnung zu richten, Ihre ganze Aufmerksamkeit der uns beschäftigenden Frage zuzuwenden im Interesse einer erfolgreichen gemeinsamen Bekämpfung der Tuberkulose als Volkskrankheit sowohl als vor allem auch im Interesse unseres Standes. Die Bereitwilligkeit der Aerzteschaft, ihre Mitarbeit im Kampfe gegen diese Volksseuche zur Verfügung zu stellen, steht ja außer Zweifel. Die uns heute beschäftigende Frage schneidet aber ganz anders wie beispielsweise die Fürsorge für Geschlechtskranke, Geisteskranke oder Krüppelhafte so tief in unser tägliches Praxisleben ein, daß jeder von Ihnen das lebhafteste Interesse daran haben muß, selbst die Materie zu beherrschen. Erst wenn jeder von uns, soweit er dazu in der Lage ist, wissenschaftlich die neuen Forschungsergebnisse sich zu eigen gemacht hat, kann er verlangen, daß er als praktischer Arzt nicht aus der Bewegung ausgeschaltet wird.

Es wird Ihnen allen, die Sie nicht zu der kleinen Zahl der Forscher und der großen Zahl der Lungentuberkulosefürsorgeärzte und Heilstättenleiter gehören, gegangen sein wie mir, als Sie zum erstenmal das von Herrn Geheimrat von Romberg mit ebensoviel Sachkenntnis als wissenschaftlicher Begeisterung geschriebene Rundschreiben an alle Aerzte gelesen haben. Waren wir praktischen Aerzte, die wir unser ganzes Leben lang in heißem Bemühen die rechtzeitige Erkenntnis und richtige Abschätzung des einzelnen Tuberkulosefalles als eine unserer Hauptaufgaben betrachtet haben und durch die von uns erzielten Heil- und Vorbeugungserfolge als rechte Diener an der Gesundheit unseres Volkes mit wachsender Erfahrung immer mehr uns fühlen konnten, waren wir Hausärzte bisher auf falschen Bahnen gewandelt? Hatten wir Aerzte, indem wir unsere ganze Aufmerksamkeit auf Veränderungen der Lungenspitzen bei wohlerwogener Berücksichtigung anderer Lungenteile richteten, wirklich eine beachtenswerte Zahl von Lungentuberkulosen ganz übersehen und durch Unterlassung rechtzeitiger Behandlung und Vorbeugung unseren Kranken und der Allgemeinheit Schaden zugefügt?

Die Zeit, die hinter uns liegt seit wir uns mit der neuen Lehre hinsichtlich ihrer Auswirkung auf die Praxis beschäftigen konnten, bemißt sich erst nach Monaten. Nach einem intensiven Studium der Sache kann ich aber jetzt schon sagen: Bei aller Wertschätzung der Bedeutung der neuen Lehre steht so viel fest: Das uns von unseren Universitätskliniken überkommene ärztliche Rüstzeug hinsichtlich der Erkenntnis, Behandlung und Vorbeugung hat auch heute noch seine volle Bedeutung und seinen vollen Wert behalten. Jeder praktische Arzt, der die Vorgeschichte, die Inspektion, Perkussion und Auskultation, die bakteriologische Untersuchung des Aus-

wurfes, Fiebermessung und Blutsenkungsgeschwindigkeit richtig und sorgsam zu verwerten weiß, wird auch heute noch als vollwertiger Erkenner und Arzt der Tuberkulosekrankheit sich betrachten dürfen. Soviel kurz zusammengefaßt gleich am Anfang zur Beruhigung ängstlicher Gemüter. Und nun gleich den Nachsatz: Die neue Lehre bedeutet aber eine beachtenswerte Vermehrung unserer Kenntnisse über die Ausbreitungswege der Lungentuberkulose, sie wird in Zukunft unser therapeutisches und diagnostisches Handeln stark beeinflussen und uns wie alles vermehrte Wissen noch mehr befähigen, der schrecklichen Volksseuche entgegenzutreten. Und das, wir wollen auch dies schon hier laut und vernehmlich aussprechen, verdanken wir Aerzte klinischer Forschung und mühevoller Arbeit tüchtiger Fürsorgeärzte.

Zunächst „Frühinfiltrat und praktischer Arzt". Die Tatsache steht heute fest, daß es außer den Erscheinungsformen, die wir Praktiker zur Stellung der Diagnose Lungentuberkulose anerkannten und benötigten und die uns allermeist auch ganz richtig geleitet haben, in Gestalt der Redekerschen Frühinfiltrate und Aßmannschen infraklafikulären meist lateralwärts nahe der Thoraxwand gelegenen rundlichen Verschattungen nicht nur für die praktischen Aerzte, sondern auch für die Kliniker und Fürsorgeärzte erst seit kurzem bekannte Erscheinungsformen der Lungentuberkulose gibt, die beachtenswert sind. Beachtenswert sind sie hinsichtlich der rechtzeitigen Erkenntnis, der zweckmäßigen Behandlung und wegen der gesteigerten Infektionsgefahr für den Kranken selbst und seine Umgebung, wenn sie unerkannt bleiben. Erhebt sich die Frage: Ist der praktische Arzt imstande, diese sog. Frühinfiltrate zu erkennen, kann er selbst sich am Kampfe gegen die Tuberkulose aktiv beteiligen, kann er die Frühinfiltrate selbst behandeln oder muß er sie den Heilstätten oder gar behandelnden Fürsorgestellen zuführen? Für mich steht fest, daß der tüchtige praktische Arzt, der mit einem Röntgenapparat ausgestattet ist und sich das Studium der neuen Lehre angelegen sein läßt, in kurzer Zeit sich so in die Materie hineinarbeiten kann, daß er als vollwertiger Behandler gelten und als trefflicher Seuchenbekämpfer den Fürsorgestellen zu Hilfe kommen kann. Wenn man das bisherige Schrifttum über diesen Gegenstand durchmustert, so stellt man zunächst fest, daß es überwiegend von Fürsorgeärzten, Klinikern und Heilstättenärzten bestritten worden ist. Es liegt in der Natur der Sache, die ja erst durch v. Rombergs kräftigen Vorstoß für die Praktiker akut geworden ist, daß bei der Neuheit der Sache praktische Aerzte gar nicht oder in kaum beachtenswerter Weise und Zahl zum Wort gekommen sind. Darin liegt aber eine gewisse Gefahr. Die Kliniker, Heilstättenärzte und Fürsorgeärzte, die sich öffentlich mit der Sache beschäftigen, erkennen zwar alle einmütig die Wichtigkeit der Mitarbeit der Aerzte an dem neuen Problem als absolut notwendig an, sie stimmten aber bis vor kurzem auffallenderweise alle darin überein, daß zur Erkenntnis der neuen Krankheit nahezu spezialistische Kenntnisse und zur Behandlung eigentlich nur Heilstätten und Fürsorgestellen in Frage kämen. Sagt doch unser allverehrter Referent Herr Geheimrat v. Romberg in seinem zu Godesberg am 5. 7. 1927 gehaltenen, die Bewegung einleitenden Vortrag wörtlich: „Werden solche Frühinfiltrate festgestellt, dann müssen sie so rasch wie möglich in Heilstätten, in geeigneten Tuberkulosekrankenhäusern untergebracht und der notwendigen Behandlung zugeführt werden."

Auch der von dem Reichsarbeitsministerium an den Reichsrat und den sozialen Ausschuß des Reichstages hinausgegebene Entwurf von Richtlinien in der Gesundheitsfürsorge für tuberkulöse Versicherte geht von der Voraussetzung aus, daß die Hauptaufgabe bei Bekämpfung der Tuberkulose als Volksseuche den Fachärzten, Fürsorgestellen und Heilstätten zufalle, der praktische Arzt nur als unterstes Organ gleichsam als Agent den genannten Stellen die Patienten mit Hilfe der Krankenkassen zuführen müssen. Ich möchte unsere Standesvertretung auf diese Richtlinien sowie auf die in gleicher Richtung sich bewegende Anweisung der Reichseisenbahn hinweisen, darauf aufmerksam machen, daß rechtzeitige Sorge dafür getragen wird, daß in diesen Richtlinien auch geeigneten praktischen Aerzten, Krankenhausärzten und Fachärzten der ihnen gebührende Platz eingeräumt wird. Wir müssen uns darüber klar werden, welche Konsequenzen sich daraus ergeben, wenn diese Richtlinien Gesetz werden, ohne daß die geeigneten und gewillten praktischen Aerzte und Krankenhausärzte mit ihren Röntgenapparaten in ihnen ausdrücklich bezeichnet sind. Die Folge würde sein, daß die begutachtenden und zuweisenden Fürsorge- resp. Vertrauensärzte, wohl allermeist von den Landesversicherungsanstalten aufgestellt, die genannten Praktiker, Krankenhausärzte und Fachärzte grundsätzlich nicht mit der Ausführung der von ihnen für gut gehaltenen Heilmaßnahmen betrauen, sondern die Kranken, den Richtlinien gemäß, nahezu ausschließlich den Heilstätten zuweisen. Höchstens für unheilbare Schwindsüchtige kämen die Krankenhäuser noch in Betracht. Und doch besteht für den Praktiker kein Zweifel, daß es mit zu seinen befriedigendsten Leistungen gehört, auch zu Hause oder vor allem im beheimateten Krankenhause die heilbaren Tuberkulosen genau so der Genesung entgegenzuführen wie dies in Heilstätten möglich oder unmöglich ist. Daß die Tuberkulose aber auch in unseren Niederungen, ja allerorts heilbar ist, insbesondere die Pneumothoraxbehandlung in jedem gut geleiteten Krankenhause durchgeführt werden kann, darf heute nicht mehr bezweifelt werden. Freilich, wenn die Aerzte auf solche Zuweisung mit Recht Anspruch machen und nicht aus der ganzen Fürsorgebewegung ausgeschlossen werden wollen, dann haben sie auch die Pflicht, die Kenntnisse sich zu erwerben und nachzuweisen, die man benötigt, wenn man den heutigen Anforderungen der zweckmäßigsten Behandlung und Vorbeugung gerecht werden soll. Für jeden Arzt, der diese Kenntnisse sich nicht erwirbt — und jeder mit einem Röntgenapparat ausgestattete Krankenhausarzt kann sie erwerben und mit Hilfe des Tuberkulosefürsorgearztes ausbauen — für jeden so saumseligen Arzt entfällt das Recht, sich darüber zu beklagen, daß ihm die Behandlung seiner Patienten entzogen wird und er aus dem Fürsorgekreis ausgeschaltet bleibt. Die Seuchenbekämpfung muß sich eben selbstverständlich der Faktoren bedienen, die sachverständig und erfolgversprechend sind. Welche Folgen aus dem Beiseitestehen oder Fehlen sachverständiger Praktiker bei strikter Anwendung der angegebenen Richtlinien für die Praxis sich ergeben, kann man aus den Erfahrungen, wie sie in Württemberg erlebt wurden, erkennen. Ich komme darauf nochmals zurück.

Also, nur wenn die Allgemeinheit der Aerzte die Wichtigkeit des Problems erkannt und zu ihrem eigenen gemacht hat, ist auf Erfolg der ganzen Bewegung und die freudige Mitarbeit der Aerzte zu rechnen. Meines Erachtens wird und muß die Gesamtheit der Aerzte bei der Wichtigkeit der Sache und dem Hinübergreifen auf alle Gebiete der praktischen Betätigung — denn Tuberkulosebekämpfung und Verhütung ist doch überhaupt geradezu das A und O jeder ärztlichen Praxis — in kürzester Frist sich mit der neuen Lehre bekannt machen müssen, aus der erweiterten Sachkenntnis heraus für das Volk größten Nutzen schaffen und so zu den besten Mitarbeitern der Tuberkulosefürsorge werden.

Ich muß Ihnen beweisen, daß es gut möglich ist, diesen Idealzustand zu erreichen d. h. allerorts die praktischen Aerzte als Pioniere unserer Bewegung zu mobilisieren. Ich darf Ihnen gleich an meiner Person demonstrieren, wie ich mir rasch die notwendigen Kenntnisse auf dem neuen Gebiete erworben habe. v. Rombergs klarer

Godesberger Vortrag, der ja in die Hände aller bayerischen praktischen Aerzte gelangt ist, interessierte mich zuerst lebhafter für die Sache. Dabei leichtes Murren des Widerspruches in meinem Innersten. Der lebendige Vortrag v. Rombergs über das gleiche Thema in Nürnberg vor geladenen mittelfränkischen Verwaltungsbeamten und Aerzten mit zahlreichen Röntgenbildern zeigte, was man als Frühinfiltrat in der Praxis anzusprechen habe. Zur Vertiefung der hier gewonnenen Anschauungen bat ich unseren zweiten Herrn Referenten, Herrn Geheimrat Frankenburger, in einer unserer Bezirksvereinsversammsammlungen unseren südfränkischen Kollegen insgesamt die Materie näher zu bringen. Hier wurde durch Vorführung zahlreicher Röntgenbilder das Interesse der zahlreicher als sonst erschienenen Aerzte gewonnen und die Kenntnis durch die wiederholte Vorführung vertieft. Nun galt es, zu Hause im eigenen Krankenhause die eigenen Fälle nicht mehr nur zu durchleuchten, sondern durch Aufnahmen auf die neue Lehre hin anzusehen, d. h. so am eigenen Material die Diagnose selbst zu erlernen. Es war wunderbar, wie, einmal interessiert, die Zahl der Fälle wuchs und durch Mitbeteiligung auch aller Ortskollegen am Bilderstudium das Urteil gefestigt wurde. Ein günstiger Zufall wollte es, daß gleich der erste Fall (eines Zimmermannslehrlings), der mich am Tage nach dem Vortrag v. Rombergs aufsuchte, über Husten und mehrwöchentliche Abgeschlagenheit klagte und bei Freisein der Spitzen einfach die Symptome einer Bronchitis beider Unterlappen darbot, bei meinen früheren Anschauungen sicher nicht röntgenologisch untersucht worden wäre, wegen seines reduzierten Aussehens und mit Rücksicht auf das gestern Gehörte einer Röntgenaufnahme zugeführt wurde und eine deutliche kleine Kaverne aus einem entzündlichen Frühinfiltrat hervorgegangen, von Geheimrat Frankenburger bestätigt, ergab. Der gleiche Fall lehrte mich gleich bestätigen, daß das Fieber bei einfacher Bettruhe in zirka 3 Wochen schwand und nach 3 Monaten die kleine kavernöse Einschmelzung nahezu verschwunden war bei einer Gewichtszunahme von 16 Pfund in dieser kurzen Zeit. Die neue Lehre von Frühinfiltrat mit oft rascher Ausheilung mußte ich also anerkennen. Ich darf aber gleich einfügen, daß bei den darauffolgenden zirka 50 Aufnahmen sicher tuberkulöser und tuberkuloseverdächtiger Fälle dieser Fall zunächst der einzige geblieben ist, der ohne jede Spitzenveränderung nur das Frühinfiltrat im Mittelfeld aufwies. Die täglich sich mehrenden Zweifel über die richtige Deutung der Bilder veranlaßte mich dann, mich, bewaffnet mit meiner ganzen Serie in den nächsten Wochen gewonnenen Bildern, zur Lungenfürsorgestelle Nürnberg zu begeben, mich dort durch das freundliche Entgegenkommen des Herrn Geheimrat Frankenburger und Oberarzt Dr. Riedel über die Bedeutung meiner eigenen Bilder aufklären und durch Vorführung einer großen Zahl von Bildern aus der Sammlung genannter Herren immer mehr mit dem neuen Problem bekannt machen zu lassen. Schließlich wurde der Schlußstein in das Ausbildungsgebäude eingesetzt dadurch, daß Herr Geheimrat Frankenburger die erste Beratungsstunde für Lungentuberkulose, deren Familien und deren Aerzte in unserem Weißenburger Krankenhause in Anwesenheit aller Weißenburger Aerzte, die mit Feuereifer gleich mir sich der Sache annahmen, abzuhalten die Güte hatte. Wir hatten Aufnahmen von unseren Kranken und deren gefährdeten Familienangehörigen anfertigen lassen und nun Gelegenheit, am eigenen Material die Bedeutung der neuen Lehre ermessen zu lernen. Es war natürlich notwendig, die grundlegenden Arbeiten von Redeker, Assmann, v. Romberg, auch aus der Zeitschrift für Tuberkulose Band 48, Ergänzungsheft 7, die Diskussion über diesen Gegenstand aus dem Bericht der Tagung der Tuberkuloseärzte in Salzungen sich eigen zu machen. Da die Tuberkuloseversammlung in Wildbad den aktuellen Gegenstand nach jeder Richtung hin behandeln mußte, habe ich persönlich an dieser Tagung teilgenommen und mir ein Bild gemacht davon, wie Fürsorgeärzte, Heilstättenärzte und Wissenschaftler die moderne Lehre beurteilen. Nun war man im Bilde! Ich glaube mit ruhigem Gewissen sagen zu können, daß ich auf diesem Wege die ersten Anfangsgründe des Röntgenbilderlesens mir in dem Maß angeeignet habe, wie es anfänglich auch den Tuberkulosefachärzten nicht anders möglich war, und daß ich getrost auf diesen grundlegenden Kenntnissen aufbauen konnte. Da zur Fertigung von guten Röntgenbildern die Beherrschung der Technik nötig war, habe ich meine Röntgenassistentin an die Beobachtungsstelle für Lungentuberkulose in Nürnberg zur Unterweisung geschickt, wo sie durch die Liebenswürdigkeit des leitenden Arztes, Herrn Geheimrat Frankenburger, Gelegenheit hatte, die auf diesem Gebiet besonders wichtigen Einzelheiten der Technik genauer kennen zu lernen.

Der Vollständigkeit halber möchte ich an dieser Stelle auch empfehlen, einen erschwingbaren Röntgenatlas der Lungentuberkulose, wie ihn Alexander und Beckmann-Agra bei Barth in Leipzig haben erscheinen lassen, mit Sorgfalt zu studieren, um so, Bilder und Krankengeschichten gegeneinander haltend, zu lernen, daß und wie das Röntgenbild von den neuen Gesichtspunkten aus eine wertvolle Ergänzung unserer alten durchaus bewährten Untersuchungsmethoden darstellt.

Ich habe Ihnen diesen Werdegang meiner persönlichen Ausbildung in dieser Sache genauer geschildert, weil ich Ihnen an einem Beispiel zeigen wollte, wie allerorts und von jedem Arzte, der über einen guten Röntgenapparat und den nötigen Eifer verfügt, die Beherrschung der Diagnosestellung erworben werden kann. Den Einwand, daß, was mir möglich war, anderen Ortes nicht zu erwarten sei, kann ich nicht gelten lassen. Die Angelegenheit ist für die Praxis aller Aerzte so wichtig, daß sie an ihr nicht vorübergehen können; die praktischen Aerzte müssen sich damit beschäftigen, wenn sie zu ihrem und ihrer Patienten Schaden nicht ins Hintertreffen geraten sollen. Und dann gibt es in Bayern so zahlreiche Röntgenapparate und so viele strebsame tüchtige Krankenhausärzte, daß es nur eine Frage kurzer Zeit sein wird, bis allenthalben die Auswertung der neuen Lehre Allgemeingut der Praxis geworden sein wird. Ich denke mir den Gang der Dinge so, daß neben gutgeleiteten Fürsorgestellen zahlreiche gutgeleitete Krankenhäuser zu solchen Zentralpunkten röntgenologischen Erkennens sich entwikkeln werden; diesen kleinen Zentren werden die praktischen Aerzte ihre Fälle zur Deutung und Selbststudium zuführen, mehrmals des Jahres durch hauptamtlich aufgestellte Fürsorgeärzte an diesem Zentrum in ihren Einzelfällen beraten werden und so bald ein Heer von Aerzten vorhanden sein, die nicht nur die Sache beherrschen, sondern auch der Vorbeugung ein besonderes Interesse entgegenbringen werden. Um diese hier geäußerte Anschauung stützen zu können, habe ich eine Umfrage angestellt über die Anzahl der in Bayern vorhandenen Krankenhäuser, der dort vorhandenen Röntgenapparate und der mit Röntgenapparaten ausgestatteten Tuberkulosefürsorgestellen. Meine Umfrage hat ergeben, daß in Bayern in 314 Krankenhäusern vorhanden sind 141 Röntgenapparate, daß 33 Tuberkulosefürsorgestellen Röntgenapparate besitzen und daß außerdem an Plätzen, an denen das Krankenhaus keinen Röntgenapparat besitzt, 15 Aerzte über einen solchen Apparat privatim verfügen. Es ist nicht einzusehen, warum diese allenthalben vorhandenen diagnostischen Hilfsmittel bei einer so sehr in die Praxis einschneidenden Angelegenheit nicht allenthalben sollten in Anwendung gebracht werden. Es geht aus der staatlichen Statistik Bayerns hervor, daß die amtlich gemeldeten Blinddarmentzündungsfälle vom Jahre 1908 mit 2817 Fällen auf 17340 im Jahre 1926 gestiegen

sind. Diese Statistik hat ihre Zahlen aus den Krankenhaustabellen, die alljährlich an den Amtsarzt einzusenden sind. Sie beweist, daß in der kurzen Zeit von zwei Jahrzehnten die Erkenntnis dieser früher so oft nicht erkannten und deshalb tödlichen Krankheit heute Allgemeingut der Aerzteschaft geworden ist. Warum sollte es nicht möglich sein, auf einem Gebiete, das alle Aerzte gleichermaßen aufs lebhafteste interessieren muß, die gleiche Verbreitung der Erkenntnis zu erreichen? Dadurch, daß die Lehre vom Frühinfiltrat der Lungentuberkulose aufgedeckt hat, daß nicht nur Spitzentuberkulose, sondern auch sog. Grippe, Blutleere, Bronchitis, Kehlkopfkatarrh, Rippenfellentzündung usw. heute in ganz anderem Maße als bisher uns den Verdacht auf Tuberkulose erwecken müssen, kann meines Erachtens kein zuverlässiger Arzt mehr an der Angelegenheit vorbeigehen, wenn er nicht bald seinen Kollegen gegenüber ins Hintertreffen kommen soll. Ich halte deshalb dafür, daß sich jeder Arzt zu sagen hat: Tua res agitur und daß die neue Lehre nicht nur eine weitere Waffe im Kampfe gegen die verheerende Volksseuche, sondern auch ein mächtiger Antrieb zur Vermehrung des Wissens und Könnens der Aerzte insgesamt werden wird und werden muß.

Einige Worte an dieser Stelle noch über „die armen Lungenspitzen", welches Wort ich als Stoßseufzer aus dem Munde eines erfahrenen alten Amtsarztes aus dem Hintergrunde unserer Vereinsversammlung gelegentlich des Frankenburgerschen Vortrages gehört habe. Hat die Feststellung einer Spitzendämpfung durch den Praktiker wirklich an Bedeutung verloren in Fällen, die wegen erneuter Lungenerkrankung oder auch verschleppter Grippeerkrankung uns in unserer Sprechstunde aufsuchen? Ist daraus, daß bei nur 7 % von 450 zur Begutachtung in die erste medizinische Klinik Münchens eingewiesenen Kranken ein wirkliches Fortschreiten der Spitzentuberkulose festzustellen war und die Fürsorgeärzte Bräuning und Redeker den gleichen Prozentsatz nachgewiesen haben, der Schluß zu ziehen, daß den Kranken, die uns zur Behandlung und nicht zur Begutachtung aufsuchen, die also erneut mit Klagen auf der Brust, der Lunge oder Störung des Allgemeinbefindens zu uns kommen, ebenfalls der Nachweis der Spitzentuberkulose keine Rolle mehr spielt? Wie müssen wir praktischen Aerzte uns in unserer Sprechstunde und bei unseren Krankenbesuchen verhalten, wenn wir ohne Röntgenapparat festzustellen uns anschicken, ob eine Lungentuberkulose vorliegt oder nicht? Meine Herren, ich glaube es mit allem Nachdruck und Vorbedacht aussprechen zu dürfen, daß wir es in den Gedankengängen unserer Untersuchung vorerst ganz beim alten, d. h. bei unseren bisherigen bewährten Untersuchungsmethoden und Schlüssen belassen dürfen. Es hat sich bis heute nichts an der Tatsache geändert, daß man bei Sektionen fast aller Menschen, besonders aber der an Lungentuberkulose gestorbenen, die Lungenspitzen als Prädilektionsstellen der Tuberkulose findet. Die diesjährige Tagung der Tuberkulosefürsorgeärzte in Wildbad hat bei aller Anerkennung der neuen Lehre soviel als zweifellos festgestellt — die patholog. Anatomen Gräff-Heidelberg und Löschke-Mannheim haben sich ganz präzis dahin ausgesprochen —, daß der Erstherd der neuen 2. anatomischen Infektions- und Reaktionsperiode in der Lungenspitze sitzt und daß das sog. Frühinfiltrat meist nicht der Erstherd der zweiten anatomischen Periode, sondern späterer Periode und somit nicht selten nur der scheinbare Erstherd der klinisch in die Erscheinung tretenden Periode ist. In letzter Zeit sind gewichtige Stimmen vernommen worden, die mit allem Nachdruck trotz der neuen Forschungsergebnisse an den Lungenspitzen als den häufigsten Ausgangspunkt der Lungenschwindsucht festhalten. Ich nenne neben den pathologischen Anatomen Gräff-Heidelberg, Löschke-Mannheim, Aschoff-Freiburg den Kliniker Brauer-Hamburg und zu allem die bedeutendsten Lungenheilstättenärzte Deutschlands Professor Schröder-Schömberg und Backmeister-St. Blasien. Erst in den letzten Tagen hat sogar ein Vertrauensarzt der württembergischen Landesversicherungsanstalt, Herr Obermedizinalrat Dr. Bräcke-Stuttgart auf dem württembergischen Aerztetag zu Mergentheim mit allem Nachdruck sich in diesem Sinne ausgesprochen. Wenn wir auch aus Rankes Lehren und dem Studium der Röntgenbilder wissen, daß Primäraffekte nach Ranke an allen Stellen, besonders in der Umgebung des Hilus sich finden, ausgeheilte Tuberkulosenherde in Erbsen- bis Kirschengröße wir bei unseren Lungenkranken nie vermissen, so steht auch heute noch so viel fest, daß klinisch Lungenkranke, also solche Menschen, die nicht mehr die gleichen Abwehreinrichtungen und Schutzstoffe besitzen wie die Menschen mit ausgeheiltem Primärherd, mit Vorliebe in den Oberlappen nachweisbare Veränderungen erkennen lassen, leichter und verlässiger erkennen lassen als in anderen Teilen der Lunge. Die Assmannschen infraklavikulären Herde liegen ja auch im Oberlappen und müssen früher oder später durch exsudative oder schrumpfende Prozesse den Luftgehalt der Spitzen beeinflussen und sich so bei der Auskultation und Perkussion gerade dieser Lungenteile uns erkennbar machen. Wir haben bisher auch schon besonders bei der Auskultation auf die infraklavikulären Gegenden geachtet und uns durch das ominöse inspiratorische Rasseln besonders beim Husten richtig zur Diagnose Lungentuberkulose leiten lassen; wir haben aber in solchen Fällen auch Veränderungen im Klopfschall und Atmungsgeräusch oberhalb der Schlüsselbeine, also in den benachbarten Spitzen selten vermißt. Die neue Lehre von den infraklavikulären Frühinfiltraten wird uns also erst recht festigen in unserer Ueberzeugung, daß wir der Spitzenuntersuchung größte Aufmerksamkeit zu schenken haben. Der Hauptwert der sorgfältigen Spitzenuntersuchung wird aber immer darin liegen, daß hier gefundene pathologische Veränderungen uns mit großer Sicherheit darüber belehren, ob wir ein tuberkulöses, d. h. gegen das Tuberkulosevirus empfindliches, also gefährdetes Individuum vor uns haben oder nicht. Haben wir durch Inspektion das Zurückbleiben der einen über den obersten Lungenpartien gelegenen Brusthälfte, durch Auskultation Verschärfung oder Abschwächung des Atmungsgeräusches oder gar bronchiales Atmen und Rasselgeräusche festgestellt, so haben wir festen Boden unter den Füßen; mittelst Auswurfuntersuchung, Temperatur- und Gewichtsmessung, Feststellung der Blutsenkungsgeschwindigkeit werden wir unsere Meinung stützen, ja sogar den Charakter der Erkrankung meist prognostisch richtig abschätzen können. Das war bisher unser Rüstzeug und wird es auch in Zukunft in erster Linie bleiben. Nun kommt aber als große Bereicherung die genaue Diagnose durch das Röntgenbild auf Grund der neuen Lehre. Heute ist es unsere Aufgabe, ausgehend von unserem Spitzenbefund, nachzusehen, ob neben der ja nunmehr scheinbar nicht mehr so gefährlich erscheinenden Spitzenaffektion auch noch frische infektiöse Frühinfiltrate oder Frühkavernen vorhanden sind. Nach meinen bisherigen Erfahrungen wird man sich immer wundern, daß ihr Auffinden oder Vorhandensein doch gegenüber den alten Herden verhältnismäßig selten oder nicht immer ganz leicht ist; ich zweifle aber nicht, daß bei zunehmender Uebung auch wir praktischen Aerzte an Unsicherheit der Deutung der Bilder unsere Spezialkollegen von der Lunge bald nicht mehr übertroffen werden. Die zweite große Bereicherung, die uns die neue Lehre gebracht hat, ist die, daß uns eine neue, ich möchte sagen, akutere Verlaufsart der Tuberkulose nähergebracht worden ist, eine Verlaufsart, die uns sicher bisher häufig entgangen ist, entgangen ist deshalb, weil auch die meisten der so gefährlich geschilderten Frühinfiltrate wie auch die früheren Primärherde spontan nach Wochen und Monaten zur Ausheilung

gekommen sind. Daß wir praktischen Aerzte durch die neue Lehre gezwungen sein werden, bei Fällen verschleppter Grippe, langdauernden Bronchtiden, Katarrhen der Luftwege, Blutleere und zunehmender Entkräftung, besonders wenn sie in gefährdeten Familien auftreten, an die Möglichkeit eines Frühinfiltrates zu denken und der Aufdeckung desselben unsere ganze Aufmerksamkeit zuzuwenden, daß wir Angehörige von Offentuberkulösen gerade auf diese Infektionsart in viel reichlicherem Maße als bisher untersuchen, das macht die neue Lehre auch für uns Praktiker so wertvoll. Es wird nicht ausbleiben, daß diese Erkenntnis bald Allgemeingut der Praktiker sein wird und so die einzig wirksamen Hilfstruppen entstehen den Führern auf dem Gebiete der Lungenfürsorge, denen wir diese Kenntnisse zu danken haben. Bevor ich dieses Kapitel verlasse, müssen sie mir als Sachverwalter der Praktiker noch ein Wort zur Behandlung gestatten. Bei allen Vorträgen und Richtlinien des Reichsarbeitsministeriums und der Reichseisenbahn, die bisher veröffentlicht worden sind, steht als Hauptgrundsatz obenan die Forderung, solche Frühentzündungen so rasch wie möglich in Heilstätten, in geeigneten Tuberkulosekrankenhäusern einzuweisen und sie der notwendigen Behandlung zuzuführen. Die Behandlung in der Häuslichkeit und die ambulante Behandlung durch praktische Aerzte wird kaum oder nur so nebenher erwähnt. Hier liegt meines Erachtens der springende Punkt des ganzen Problems. Ich glaube nicht zu viel zu behaupten, wenn ich sage: Die Behandlung der großen Mehrzahl auch der neurubrizierten Tuberkulosefälle wird auch in Zukunft in den Händen der praktischen Aerzte, der Hausärzte, verbleiben müssen. Wo sollen alle die Tuberkulosekrankenhäuser herkommen, die wir benötigen, um alle nunmehr scheinbar allerorts an Zahl gewaltig ansteigenden Tuberkulosefälle unterzubringen? Wer wird die Mittel hiefür aufbringen? Wie viele Väter und Mütter werden ihre Häuslichkeit verlassen können und wollen, um sich einer mehrmonatlichen Kur fern von den Ihren unterziehen zu können? Auch ich stehe auf dem Standpunkt, daß der Arzt nach Feststellung einer aktiven Lungentuberkulose am richtigsten handelt, wenn er solche Kranke in Krankenhäuser einweist, die in der Lage sind, nach gleichen Grundsätzen wie Tuberkulosekrankenhäuser ja wegen der Familienkenntnisse noch zweckentsprechender, hinsichtlich Entlassungszeit und Auswahl der Behandlungsmethoden, die Behandlung durchzuführen. Wie es bisher geschehen, so wird auch in Zukunft die Behandlung vor allem in den über das ganze Land zerstreuten Krankenhäusern durchgeführt werden und durchgeführt werden müssen. Wir haben ja allerorts in Bayern Krankenhäuser zur Verfügung. Eine in dieser Sache durchgeführte Rundfrage hat ergeben, daß in Oberbayern 70, in Niederbayern 50, in der Pfalz 19, in der Oberpfalz 29, in Oberfranken 30, in Mittelfranken 34, in Unterfranken 38, in Schwaben und Neuburg 44 Krankenhäuser, im ganzen Land 314 Krankenhäuser vorhanden sind; dabei sind alle großen Krankenhäuser der Großstädte und Universitäten, Privatkliniken und Heilstätten nicht mitgezählt. Ich will nicht behaupten, daß alle diese Krankenhäuser und alle Krankenhausleiter geeignet wären, unserem Zwecke zu dienen. Sicher ist dies aber bei mindestens der Hälfte von ihnen der Fall. Heute wird kein Krankenhaus mehr gebaut oder eingerichtet, das nicht mit Freiluftliegehallen, Röntgenapparat, Höhensonne und Sonnenbädereinrichtung versehen ist; und wo dies nicht geschehen ist, können diese Einrichtungen leicht nachgeholt werden, sind zum Teil auch schon in der Ausführung begriffen. Wenn nun aber solche Krankenhäuser, geleitet von tüchtigen Aerzten, in großer Zahl vorhanden sind, dann sehe ich nicht ein, warum diese bei der zukünftigen Organisation nicht in erster Linie als die in Betracht kommenden Heilfaktoren in den Richtlinien aufgeführt werden sollen. Die meisten Krankenhäuser von irgendwelcher Bedeutung in unserem Bayernland verfügen heute über gutausgebildete Chirurgen oder auch Internisten, die aus ihrer Assistentenzeit oder durch Selbstbildung sich mit der Anlegung des künstlichen Pneumothorax bekannt gemacht haben oder sich jederzeit bekanntmachen können. Ich habe schon Hunderte von Pneumothoraxanlegungen ausgeführt und glaube die Technik so gut zu beherrschen wie jeder Assistent der Universität oder jeder Heilstättenarzt. Ebenso wie die Tuberkulosekrankenhausärzte sich erst allmählich die nötige Erfahrung in dieser Behandlungsart erwerben mußten und konnten, ebenso muß und kann dies von jedem ernstnehmenden Krankenhausarzte erwartet werden. Ja ich glaube, daß die Krankenhäuser, an denen, wie so oft, chirurgisch ausgebildete Aerzte angestellt sind, besser und aseptischer die Pneumothoraxtherapie durchführen werden, als dies den Internisten möglich ist. Wenn ich aus den Berichten der Tuberkuloseärzte von dem so häufigen Vorkommen von Pleuraexsudaten nach Anlegung von Gasbrust lese — vor kurzem berichtete ein Autor gar über 80—90 % —, so sind mir diese Zahlen unbegreiflich, da ich bei Hunderten von Füllungen erst dreimal ein Exsudat erlebt habe. Wenn ich auch weiß, daß leichte Läsionen der Lungenoberfläche bei Trennung der Pleuraverwachsungen solche Infektion setzen können, so habe ich doch die Meinung, daß ein Chirurg, dem die Asepsis in Fleisch und Blut übergegangen ist, unbewußt die Asepsis besser beherrscht als ein Tuberkulosearzt oder ein Internist und so seltener Exsudate erleben muß als jener. Jedenfalls steht so viel fest, daß auch der tüchtige Krankenhausarzt voll berechtigt ist, die Gasbrust in weitestem Umfang seinen Patienten zugute kommen zu lassen.

Ich bin der festen Ueberzeugung, daß meine beiden Herren Vorreferenten auch in dieser Hinsicht mit mir einig gehen; ich hielt es aber doch für notwendig, gerade auch auf die Behandlungsfrage besonders einzugehen, da von einer die Praktiker restlos befriedigenden Lösung der Erfolg oder Nichterfolg der von uns mit neuer Kraft vorgetragenen Bewegung des Kampfes gegen die Volksseuche der Tuberkulose abhängig ist. Es sollte auch in Bayern vermieden werden, was in Württemberg durch die wortgetreue Einhaltung der Richtlinien so unliebsam eingetreten ist, daß die dort aufgestellten Vertrauensärzte, die zumeist Heilstättenärzte sind, von den Krankenkassen von dem Vorhandensein eines Tuberkulosefalles benachrichtigt, mit ihrem Auto zur Untersuchung anfahren und den Kranken sofort in die Heilstätte mitnehmen. Ich glaube, daß man so die Lust der Aerzte zur Mitarbeit nicht steigern wird.

Die zweite Frage, welche Stellung der praktische Arzt auf Grund der neuen wissenschaftlichen Tatsachen der Tuberkulosefürsorge gegenüber einzunehmen hat, ist wesentlich rascher und einfacher zu beantworten als die erste. Sie ist eigentlich mit der Beantwortung der ersten gegeben. Wenn, wie wir wünschen, allenthalben die praktischen Aerzte wissenschaftlich fest mit der neuen Lehre verbunden sind, versteht sich eine bedingungslose Einreihung der Aerzte in die Phalanx der Tuberkulosebekämpfer ganz von selbst. Er wird zuerst auch in Zukunft in jedem Einzelfalle der gegebene Kämpfer und Vorbeuger für seinen Patienten und dessen Familie unter allen Umständen sein, wie er es bisher gewesen ist. An dieser Stelle darf es wohl ausgesprochen werden, daß das Sinken der Tuberkulosezahlen der letzten Jahrzehnte sicher außer auf öffentliche Tuberkulosefürsorge auch auf die allseitige Tuberkulosebekämpfung in den Familien durch die Hausärzte zurückzuführen ist, wenn auch die Hebung des Lebensniveaus der Arbeiterschaft in der Nachrevolutionszeit wohl den meisten Anteil an dieser erfreulichen Tatsache für sich in Anspruch nehmen kann. Aber auch die Stellung der Allgemeinheit der Aerzte zum Problem der Tuberkulosefürsorge ist heute schon klar

vorgezeichnet. Hat doch erst der vorigjährige 46. deutsche Aerztetag die ihm angeschlossenen Vereine, also nahezu die ganze deutsche Aerzteschaft, ausdrücklich verpflichtet, überall an den Aufgaben der Fürsorge sich zu beteiligen und die bestehenden Fürsorgeeinrichtungen sowie die Fürsorgeärzte selbst nach besten Kräften zu unterstützen, wie derselbe Aerztetag auch die Fürsorgeärzte aufgefordert hat, als Mitglieder des ärztlichen Standes diese Beschlüsse des Aerztetages auch im Konfliktsfalle zu beachten und dessen Bestrebungen zur Erhaltung der Freiheit des ärztlichen Standes stets im Auge zu behalten. Wenn weiter aus einer von mir in Bayern angestellten Umfrage hervorgeht, daß in unserem engeren Vaterlande bereits 153 Tuberkulosefürsorgestellen zu zählen sind, so geht doch daraus hervor, daß allenthalben die Aerzteschaft bereit ist, alle Bestrebungen zur Bekämpfung der Tuberkulose tatsächlich zu unterstützen. Alles hängt aber auch weiterhin davon ab, daß diese Freudigkeit der Aerzte zur Mitarbeit am gemeinsamen Kampf erhalten, ja vielleicht in noch gesündere Bahnen gelenkt wird und weiter gestärkt wird, als bisher.

Es sind, meine ich, somit die Voraussetzungen als günstig zu bezeichnen, unter denen die bayerische Aerzteschaft heute Stellung zu nehmen hat zur Frage der Tuberkulosefürsorge, wie sie auf Grund der aus der neuen Forschung sich ergebenden Notwendigkeiten ausgestaltet werden soll. Aus den Ausführungen meiner beiden Herren Vorredner haben Sie kennengelernt die Wege, auf denen das Ziel einer erfolgreichen Fürsorge erreicht werden soll. Meine Ausführungen haben klargelegt, welche Voraussetzungen eintreffen müssen, soferne wir eine freudige lückenlose Mitarbeit der Gesamtärzteschaft erhoffen wollen. Ich wiederhole in Uebereinstimmung mit meinen beiden Chorreferenten als Bedingung einer solchen Mitarbeit die Aufrechterhaltung des auch auf dem vorjährigen Aerztetage angenommenen Grundsatzes aus den Leitsätzen Stephani: „Die ärztliche Behandlung des Krankheitsfalles muß der Fürsorgearzt der praktizierenden Aerzteschaft überlassen." Ich erweitere für Bayern diesen Grundsatz noch dahin, daß ich fordere, daß dieser Grundsatz der Heranziehung der Aerzteschaft und der öffentlichen Krankenhäuser zur Behandlung auch der Frühinfiltrate als unumgänglich notwendig ausgesprochen und in die Richtlinien, die wir wohl auch für Bayern erwarten müssen, ausdrücklich eingefügt wird. Die begutachtenden Vertrauensärzte haben die Möglichkeit, ja sogar die Pflicht, im gegebenen Falle den Kranken nicht nur den Heilstätten, sondern auch geeigneten Krankenhäusern zuzuweisen. Als solche Vertrauensärzte sollten in Bayern, wo nur irgend möglich, Fürsorgeärzte im Hauptamte und nicht, wie es in Württemberg geschehen, Heilstättenärzte aufgestellt werden. Daß in jedem einzelnen Falle geprüft werden muß, ob wirklich die nötigen Voraussetzungen in dem betr. Krankenhause vorhanden sind, versteht sich von selbst. Aber grundsätzlich dürfen geeignete Aerzte und Krankenhausleiter von jeglicher Zuweisung resp. Behandlung nicht ausgeschlossen werden. Ist dieser fundamentale Grundsatz: Behandlung den Aerzten, aufsuchende sowohl als nachgehende Fürsorge den Fürsorgeärzten, unsere einmütige Meinung, dann ist die Bahn frei für ein wirksames Einsetzen der Tuberkulosefürsorge auch nach den neuesten Forschungsergebnissen in ganz Bayern und ein ersprießliches Zusammenarbeiten von Fürsorgestellen und Aerzten mit Sicherheit vorauszusagen.

Wenn ich nun zum Schlusse als Vertreter der Praxis mich noch darüber äußern soll, wie in Bayern die Tuberkulosefürsorge praktisch gehandhabt werden soll, so meine ich, daß man aufbauen oder anbauen sollte bei den alten bisherigen Fürsorgestellen, sie befruchten durch Heranziehung hauptamtlich aufgestellter Kreisfürsorgeärzte, wie sie ja die Landesversicherungsanstalt für Mittelfranken bereitwillig zur Verfügung gestellt hat. Wir sind uns alle darüber im Klaren, daß recht oft nebenamtliche Fürsorgestellen, mit bestem Willen gegründet und weitergeführt, wegen Mangels der Anteilnahme der übrigen Aerzte ein Dornröschendasein geführt haben. Die Möglichkeit der ungerechtfertigten Begünstigung des nebenamtlichen Fürsorgearztes in der Praxis, besonders wenn er nicht Amtsarzt sondern praktischer Arzt war, war sicher der Hauptgrund, warum kein rechtes Leben in den allenthalben gemeldeten Fürsorgestellen aufsprießen wollte. Das kann und wird anders werden, wenn die bisherigen nebenamtlichen Fürsorgeärzte als Mittelpunkt statistischer Erhebungen und als Leiter der etwa aufgestellten Fürsorgerin erhalten bleiben, die eigentliche Fürsorgetätigkeit in Gestalt der ständigen Nachkontrolle, Familiendurchforschung aber durch mehrmals des Jahres erscheinende hauptamtlich aufgestellte Fürsorgeärzte, von denen für jeden Kreis einer oder zwei genügen dürften, in Zusammenarbeit mit den örtlichen Fürsorgeärzten und allen zum Fürsorgetag zu ladenden praktischen Aerzten die eigentliche Fürsorge ausgeübt wird. Solche Fürsorgetage werden sich wie die in Bayern zweimal jährlich stattfindenden Krüppeltage bald allgemeinen Interesses und weitgehender Anteilnahme von seiten der Aerzte zu erfreuen haben. Hier kann jeder Arzt seine Schutzbefohlenen dem Fürsorgearzte vorführen, mit ihm vorher gefertigte Röntgenbilder der Kranken und Angehörigen durchsprechen, die eigenen Kenntnisse dadurch erweitern und immer mehr Lust und Freude daran gewinnen, alle Maßnahmen des Fürsorgearztes mit Nachdruck zu unterstützen. Selbstverständlich müßten bei dem heutigen Stand der Wissenschaft die Sprechstunden der Fürsorgestelle in den Krankenhäusern mit Röntgenapparaten und Vorführungsschirmen abgehalten werden, ein Fortschritt der Fürsorge, der bald die Krankenhausärzte interessieren und zu lebhafter Mitarbeit anregen würde.

Sie sehen, ich lege in der neuen Aera der Tuberkulosefürsorge das Hauptgewicht auf die enge Fühlungnahme der hauptamtlich aufgestellten Reisefürsorgeärzte mit den praktischen Aerzten und den äußeren, geschäftsführenden, lokalen Fürsorgestellen. Nur auf diesem Wege halte ich eine baldige Durchdringung der Aerzteschaft mit dem neuen Wissen für möglich, nur auf diesem Wege den Anschluß der Allgemeinheit der praktischen Aerzte an die Seuchenbekämpfung durch öffentliche Organe, wie sie die Fürsorgestellen und Fürsorgeärzte darstellen, für gesichert. Das heißt also: Die hauptamtlich angestellten Fürsorgeärzte als Sachverständige übernehmen die Ausbildung der Aerzteschaft in der Diagnose der Frühinfiltrate und die praktischen Aerzte leisten dafür dankbar ihre Hilfe zur gemeinsamen Bekämpfung der Volksseuche. Daß da, wo geeignete Kliniken, Tuberkulosefachärzte und Röntgenfachärzte zu solcher Ausbildung vorhanden und bereit sind, auch diese für diesen Zweck herangezogen werden sollen, versteht sich von selbst. Ebenso selbstverständlich muß es auch sein, daß alle Aerzte der öffentlichen Tuberkulosefürsorge sich jeglichen Eingriffes in die Behandlung der von den Aerzten zugewiesenen Fälle strengstens zu enthalten haben. Es kann nicht ausbleiben, daß, wenn die Sache in der geschilderten Weise angepackt wird — und soviel Sie aus den Thesen des Kollegen Frankenburger ersehen, besteht auf seite der Fürsorgeärzte die Bereitschaft, in diesem Sinne mitzuwirken — wir auch einen vollen Erfolg erzielen und die ganze Tuberkulosefürsorge besonders auch auf dem Lande einen mächtigen Antrieb und dauernden Fortgang erfahren wird. Nochmals möchte ich an dieser Stelle hervorheben, daß es dringend notwendig ist, daß der Entwurf von Richtlinien für Maßnahmen der Träger der Kranken-, Invaliden- und Angestelltenversicherung in der Gesundheitsfürsorge für tuberkulöse und

geschlechtskranke Versicherte eine gründliche Umarbeitung im ärztefreundlichen Sinne erfährt.

Ich bin am Ende meiner Ausführungen. In den in Ihren Händen sich befindenden Thesen finden Sie den Kernpunkt meiner Anträge und Anregungen kurz zusammengefaßt. Sie haben die Zustimmung meiner beiden Herren Chorreferenten gefunden. Ich bitte Sie deshalb um ihre einstimmige Annahme. Mit dieser einmütigen Zustimmung bekunden Sie Ihre lebhafte Bereitwilligkeit, mitzuwirken an den neuen Aufgaben, die die Tuberkulosefürsorge sich und uns gestellt hat. Mögen sich unsere Beschlüsse auswirken zum Segen unseres Vaterlandes und auch zum Segen unseres Standes!

Das Programm der Reichsregierung zur Sozialversicherung.

Am 3. Juli 1928 hat Reichskanzler Müller vor dem Reichstag zur Sozialversicherung folgendes Programm verkündet:

Im Rahmen der allgemeinen Sparmaßnahmen wird zu erwägen sein, wie die Reichsversicherung einfacher, wirtschaftlicher und infolgedessen ertragsfähiger gemacht werden kann. Dabei kommt ein Abbau der Leistungen oder eine Beschränkung der Selbstverwaltung nicht in Betracht. Es wird sogar zu prüfen sein, ob und inwieweit die Ersparnisse im Versicherungsbetriebe durch verstärkte Sachleistungen den Versicherten und ihren Angehörigen wieder gutgebracht werden müssen. (Bravo! links.) Namentlich werden die Versicherungsträger sich noch schärfer als bisher auf vorbeugende und verhütende Maßnahmen einstellen können, insbesondere auf die Bekämpfung von Volkskrankheiten und den Schutz gegen Arbeitsunfälle. (Erneutes Bravo.) Auch die Ausdehnung der Unfallversicherung auf noch nicht versicherte Berufskrankheiten dient dieser Aufgabe. Eine Verordnung wird das Verzeichnis der Berufskrankheiten, die für die Entschädigung den Arbeitsunfällen gleichstehen, auf Grund eines Gutachtens des Vorläufigen Reichswirtschaftsrates erweitern. Der Reichstag erhält sofort den schon vom Reichsrat verabschiedeten Gesetzentwurf über Ausdehnung der Unfallversicherung auf weitere Betriebe. Ob und wie eine Einbeziehung noch anderer Kreise in die Unfallversicherung erfolgen kann, soll in einer dem Reichstag vorzulegenden Denkschrift geprüft werden. (Zuruf von den Kommunisten: Beziehen Sie das Kabinett ein! Heiterkeit.)

Die Träger der Sozialversicherung müssen sich in den Dienst der Bevölkerungspolitik stellen, die den Schutz und die Förderung der Familie betont. In diesem Zusammenhang gewinnt die Versicherungspflichtgrenze in der Kranken- und Angestelltenversicherung eine besondere Bedeutung. Es wird daher zu erwägen sein, ob und inwieweit die Grenzen zu erweitern sind.

In der internationalen Sozialversicherung werden die bisher mit Erfolg beschrittenen Wege fortgesetzt. In Staatsverträgen und internationalen Abkommen werden den Versicherten auch beim Gebietswechsel die Rechte aus der Versicherung gegenseitig gewahrt. Solche Verträge und Abkommen bilden zugleich die Brücke zwischen den Versicherungen der einzelnen Länder und fördern die Rechtsangleichung. Die enge Zusammenarbeit mit dem Internationalen Arbeitsamt, die schon zu erfreulichen und bedeutsamen Ergebnissen für die deutsche wie auch die internationale Sozialpolitik geführt hat, wird fortgesetzt werden. (Lachen und Zurufe von den Kommunisten.) Sie verpflichtet auf der anderen Seite die Reichsregierung, Deutschland den gebührenden Platz in der internationalen Arbeitsorganisation zu sichern.

Was sagen die Beteiligten zu den Plänen betr. Erhöhung der Versicherungsgrenze?

Zu den Plänen mancher Krankenkassenverbände über eine Erweiterung der Versicherungspflicht und die Umorganisierung des gesamten Krankenkassenwesens im Sinne einer Erweiterung des Einflusses der Ortskrankenkassen hat die Oeffentlichkeit bisher leider nur sehr zögernd Stellung genommen. Das liegt vielfach daran, daß diese weitgehenden Forderungen in einer Zeit aufgestellt worden sind, die man allgemein als politische Ferienzeit zu betrachten pflegt. Es wird sich aber in der Zukunft erweisen, daß die Oeffentlichkeit allen Grund hat, sich mit diesen durchaus ernstgemeinten Absichten des näheren zu befassen.

Immerhin liegen schon einige Aeußerungen von Berufsgruppen vor, die die Leidtragenden bei der geplanten Neuregelung der Versicherungsgrenze und der Einbeziehung bisher versicherungsfreier Berufe sein müßten. Zunächst haben sich die leitenden Angestellten im 2. Septemberheft ihrer Verbandszeitschrift „Der leitende Angestellte" zu der Frage geäußert. In durchaus klaren Ausführungen schildert Dr. Müffelmann (Berlin) die mutmaßliche Entwicklung dieser Angelegenheit und erklärt dabei:

„Gegen eine schematische Heraufsetzung der Grenze in der Krankenversicherung muß von den leitenden Angestellten aufs schärfste Protest erhoben werden. Dem ersten Schritt, eine Erhöhung auf vielleicht 5400 RM., werden weitere folgen. Am Ende steht die Einbeziehung aller Angestellten in die Krankenkassenversicherungspflicht."

Weiterhin richtet dieser Kritiker gegen die hier beabsichtigte Ausweitung der Sozialversicherung folgende Ausführungen:

„Die leitenden Angestellten müssen es ablehnen, lediglich als Objekt der sozialpolitischen Gesetzgebung betrachtet zu werden und eine Sozialpolitik über sich ergehen zu lassen, die nach keiner Richtung hin ihren Interessen dient. Diese Art von Sozialpolitik ist gewiß geeignet, die Kassen der Krankenkassen zu füllen und ihnen weitere Möglichkeiten zu bieten, große Erholungsanwesen und herrliche Einrichtungen zu schaffen. Sie dient aber nicht dazu, den Zweck, den die höher besoldeten Angestellten an Krankenkassen stellen müssen, irgendwie zu erreichen."

Der Verband privater Krankenversicherungen Deutschlands, Sitz Leipzig, hat am 8. August d. J. in dieser Frage ein Rundschreiben versandt, in dem zunächst der sehr beachtliche Gesichtspunkt ausgeführt wird, daß die Mittelstandskreise heute weniger den Ersatz aller noch so geringen Kosten bei einer Erkrankung verlangen, daß sie jedoch in schweren Krankheitsfällen, die mit einem Klinikaufenthalt und Operationen verbunden sind, vor Vermögensschäden bewahrt werden wollen, und zwar ohne daß sie „durch die Erkaufung des Versicherungsschutzes zu Kassenpatienten werden". Hiermit sind die Grundsätze der Mittelstandsversicherung klar bezeichnet. Man kann hinzufügen, daß der deutsche Mittelstand selbst den Weg gefunden hat, der es ihm ermöglicht, die Grundlagen seiner wirtschaftlichen Freiheit aufrechtzuerhalten und sich trotzdem die Rückversicherung für schwere Schicksalsschläge zu schaffen. In dem Rundschreiben heißt es weiterhin sehr richtig:

„Man sollte endlich in Deutschland auf die fortwährende Bevormundung und Gängelung, um nicht zu sagen, Schematisierung, durch gesetzgeberische Maßnahmen verzichten und der persönlichen Freiheit mehr Raum lassen. Sozialpolitik um des Prinzips willen oder um der staatlichen Zwangversicherung eine finanzielle Entlastung auf Kosten von Bevölkerungskreisen, die

für diese Versicherungsart keinen Bedarf haben, zuteil werden zu lassen, geht nicht an."

In der gleichen Linie liegt eine Entschließung, die Ende August von der geschlossenen Mitgliederversammlung des Deutschen Handwerks- und Gewerbetages gefaßt wurde. Sie gewinnt ein um so größeres Gewicht, als es sich hier um die Gesamtvertretung des deutschen Handwerks handelt. Die Entschließung besagt, daß der Deutsche Handwerks- und Gewerbetag „die Einbeziehung des selbständigen Handwerks in die Reichspflichtversicherung für Krankheit, Alter und Invalidität ablehnt, weil sie mit der Stellung des Handwerks als eines freien Berufsstandes unvereinbar sei. Auch die Ausdehnung der bestehenden freiwilligen Weiterversicherung wird von der Vertretung des deutschen Handwerks nicht für erforderlich gehalten".

Diese maßgeblichen Aeußerungen wichtiger deutscher Berufsstände beweisen zur Genüge, wie man dort über die Wohltaten denkt, mit denen auf Vorschlag der Ortskrankenkassen das deutsche Volk beglückt werden soll. Es ist höchste Zeit, daß über die wahre Stimmung der Betroffenen Klarheit in der ganzen Oeffentlichkeit geschaffen wird, zumal gerade in diesem Falle das verführerische Wort „Sozialpolitik" nur allzugern als Deckmantel für andere Absichten benutzt wird.

Die Verbindung der Sozialversicherung mit den Gewerkschaften.

In der Tagespresse und insbesondere in der Fachpresse wird gegenwärtig viel erörtert, daß Herr Ministerialdirektor Dr. Grieser vom Reichsarbeitsministerium auf der Tagung der Freien Gewerkschaften in Hamburg auch zu dem Thema sich geäußert haben soll über die Verbindung der Sozialversicherung mit den Gewerkschaften. Danach soll Herr Ministerialdirektor Dr. Grieser folgendes gesagt haben:

„Die Hauptforderung geht dahin, die Sozialversicherung zu vereinfachen und die Idee der Selbstverwaltung in ihr besser zu verankern. Wertvolle Ansätze für die Umgestaltung der Sozialversicherung im Sinne der Selbstverwaltung liegen bereits vor. Im Reichsarbeitsministerium denkt man an eine engere Verbindung der Sozialversicherung mit den Gewerkschaften. Es könnten vielleicht besondere Spitzen geschaffen werden, in denen die Gewerkschaften maßgebenden Einfluß ausüben. Es ist ja heute schon so, daß niemand in ein Amt kommen kann, der nicht von den Gewerkschaften vorgeschlagen worden ist. Die Verbindung der Versicherung mit den Berufsverbänden wäre für die nächste Zukunft ein gangbarer Weg in der Richtung der Reformvorschläge. Auf diese Weise würde der Arbeiter für die Dauer seines ganzen Lebens auf das engste mit der Sozialversicherung verbunden bleiben. Die Reichsregierung steht den Forderungen der Gewerkschaften auf Ausbau der Sozialversicherung im Sinne der Selbstverwaltung sympathisch gegenüber."

Das Gesetz über die Wahlen vom 8. April 1927 hat ja bereits den wirtschaftlichen Vereinigungen, also den Gewerkschaften, einen maßgebenden Einfluß eingeräumt auf die Wahlen in der Sozialversicherung. Man darf daher gespannt sein, Näheres zu erfahren, was die Regierung bezüglich der weiteren Forderungen der Gewerkschaften beabsichtigt.

(Die Deutsche Landkrankenkasse 1928/19.)

Anmerkung der Schriftleitung: Das würde eine Politisierung der sozialen Gesetzgebung bedeuten, wie sie schlimmer nicht gedacht werden kann. Es ist geradezu erschreckend, daß in Deutschland nicht mehr sachliche Motive entscheiden, sondern politische. Das muß zur Katastrophe führen!

BKK. **Aerztliche Messungen bei Jugendwanderungen.**

Daß Wanderungen zuträglich seien, wußte man wohl immer. Es fehlte aber der zahlenmäßige Nachweis. Der gefallene Arzt Dr. Röder (Berlin) war der erste, der genaue Feststellungen für Größe, Gewicht und Brustumfang vor und nach Beendigung und einige Monate später machte. Seine Ergebnisse haben den Wissenschaftler wie den Laien in gleichem Maße verblüfft. So groß hatte man sich die gesundheitliche Wirkung einer längeren Wanderung denn doch nicht vorgestellt. Inzwischen sind andere Aerzte seinem Beispiele gefolgt. Immer wieder konnten ausgezeichnete Fortschritte im Körperzustand der Teilnehmer festgestellt werden. Soweit die Ergebnisse bekannt wurden, sind sie von dem Verband für Deutsche Jugendherbergen zusammengestellt worden. Zahllose Behördenvertreter, Aerzte, Lehrer und vor allem Eltern sind dadurch in ihrer Auffassung beeinflußt worden.

Die Zahl dieser Messungen ist indessen noch immer viel zu gering, um ein abschließendes Urteil zu gestatten. Darum wendet sich der Verband erneut an die Stadtverwaltungen mit der Bitte, ihn in dem Bemühen um weitere ärztliche Messungen zu unterstützen und rechtzeitig die Vorbereitungen zu treffen. Die Sache wird durch die Benutzung von Vordrucken „Feststellung über die Wirkung von Wanderungen" sehr erleichtert. Dieser Vordruck ist unter Mitwirkung einer Reihe hervorragender Fachärzte zustande gekommen.

Forderungen zur Ausgestaltung der Heilfürsorge für Alkoholkranke und -gefährdete innerhalb der öffentlichen Wohlfahrtspflege.

Dem preußischen Wohlfahrtsminister ist eine „Denkschrift über Zunahme des Alkoholismus und Ausbau der Spezialfürsorge für Alkoholkranke und -gefährdete" zugegangen, in welcher ausführlich die Notwendigkeit einer Einbeziehung der Alkoholkranken- und -gefährdetenfürsorge in die Ausbildung der Wohlfahrtspfleger und Wohlfahrtspflegerinnen begründet wird. In der Denkschrift wird gefordert, daß dieses Fürsorgegebiet zu einem gewissen selbständigen Ausbildungsfach der Wohlfahrtsschulen erhoben wird. Es wird die ständig und rasch ansteigende Zunahme des Alkoholismus nachgewiesen und auf Grund der bisherigen Entwicklung der Wohlfahrtspflege behauptet, daß zur wirksamen Durchführung heilender und vorbeugender Maßnahmen gegen den Alkoholismus die Ausgestaltung der Spezialfürsorge der Alkoholkranken und -gefährdeten zu eigenen Fürsorgestellen mit entsprechend vorgebildetem Fürsorgepersonal notwendig sei. Allgemeine wohlfahrtspflegerische Ausbildung reiche zur Alkoholkrankenfürsorge nicht aus. Die Vorschläge der Denkschrift gehen sowohl auf eine entsprechende Ausgestaltung des Lehrplanes der Wohlfahrtsschulen (auch für die Nachschulungslehrgänge), wie auf die Einrichtung besonderer Ergänzungskurse für die schon im Dienst befindlichen Wohlfahrtspfleger und Wohlfahrtspflegerinnen.

Von allgemeinerer Bedeutung noch als die erwähnten Ausführungen in der Denkschrift sind die beigegebenen 16, bisher noch unveröffentlichten Statistiken über Zunahme des Alkoholismus, Belastung der Wohlfahrtspflege durch den Alkoholismus, Erfolge der Fürsorge usw. Die Denkschrift, von der eine Bearbeitung jetzt veröffentlicht werden wird (sie erscheint im Neuland-Verlag, Berlin W 8, unter dem Titel: Johannes Thiken, Denkschrift über Zunahme des Alkoholismus und Ausbau der Spezialfürsorge für Alkoholkranke und -ge-

fährdete. Preis für 32 Seiten einzeln 4.75 RM., bei Mengenbezug Staffelpreise), dürfte sich auch besonders gut zur Massenverbreitung eignen.

Vereinsnachrichten.

(Originalbericht des Bayer. Aerztl. Correspondenzblattes.)

Aerztlicher Bezirksverein Hof.

(Bericht über die Jahreshauptversammlung am Sonntag, dem 30. September 1928.)

Tagesordnung: 1. Bericht über den Bayerischen Aerztetag. 2. Kassenbericht, Festsetzung des Jahresbeitrages. 3. Aerztl. Bezirksverein Coburg zu dem Entwurf für die Satzungen der „Sterbekasse der oberfränkischen Aerzte". 4. Eingänge, Wünsche, Anträge.

Nach Eröffnung der Sitzung durch den Vorsitzenden des ärztlichen Bezirksvereins, Herrn Dr. Klitzsch, wird das Wahlresultat des Aerztlichen Bezirksvereins Hof vom 16. Juli 1928 bekanntgegeben. Gewählt wurden: I. Vorsitzender: Klitzsch. Kammer: Bachmann; Klitzsch, Röder. II. Vorsitzender: Ueberall. Schriftführer: Seiffert. Kassier: Kunstmann. Berufsgerichtsverfahren: Klitzsch, Lüttgen, Frank. Beitragserhebung: Kunstmann, Friedmann, Knorr. Beisitzer: Landgerichtsarzt Dr. Braun, Frank (Wunsiedel), Lüttgen, Röder, Köhl, Westermeyer.

Der Vorsitzende referiert nun über den Bayerischen Aerztetag, der für die bayerische wie für die gesamte deutsche Aerzteschaft ein Ereignis von hoher Bedeutung und besonderer Tragweite darstellt. Die Tagung, unter Stauders gewohnt glanzvoller Führung, ruft den deutschen Arzt erneut zu einmütiger und pflichtgemäßer Kulturarbeit an der Wohlfahrt des deutschen Volkes auf, eine Aufgabe, die sich nur auf der Grundlage und unter Wahrung der Freiheit des ärztlichen Standes gedeihlich und reibungslos vollziehen kann. Insbesondere gilt unsere Arbeit der Bekämpfung der Tuberkulose, deren allmähliche Ueberwindung durch absolutes Handinhandarbeiten aller öffentlichen Wohlfahrtseinrichtungen mit der Tätigkeit des Praktikers gewährleistet ist. Hierfür einen Modus zu finden ist eines der wichtigsten gegenwärtigen Ziele. Hierbei sind vor allem folgende Richtlinien maßgebend: Sorgfältige ärztliche Prüfung aller in der allgemeinen Praxis erreichbaren Krankheitsfälle in Zusammenarbeit mit den Anstalts-, Fach- und Fürsorgeärzten unter Wahrung der Rechte des Patienten in bezug auf seine freie Arztwahl und des überweisenden Arztes in bezug auf sein Recht zu persönlicher Weiterbeobachtung und Behandlung. Die Beobachtung dieser beiden Erfordernisse dürfte wesentlich zur Erzielung des gewünschten Erfolges beitragen. Ein ebenso wichtiges Gebiet berührt die Frage der Schwangerschaftsunterbrechung, für die die bisherigen Richtlinien auch weiterhin Geltung haben: die Uebereinstimmung eines aus drei Aerzten bestehenden Konsiliums. In besonders gelagerten Fällen (z. B. für ländliche Verhältnisse) kann unter Umständen ein aus zwei Aerzten gebildetes Konsilium zur Entscheidung der Frage als ausreichend angesehen werden.

Was die Frage der Erhöhung der Versicherungsgrenze anlangt, so kann hier auf das ausführliche Referat im „Correspondenzblatt", Nr. 39, verwiesen werden, dessen Inhalt ein anschauliches Bild von den Befürchtungen und Wünschen der deutschen Aerzteschaft bietet.

Zum Kassenbericht (Dr. Ueberall) ist zu bemerken, daß ein Defizit von 1406.— M. gedeckt werden muß. Dies soll geschehen durch Vierteljahresbeiträge von je 5.— M. und eine Extraumlage von 10.— M. Die Ortsverbände werden ersucht, den Gesamtbetrag für zwei Vierteljahresbeiträge und die Extraumlage umgehend an die Bezirksvereinskasse abzuführen. Herr Dr. Ueberall verwaltet die Kassengeschäfte des Aerztlichen Bezirksvereins Hof bis Ende 1928. Herr Dr. Kunstmann ist als Nachfolger bestimmt. Es wird außerdem beschlossen: Beamtete Aerzte ohne Praxis und Assistenzärzte zahlen die Hälfte des satzungsgemäß beschlossenen Beitrages für den ärztlichen Bezirksverein; ebenso die Hälfte der Extraumlage.

Es folgt die Verlesung eines Schreibens des Aerztlichen Bezirksvereins Coburg: „Bemerkungen zu dem Entwurf für die Satzungen der Sterbekasse der oberfränkischen Aerzte." Von anderen, nebensächlichen Fragen abgesehen, wird als wichtigster Punkt hierin die Mitversicherung der Arztwitwen für notwendig erachtet und gefordert. Der Antrag Coburg wird nach eingehender Aussprache abgelehnt als zu weit führend. Im übrigen sollen künftig zwei statt nur einer Vorauszahlung geleistet werden.

Nach einem kurzen Referat über den gegenwärtigen Stand der Aerzteversorgung, die am 1. Oktober 1928 nunmehr voll in Kraft getreten ist, wird die interessante, von 21 Kollegen besuchte Sitzung gegen 6 Uhr geschlossen. Dr. Seiffert.

Aerztlicher Bezirksverein Würzburg (Land) -Ochsenfurt.

(Versammlung am 6. Oktober 1928.)

Vorsitz: San.-Rat Dr. Englerth.

Dr. Laubmeister in Zell a. M. wird als Pflichtmitglied, Dr. Klett in Zellingen als freiwilliges Mitglied aufgenommen. Der I. Vorsitzende erklärt, aus gesundheitlichen Gründen den Vorsitz nicht mehr führen zu können, für den Rest der Wahlzeit wird an seine Stelle San.-Rat Dr. Bechmann einstimmig gewählt. Der bisherige Vorsitzende wird auf Antrag des Geschäftsausschusses einstimmig zum Ehrenvorsitzenden gewählt, der neue I. und der II. Vorsitzende danken ihm herzlich für alles, was er für den Verein seit dessen Gründung geleistet hat. San.-Rat Dr. Bechmann berichtet über die Sitzung der Landesärztekammer in Neustadt. Der Beschluß betr. Einleitung des künstlichen Aborts wird in der Weise durchgeführt, daß einstimmig San.-Rat Dr. Englerth als Konsiliarius bestimmt wird für den Fall, daß ein Vereinsmitglied einen künstlichen Abort einleiten will; das Protokoll muß bei der Geschäftsstelle des Vereins hinterlegt werden. Herr Dr. Luber von der Bayer. Versicherungskammer soll eingeladen werden, uns wieder einmal einen Vortrag über die Bayerische Aerzteversorgung zu halten. Ein Antrag Ikenberg und Bechmann betr. Versäumen von Versammlungen wird dem Geschäftsausschuß überwiesen.

Im Anschluß daran Sitzung des ärztlich-wirtschaftlichen Vereins. Vorsitz San.-Rat Dr. Englerth.

Ein Schreiben vom Oberversicherungsamt Würzburg wird zur Kenntnis genommen. Dr. Laubmeister in Zell a. M. wird ohne Widerspruch aufgenommen. Da der bisherige I. Vorsitzende auch hier den Vorsitz niederlegt, wird San.-Rat Dr. Bechmann auch hier einstimmig an seiner Stelle gewählt. Ein Zusammengehen der Vereinskrankenkasse mit benachbarten Vereinen wird nicht für ratsam gehalten. Die Kosten der letzten Zulassungsausschußsitzung übernimmt der Verein. Ueber die Hauptversammlung des Bayer. Aerzteverbandes berichtet Dr. Schömig. Auf Antrag Dr. Schmidt beschließt der Verein, bei der Geschäftsstelle Einspruch dagegen zu erheben, daß für die Verhandlungen und für die Wahlen auf der letzten Hauptversammlung des Bayer. Aerzteverbandes viel zu wenig Zeit angesetzt war, so daß eine wirkliche Aussprache und eine wirkliche Wahl so gut wie unmöglich waren. Mit 8 gegen 5 Stimmen und 1 Enthaltung wird be-

schlossen, den Beitritt des Vereins zu einer Verrechnungsstelle für die Privatpraxis in der Tagespresse des Vereinsgebietes bekanntzugeben. Dr. Schömig.

Amtliche Nachrichten.

Dienstesnachrichten.

Dem am 1. November 1928 wegen Erreichung der Altersgrenze in den dauernden Ruhestand tretenden II. Direktor der Untersuchungsanstalt für Nahrungs- und Genußmittel in Würzburg, Professor Dr. Ferdinand Wirthle, wurde die Anerkennung seiner Dienstleistung ausgesprochen.

Vereinsmitteilungen.

Mitteilungen des Münchener Aerztevereins für freie Arztwahl.

1. Die Krankenkasse der Schutzmannschaft gibt bekannt, daß die Behandlung von Mitgliedern, welche wegen eines Dienstunfalles ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen, in den Krankenlisten der Krankenkasse der Schutzmannschaft verrechnet werden können und damit auch bei Dienstunfällen die mit der Krankenkasse der Schutzmannschaft vereinbarten Sätze vergütet werden.

2. Zur Aufnahme in den Verein als außerordentliches Mitglied hat sich gemeldet: Frl. Dr. med. Sophie Bachhammer, prakt. Aerztin ohne Geburtshilfe, Frauenstraße 12/II.

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

1. Die Leichenschauerstelle für den XV. Bezirk (Bahnhofgegend, Galgenhof) ist sofort zu besetzen. Aerzte, die in diesem Bezirk oder in unmittelbarer Nähe desselben wohnen und noch keine städtische Stelle bekleiden, werden eingeladen, ihr Bewerbungsgesuch umgehend bei dem Städt. Bestattungsamt, Hauptmarkt 12, Zimmer 6, einzureichen, woselbst weitere Aufschlüsse erteilt werden.

2. Die Krankenkasse Siemens-Schuckert hat uns mitgeteilt, daß sich die Fälle mehren, in denen Patienten bei Verweisungen in eine Privatklinik mit Nebenkosten belastet werden. Auf Ersuchen der Krankenkasse erinnern wir daran, daß in solchen Fällen die Patienten zu unterrichten sind, daß sie entweder den Verpflegsatz und die Kasse die übrigen Kosten zu tragen haben, oder für den Fall, daß die Kasse die Verpflegkosten übernimmt, die übrigen Nebenkosten zu Lasten des Mitglieds gehen.

3. Wir bitten zu beachten, daß bis auf weiteres bei den kaufmännischen Ersatzkrankenkassen nach wie vor die alte Adgo Gültigkeit hat.

Verzeichnis der Spenden zur Stauderstiftung im 3. Vierteljahr 1928.

Verlag Otto Gmelin, München 200 M.; Herausgeberkollegium der Münchener Med. Wochenschrift 2000 M.; Aerztlicher Bezirksverein München 10 M. Summa 2210 M.

Für alle Zuwendungen wird hiermit herzlich gedankt!

Bayerische Landesärztekammer.
Dr. Stauder.

Spenden zur Stauderstiftung bitten wir auf das Postscheckkonto Nr. 37596 der Bayerischen Landesärztekammer Nürnberg überweisen zu wollen.

Tagung der Eugenik.

In der Zeit vom 26. bis 28. Oktober 1928 wird in Berlin eine vom Deutschen Bund für Volksaufartung und Erbkunde veranlasste Tagung stattfinden. Es werden ausführliche Berichte erstattet über Eugenik und Volk, über Eugenik und Schule und über Eugenik und Familie. Als Redner sind die Professoren Baur, Eugen Fischer und Grotjahn, Muckermann und Ober-Reg.-Rat Dr. Ostermann vorgesehen.

ÄRZTLICHE RUNDSCHAU **Heft 19**

Inhalt: Dr. **August Heisler**, Königsfeld: Erfahrungen und Betrachtungen aus der Praxis. — Dr. **Max Henke**, München: Die Blutprobe im Vaterschaftsbeweise. — Dr. **M. W. Scheltema**, Delft (Holland): Einige Bemerkungen über Appendizitis. — Dr. **W. Meyer**, Hannover: Rhodan-Calcium-Diuretin gegen Arteriosklerose. — Dr. med. **W. Pflüger**, Stuttgart: Sammelreferat über Kinderkrankheiten. — Dr. **Carl Haeberlin**, Bad Nauheim: Bericht über den 3. Allgemeinen Aerztlichen Kongress für Psychotherapie in Baden-Baden. — Bücherschau. — Zeitschriftenübersicht.

DIE TUBERKULOSE **Heft 10**

Inhalt: Stadtmedizinalrat Dr. **Flatzeck**, Plauen: Aktuelle Probleme und Aufgaben der Tuberkulose-Bekämpfung. — Prof. Dr. **F. Blumenfeld**, Wiesbaden: Tuberkulose des Kehlkopfes. — Dr. **J. Poras**, Wien: Ueber vegetative Störungen der Abdominalorgane bei Lungentuberkulösen. — Dr. **M. Baumwell**, Heilanstalt Alland, N.-Oe.: Zur Perkutanbehandlung der Pleuritis tuberculosa. — Dr. **A. Mendelssohn**, Chefarzt: Der Neubau für infektiöse Tuberkulose der Kinderheilstätte Cecilienstift in Lippspringe. — Referate. — Tagesgeschichte.

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

Aerztliche Rundschau mit Tuberkulose, M. 4.— vierteljährlich,

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

vom ..... an.

Name: ..... Adresse: .....

Lehrgang für gärungslose Früchteverwertung.

Die Lehr- und Forschungsanstalt für Gartenbau in Berlin-Dahlem veranstaltet vom 4. bis 6. Oktober d. J. einen Kursus für gärungslose Früchteverwertung. Diese Zeit ist gewählt, weil dann reichlich Obst, insbesondere Aepfel zur Verfügung stehen, so dass Gewinnung von Süssmost nach allen Verfahren für Haushalt und Erwerbsbetriebe praktisch vorgeführt werden kann.

Die 39. Jahresversammlung des Deutschen Vereins gegen den Alkoholismus

tagt vom 4. bis 7. November in Münster in Westfalen. Im Mittelpunkt stehen diesmal die Fragen: »Wie gewinnen wir die Industriegebiete, wie die Landbevölkerung für unsere Arbeit?« Mitverbunden sind eine Tagung des Deutschen Trinkerheilstättenverbandes und je eine Konferenz für gärungslose Früchteverwertung, für Trinkerfürsorge, für Verkehrswesen. Den ausführlichen Tagungsplan versendet die Geschäftsstelle des Vereins, Berlin-Dahlem, Werderstrasse 16.

Bücherschau.

Probleme aus der Geschichte der Chemie. Von Dr. Otto Zekert Sonderabdruck aus den »Pharm. Monatsheften« 1927.

Eine sehr interessante Abhandlung, die in 52 Seiten im Fluge durch die Geschichte der Chemie vom Altertum bis in die Neuzeit führt. Besonders interessiert den Arzt das Zeitalter der Jatrochemie, in dem die geistige Grösse des seiner Zeit weit vorauseilenden Arztes Paracelsus geschildert wird. Auch in dem weiteren Kapitel der Phlagistontheorie stossen wir auf viele Aerzte, die sich bei der Fortentwicklung der Chemie Verdienste erworben haben. Etwas kurz gehalten ist der letzte Absatz, der auf die neue Zeit Bezug hat. Die Fussnoten, die allenthalben bei den Namen der einzelnen Forscher angebracht sind, zeigen von dem Verständnis für die Materie und von dem Fleisse, mit dem diese Abhandlung ausgearbeitet wurde. Kustermann.

Bericht über die Internationale Kropfkonferenz in Bern 1927. Herausgegeben von der Schweizer Kropfkommission. Verlag Hans Huber, Bern 1928. 569 Seiten.

In der Zeit vom 24.—26. August 1927 tagte in Bern diese Konferenz. Sie war einberufen und vorbereitet von der Schweizer Kropfkommission auf Anregung von Aschoff (Freiburg) und von einer grossen Anzahl von Forschern besucht. Sie sollte die Gelehrten, welche sich mit dem Probleme beschäftigen, zu geistigem Austausch zusammenführen über die Frage: was ist der Kropf, wie entsteht er und wie kann er verhütet werden? Die Jodfrage, seine Beziehungen zum vegetativen Nervensystem, zum Trinkwasser, seine geographische Verbreitung, hereditäre Fragen, die bakteriologische Seite, alles wurde eingehend behandelt. Das Material der Verhandlungen liegt in einem stattlichen Bande mit zahlreichen mikroskopischen Abbildungen vor. Die einzelnen Referate und Referatgruppen gipfeln in bestimmten zusammenfassenden Thesen, welche, um dieselben allen internationalen Lesern zugänglich zu machen, in deutscher, englischer, französischer und italienischer Sprache wiedergegeben sind und damit auch dem Fernerstehenden gestatten, sich mit den wichtigsten Forschungsergebnissen und daraus entspringenden neuesten Anschauungen bekannt zu machen. Dadurch erhöht sich der Wert des Buches für einen weiteren Leserkreis.

In seinem Schlusswort sprach Friedrich von Müller aus, dass von einer Konferenz nicht erwartet werden kann, dass sie eine endgültige Lösung der besprochenen Probleme herbeiführt, es wird vielmehr ihre Aufgabe sein, eine Verständigung unter den Aerzten und Forschern der verschiedenen Länder anzubahnen. Und dies um so mehr, als sich gezeigt hat, wie verschieden sich das Kropfleiden in den verschiedenen Ländern darstellt. Schon die Schweizer Schilddrüse des Neugeborenen ist von der Münchener verschieden, ganz bestimmte anatomische Elemente kennzeichnen die eine und die andere. In Wien und in der Schweiz steht der parenchymatöse Jugendkropf dem mehr kolloidalen der süddeutschen Bevölkerung gegenüber. Noch mehr ist der letztere in Holland und Norwegen vertreten. Die endemischen Bezirke in Frankreich, Holland und am Himalaya und namentlich der Schweiz bieten kein konstantes Verhalten dar, sondern unterliegen im Verlauf der Jahrzehnte einem ausgesprochenen Wandel. Jedenfalls stellt der Kropf keineswegs ein Leiden einheitlicher Art dar, die Wirksamkeit und die Gefahren der Joddarreichung scheinen in den einzelnen Ländern recht unterschiedlich zu sein. Neger, München.

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

Arzneimittelreferate.

Ueber Erfahrungen mit Dumex-Salbe berichtet Dr. Ewald Jaffe, aus der Poliklinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten, in der Klinischen Wochenschrift 1928, Nr. 1: Von zahlreichen therapeutischen Heilmitteln, die in der letzten Zeit uns in unserer Poliklinik zur Verfügung gestellt wurden, verdient die von der Firma Dr. K. & H. Seyler, Berlin NO 18, hergestellte Dumex-Salbe erwähnt zu werden. Verfasser hat sie seit Monaten in hunderten Fällen bei den verschiedensten Hauterkrankungen angewandt und ist besonders auf Grund der erzielten Ergebnisse zu dem Urteil gekommen, dass die Dumex-Salbe ein äusserst brauchbares Heilmittel ist. Zu den Hautkrankheiten, die in ihrer schlechten Reaktion auf therapeutische Massnahmen eine ständige Crux für Arzt und Patienten darstellen, gehört u. a. auch der Pruritus ani und das intertriginöse Ekzem der Inguinalgegend. Der Pruritus ani hat sehr häufig innere und äussere Hämorrhoiden zur Ursache. Die wenigsten Patienten sind bereit, sie auf operativem Wege beseitigen zu lassen. Da die Dumex-Salbe speziell als Hämorrhoidalsalbe empfohlen, wurde sie bei den oben erwähnten Leiden besonders ausprobiert, wobei in vielen Fällen ganz ausgezeichnete Erfolge erzielt wurden. Das starke Hautjucken verschwand bemerkenswert schnell, die Hämorrhoiden erfuhren nach mehrmaliger Einführung der Dumex-Salbe eine deutliche Zurückbildung, bei weniger ausgeprägten Fällen ein völliges Verschwinden. Auch bei chronischen Fällen von intertriginösem Ekzem, bei der die übliche Therapie (Teertrockenpinselungen usw.) nur vorübergehend von Erfolg war, hat die Dumex-Salbeneutral gute Erfolge gezeitigt. Die Dumex Salbe wurde auch bei anderen chronischen Dermatitiden, so bei schlecht heilenden Ulcera cruris, mit gutem Erfolg angewendet. Die chemische Zusammensetzung der Dumex-Salbe ist folgende: Auf einer Grundlage von Vaseline und Lanoline sind Kampfer, reine Karbolsäure und Extr. hamamelid. gelöst, also eine Salbe, die zugleich desinfizierend, juckreizstillend und schmerzlindernd, sowie hyperämisierend wirken muss.

Klinische Erfahrungen mit Phanodorm. Von Dr. O. Mondré aus der Frauenabteilung und Gebärabteilung des Landeskrankenhauses in Klagenfurt (Vorstand: Prof. V. Hiess). (Wiener-Klin. Wo. 1928 No. 4). Der Wert des Phanodorms liegt unseres Erachtens gegenüber manchen bisher gebräuchlichen Schlafmitteln 1. in der relativen Ungiftigkeit, 2. in der grossen Dosierungsbreite und 3. in der raschen und leichten Resorption und dem schnellen Abbau. Nach den bisher veröffentlichten Arbeiten hat es sich vielfach bei akuten und chronischen Schlafstörungen auf nervöser Grundlage bewährt. Diese Erfahrungen können wir ebenfalls bestätigen. Um auch eine schmerzlindernde Wirkung auf direkte Weise zu erzielen, haben wir mit Phanodorm in entsprechenden Fällen zusammen mit 0,25 Antipyrin gegeben und damit sehr häufig, wenn nicht zu starke Schmerzen störend auftraten, befriedigende Erfolge erzielt. Im Verlauf der Rekonvaleszenz nach verschiedensten gynäkologischen Operationen angewendet, blieb das Phanodorm nur in wenigen Fällen seine Wirkung schuldig. Wir gaben allerdings nie mehr als höchstens 1½ Tabletten, d. i. 0,2 bis 0,3 g pro dosi. Auch bei Adnexerkrankungen erzielten wir in konservativer Behandlung bei fehlenden Schmerzen mit Phanodorm allein, bei mässigen Schmerzen mit Zugabe von 0,25 Antipyrin gute Wirkung. Frauen mit inoperablen Neoplasmen im Bereich des Genitales, die der Röntgen-Radiumbehandlung unterzogen wurden, erhielten Phanodorm, um ihnen die Nacht während der Applikationsdauer des Radiums angenehmer zu machen, mit fast durchwegs befriedigendem Erfolg. Ein weiteres Indikationsgebiet zur Anwendung des Phanodorms bietet die Geburtshilfe. Fast ohne Versager erreichten wir die gewünschte Wirkung bei schwangeren Frauen. Bei Wöchnerinnen gaben wir, gerade der nicht allzulang anhaltenden Wirkung wegen, das Phanodorm um so lieber, seit der Nachweis erbracht wurde, dass es nicht in die Milch übergeht.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass das Phanodorm auch in der Geburtshilfe und Gynäkologie eine erfreuliche Bereicherung des Arzneischatzes darstellt. Da es ein leichtes, sich nicht kumulierendes uud nicht verwöhnendes Sedativum ist, sich weiter in der Muttermilch nicht nachweisen lässt, hat seine Indikation fast keinerlei Einschränkungen.

Zur gefl. Beachtung!

Der Gesamtauflage der heutigen Nummer liegt ein Prospekt der Firma **Pearson & Co., Hamburg 19,** über **»Vasogene«**,

ferner ein Prospekt der Firma **Airosana, Trocken-Inhalations-Gesellschaft m. b. H., Berlin NW 6,** Schiffbauerdamm 1, über **»Airosana«**, bei.

Wir empfehlen diese Beilagen der besonderen Beachtung unserer Leser.

Bayerisches

Aerztliches Correspondenzblatt

Bayerische Aerztezeitung.

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

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

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

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

№ 42. München, 20. Oktober 1928. XXXI. Jahrgang.

Inhalt: Die Medizinische Fakultät der Universität Würzburg zur Erweiterung der Krankenversicherung. — Erweiterung der Versicherung in der Krankenversicherung und Reform der RVO. — Einkommensteuerpflicht der Beiträge zur Bayerischen Aerzteversorgung. — Durchführung des Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. — Vertrauensarzt und Krankenstand. — Bekanntmachung des Städtischen Versicherungsamts Nürnberg. — Hauptvertretertag des Reichsverbandes angestellter Aerzte e. V. — Vereinsmitteilungen: Nürnberg.

Die Medizinische Fakultät der Julius-Maximilians-Universität Würzburg zur Erweiterung der Krankenversicherung.

Die Medizinische Fakultät der Universität Würzburg hat mit wachsender Sorge die Entwicklung verfolgt, welche die Krankenversicherung in den letzten Jahren genommen hat. Der ursprüngliche Zweck, die wirtschaftlich schwachen, auf feste Entlohnung angewiesenen Bevölkerungsschichten, in Sonderheit die Arbeiter, vor Not und Bedrängnis in Erkrankungsfällen zu schützen, ist allmählich in die immer deutlicher zutage tretende Absicht umgewandelt worden, auf dem Wege der Einbeziehung auch der höher Besoldeten, ja der freien Berufe, eine Sozialisierung der ärztlichen Fürsorge für die Gesamtbevölkerung durchzuführen. In völliger Verkennung des Wertes der freien Beziehungen zwischen dem kranken Menschen und dem Arzte soll eine immer größere Bevölkerungsschicht dazu gezwungen werden, in die Kassen einzutreten und kassenärztliche Hilfe nachzusuchen. Als Hüterin der Verantwortung vor dem heranwachsenden Aerztegeschlecht warnt die Fakultät eindringlichst vor diesem Beginnen, das den freien deutschen Aerztestand, damit aber auch die wissenschaftliche Geltung der deutschen Heilkunde, wie sie in jahrhundertelanger Entwicklung den Ruhm des Vaterlandes im Auslande mitbegründet hat, begraben muß.

Einladungen zu Versammlungen.

Aerztlich-wirtschaftlicher Verein Amberg.

Nächste Sitzung: Samstag, den 27. Oktober, nachmittags 4.15 Uhr, im Bahnhofhotel. Tagesordnung: Bericht über den Bayerischen Aerztetag; drohende Erhöhung der Versicherungsgrenze; Verschiedenes.

Dr. Gillitzer.

Nürnberger Medizinische Gesellschaft und Poliklinik e. V.

Wissenschaftliche Sitzung am Donnerstag, den 25. Oktober 1928, abends 8 Uhr, im Gesellschaftshause, Marientormauer 1. Tagesordnung: 1. Demonstrationen; 2. Herr Kreuter: a) Demonstrationen, b) Ueber symptomatische Tetanusbehandlung. I. A.: Voigt.

Aerztlicher Bezirksverein Kulmbach.

Sonntag, den 28. Oktober 1928, nachmittags 3 Uhr, Versammlung in Neuenmarkt. Tagesordnung: 1. Bezirksverein: a) Bericht über den Bayerischen Aerztetag, b) Bericht über die Sitzung des Kreisausschusses, c) wichtige Mitteilungen; 2. Aerztlich-wirtschaftlicher Verein: Kassenangelegenheiten. Die Führer der Verrechnungsstellen werden dringend gebeten, zu erscheinen.

Dr. Gaßner.

Erweiterung der Versicherung in der Krankenversicherung und Reform der RVO.

Von Sanitätsrat Dr. Scholl, München.

Referat für die Zweite Hauptversammlung des Bayerischen Aerzteverbandes in Neustadt a. d. H. vom 23. September 1928.

Das Thema, das alljährlich auf den bayerischen Aerztetagen wiederkehrt, lautet: „Wirtschaftliche Fragen des Standes", ein Thema mit weitem Spielraum für den Berichterstatter. Bisher wurde aus dem reichhaltigen Bukett der ärztlich-wirtschaftlichen Fragen behandelt: Das Verhältnis zu den Krankenkassen, der KLB., Ersatzkrankenkassen, Berufsgenossenschaften, Mittelstandsversicherungen usw. Heute treten diese Fragen, so wichtig sie sind, zurück gegenüber einer am innerpolitischen Horizont auftauchenden Gefahr für die Aerzteschaft.

Nach den vor kurzem in der Tagespresse erschienenen Nachrichten ist zu erwarten, daß der Reichstag in absehbarer Zeit die Versicherungspflichtgrenze in der Krankenversicherung erhöhen wird, und zwar wahrscheinlich in einem weit über die Anpassung an die wirtschaftlichen Verhältnisse hinausgehendem Umfange. Weiter wurde gefordert, auch neue Kreise selbständiger Personen in den Versicherungszwang einzubeziehen, also von dem ursprünglichen Prinzip einer Arbeiter- und Angestelltenversicherung überzugehen zur allgemeinen Volksversichrung. Daß eine so weitgehende und grundsätzliche Aenderung der Versicherungsgesetze für den ärztlichen Stand und seine wirtschaftlichen und kulturellen Interessen von der ernstesten Bedeutung ist, wird niemand bezweifeln. Es haben deshalb zunächst alle anderen wirtschaftlichen Fragen in den Hintergrund zu treten und

unsere ganze Aufmerksamkeit ist dieser Schicksalsfrage der deutschen Aerzte zu widmen. — Die deutsche Aerzteschaft steht am Scheideweg. Die Sphinx-Frage lautet: Sozialisierung des Heilwesens in irgendeiner Form oder Aufrechterhaltung des freien Berufsstandes durch Selbstverwaltung innerhalb einer Reichsärztekammer.

Die soziale Gesetzgebung des Reiches hat in den ärztlichen Beruf umwälzend eingegriffen. Aus dem freien Arzt, der allein seinem Patienten gegenüberstand, ist der durch eine Gesetzgebung gebundene Arzt getreten. Nicht nur seine Stellung zum Patienten hat sich geändert durch das Dazwischentreten eines Vermittlers, der Krankenkasse, auch seine Arbeitsmethode ist durch den größeren Konsum bei geringerem Gewinn eine ganz andere geworden. Die ärztliche Kunst ist zum ärztlichen Handwerk herabgesunken. Der Arzt ist nicht mehr frei, sondern eingezwängt in eine ungesunde und für seinen Beruf nicht passende Zwangsordnung. Er steht zwischen Patient, der das Interesse hat, aus seiner Versicherung möglichst viel herauszuschlagen und der Krankenkasse, dem Versicherungsträger, der in erster Linie fiskalische Interessen hat. Beiden Teilen soll der Kassenarzt gerecht werden. So hat sich sein Antlitz und seine Stellung geändert. Vom individuellen Künstlertum sinkt der ärztliche Beruf immer mehr herab zum mechanistischen Großbetrieb.

Der von Anbeginn der sozialen Gesetzgebung an gemachte Grundfehler, die Aerzte nur als Handlanger der Gesetzgebung zu betrachten, wurde trotz der langjährigen Kämpfe der Aerzteschaft mit den Krankenkassen, die jedem Unbefangenen deutlich zeigten, daß etwas nicht in Ordnung ist, nicht geändert, sondern noch durch eine Ausnahmegesetzgebung gegen die Aerzte im Jahre 1923 verschärft. Statt daß man den Aerzten, die, wie die Krankenkassenvertreter sich ausdrücken, „den Schlüssel zum Geldschrank der Krankenkassen besitzen", innerhalb der Verwaltung eine maßgebliche Stellung eingeräumt hätte, um sie für das Gedeihen der Krankenkassen mitverantwortlich zu machen, hat man die Aerzte immer mehr unter ein kaudinisches Joch gezwungen. Die letzte Kassenarztgesetzgebung mit Reichsausschuß, Reichsschiedsamt usw. hat zwar eine gewisse Ruhe gebracht, aber keine Ruhe der Zufriedenheit, sondern eine aufgezwungene Ruhe, weil man die Aerzte entrechtete und sie der Bureaukratie überantwortete. Wenn die Krankenversicherung nur auf einen kleinen Teil der Bevölkerung, wie ursprünglich beabsichtigt war, beschränkt geblieben wäre, hätten die Aerzte diesen kleinen Teil der Beschränkung ihrer freien Praxis noch ertragen. Aber jetzt, wo schon fast drei Viertel der Bevölkerung versichert ist und die Parteien des Reichstages planen, die Grenze noch weiter zu stecken und neue Kreise einzubeziehen — Selbständige und die freien Berufe —, wo also aus der Arbeiterversicherung eine Volksversicherung gemacht werden soll, muß die Entscheidung fallen, ob der deutsche Aerztestand noch ein freier Berufsstand bleiben kann oder nicht. Wenn die weitgesteckten Pläne Wirklichkeit werden sollen, dann kann es nur noch zwei Wege geben, um den Aerztestand in die neue Situation „einzuordnen": Entweder man verstaatlicht die Aerzte, da einer so großen öffentlichen Einrichtung, einer Volksversicherung gegenüber die Hauptträger der Gesetzgebung nicht mehr in freier Konkurrenz gegenüberstehen können, oder man wendet auch bei den Aerzten das moderne Prinzip der Selbstverwaltung an, ähnlich wie in England, und übergibt der Aerzteschaft alle ärztlichen Belange zur freien Verwaltung. Das letztere allein kann für uns Aerzte in Betracht kommen. Das Schlimmste wäre natürlich eine Verbeamtung der Kassenärzte durch die Krankenkassen, da dies eine unerträgliche Abhängigkeit für die Aerzte in jeder Beziehung bedeuten und dem Nepotismus Vorschub leisten würde.

Voraussetzung für eine Selbstverwaltung der Aerzte muß sein, daß die gesamte Aerzteschaft aus der Gewerbeordnung herausgenommen und in eine Reichsärztekammer durch Gesetz zusammengeschlossen wird, die als öffentlich-rechtliche Körperschaft den Versicherungsträgern gleichberechtigt gegenübertritt und den gesamten ärztlichen Dienst im Rahmen der sozialen Versicherung ordnet und durchführt. Diese Reichsärztekammer, die zunächst eine Reichsärzteordnung schafft, liefert — um mich wirtschaftlich auszudrücken — den Versicherungsträgern die notwendige ärztliche Hilfe und Begutachtung. Der einzelne Kassenarzt hat ja längst aufgehört, den Trägern der sozialen Versicherung frei und unabhängig gegenüberzustehen. Bisher hat die ärztliche Organisation schon Kollektivverträge für ihre Mitglieder mit den Krankenkassen abgeschlossen. — Eine solche Selbstverwaltung der Aerzte würde die jetzt von allen Seiten geforderte Rationalisierung in der sozialen Gesetzgebung am besten gewährleisten, zumal dann die Prüfungseinrichtungen nicht nur für die Krankenversicherung, sondern für die ganze soziale Gesetzgebung gesetzlich festzulegen sind.

Wie verhält es sich nun mit der Erhöhung der Versicherungsgrenze? Die Erhöhung der Versicherungsgrenze ist ein politisches Bedürfnis verschiedener Parteien. Es liegen bereits, wie in Nr. 35 des „Bayer. Aerztl. Correspondenzblattes" mitgeteilt wurde, eine Reihe von Anträgen zur Reichsversicherungsordnung im Reichstag vor. Mit Sicherheit ist wohl anzunehmen, daß die Versicherungsgrenze, sobald der Reichstag wieder zusammengetreten ist, erhöht wird. Es handelt sich nur noch um die Höhe der Grenze. Eine Anpassung an die wirtschaftlichen Verhältnisse würde ungefähr einer Erhöhung bis zu 4200 Mark Einkommen gleichkommen. Damit könnte sich die Aerzteschaft abfinden. Wenn aber die Grenze um etwa 100 Proz., also auf 6000 Mark Einkommen oder noch weiter erhöht werden sollte, wie von verschiedenen Seiten verlangt wird, ist die freie Praxis so ziemlich dahin.

Im übrigen steht fest, daß eine Erhöhung der Versicherungsgrenze in der Krankenversicherung nur der Reichstag beschließen kann, nicht wie in der Presse zu lesen stand, durch Verordnung der Reichsregierung. Es ist damit zu rechnen, daß im Reichstag auf Antrag einer oder mehrerer Parteien die Versicherungsgrenze erhöht wird, ohne daß die Aerzteschaft vorher gehört wird. Das ist dann der Fall, wenn die Initiative nicht vom Reichsarbeitsministerium, sondern von den Parteien ausgeht. Dann kann die Aerzteschaft überrumpelt werden und alle Proteste dagegen werden ihr nichts helfen. Es wird deshalb notwendig sein, daß die Leitung der ärztlichen Organisation und die einzelnen Aerzte mit den Parteien und den ihnen bekannten Abgeordneten in Verbindung treten, um diese Ueberrumpelung zu verhüten. Die Einberufung eines außerordentlichen Aerztetages müßte dann schleunigst erfolgen.

Die immer wieder erfolgende Erhöhung der Versicherungsgrenze, ohne daß eine gründliche Reform der Reichsversicherungsordnung gemacht und ohne daß dabei die Rechtsstellung der Aerzteschaft verbessert wird im Sinne einer Selbstverwaltung, birgt eine große Gefahr in sich, weil auf diese Weise eine langsame, aber sichere „kalte Sozialisierung" der Aerzteschaft eintritt, ohne daß die Aerzteschaft sich wehren kann und ohne daß die Stellung der Aerzteschaft innerhalb der sozialen Gesetzgebung sich ändert. Wir haben solche Flick-

werke schon genug erlebt, ohne daß den ärztlichen Forderungen irgendwie Rechnung getragen wurde. Es muß deshalb bei der nächsten kommenden Erhöhung der Versicherungsgrenze die Frage der Stellung der Aerzteschaft unter allen Umständen aufgerollt und die Einsetzung einer Reichsärztekammer mit dem Rechte der Selbstverwaltung energisch verlangt werden. Die Vorbereitungen für eine Reichsärztekammer und für eine Reichsärzteordnung sind von den Spitzenorganisationen längst in die Wege geleitet; es liegt ein von sachverständiger Seite bearbeiteter Entwurf vor. Die Leitung der ärztlichen Organisation hat alles getan, was in ihren Kräften liegt. —

Eine noch größere Gefahr aber liegt vor, wenn dem Verlangen einzelner Parteien, neue Schichten der Bevölkerung: Selbständige, freie Berufe usw., in die Krankenversicherung einzubeziehen, vom Reichstag Rechnung getragen würde. Damit würde, wie schon erwähnt, der bestehende Grundsatz durchbrochen und der Uebergang zur Volksversicherung vollzogen werden. Das wäre der Auftakt zur Sozialisierung unseres Standes.

Noch schlimmer aber als jetzt schon würde es dem ärztlichen Nachwuchs ergehen, der zu mehr als 3500 Aerzten infolge des Numerus clausus von der Kassenpraxis ausgeschlossen ist. Sollen die Rechte dieser jungen Aerzte, die zum größten Teil Kriegsteilnehmer waren, abermals mit Füßen getreten werden?

Daß eine solche Ueberspannung des sozialen Gedankens auch in moralischer Beziehung ein Krebsschaden für das ganze Volk wäre, will ich nur erwähnen. Es ist erfreulich, zu sehen, daß auch verantwortliche Arbeiterführer eine Ueberspannung der sozialen Versicherung bedauern. Es ist uns bekannt, daß die Führer der christlichen Gewerkschaften eine Volksversicherung ablehnen. In der „Börsen-Zeitung" hat vor kurzem der bekannte Arbeiterführer August Winnig darauf hingewiesen, „daß nach ärztlicher Beobachtung bei den Kassenpatienten sich der fehlende Wille zur Gesundung in langsamerer Heilung auswirke und daß es unwürdig sei, den Arbeiter durch Ueberspannung der kollektiven Fürsorge sozusagen zum Haustier zu erniedrigen". Eine solche Auslassung eines verantwortungsbewußten Führers aus dem Arbeiterstande gegen die Ueberspannung des sozialen Gedankens ist sehr beachtenswert.

Der Generalsekretär des Gesamtverbandes der christlichen Gewerkschaften Deutschlands, Bernhard Otte, faßte in seinem Vortrag über: „Die Sozialversicherung als politisches Problem" seine Ansicht dahin zusammen: „Der Wille zur Selbsthilfe und zur Eigenverantwortung steht uns höher als Staatshilfe. Dies vorausgesetzt, müssen wir aber zugeben, daß es ohne Staatshilfe nicht geht, denn viele Menschen stehen auf der Schattenseite des Lebens. Ihre eigene Kraft und das, was sie bei der größten Eigenanstrengung zu erreichen in der Lage sind, reicht nicht aus für die Wechselfälle des Lebens. Darum geht es nicht ohne Staatshilfe. Das gilt auch für die Sozialversicherung. Die Staatshilfe darf aber nicht überspannt werden. Wo aus eigener Kraft bzw. durch Selbsthilfeeinrichtungen geholfen werden kann, ist das der staatlichen Hilfe vorzuziehen. Im allgemeinen soll auch die Sozialversicherung nur ein Existenzminimum gewähren. Auch im Interesse der Gewerkschaftsverbände liegt es, wenn Ueberspannungen beseitigt werden und in bezug auf den weiteren Ausbau der Sozialversicherung Vorsicht vorgeschlagen wird."

Das Deutsche Reich wird allmählich zu einer großen Fürsorgeanstalt.

Ganz abgesehen von den moralischen Schädigungen würden auch schwere finanzielle Nachteile für das Volk eintreten. Der Spartrieb, der erfreulicherweise in den letzten Jahren wieder auflebte, würde wieder erlöschen, da die Erübrigungen, die die noch nicht Versicherten machen können, für die Versicherung ausgegeben werden müßten. Da es eine psychologische Erfahrung ist, daß jeder bestrebt ist, von seiner Versicherung möglichst viel wieder herauszuschlagen, würde eine Begehrlichkeit großgezogen werden in weiten Schichten der Bevölkerung, die den Volkscharakter höchst ungünstig beeinflussen würde. Ich brauche über diese Seite der Medaille keine weiteren Ausführungen zu machen, nachdem auf dem Würzburger Aerztetage, also vor Liek, Herr Kollege Gilmer in so temperamentvoller und meisterhafter Weise Ausführungen gemacht hat, die uns aus der Seele gesprochen waren. Es wird notwendig sein, daß die Aerzte immer wieder auf die dem Volke selbst und seiner Gesundung drohenden Gefahren in der Oeffentlichkeit hinweisen. Wir Aerzte sind dazu berufen und verpflichtet!

Da im neuen Deutschland bezüglich der Gesetzgebung nicht mehr die Vernunft zu entscheiden scheint, sondern das Bedürfnis der politischen Parteien, müssen wir uns nach Bundesgenossen umsehen. Wie schon erwähnt, sind solche Bundesgenossen sogar in Arbeiterkreisen zu finden, die nicht auf dem Boden der Sozialisierung stehen. Selbstverständlich kommt in erster Linie die sogenannte Wirtschaft in Betracht, die neue Belastungen erfahren und dadurch dem Auslande gegenüber immer weniger konkurrenzfähig würde. Es wurde auch der Gedanke ausgesprochen, daß der fortschreitenden Ausdehnung der Versicherungspflicht indirekt währungstechnisch eine inflatorische Wirkung zukomme. Die Tatsache nämlich, daß ganze Bevölkerungsschichten, die früher der Privatversicherung angehörten, dann kassenärztlich versorgt werden sollen, wird der Ausgangspunkt für die Behauptung werden, eines sinkenden Wohlstandes und der Ausgangspunkt damit für die Begründung neuer Lohnforderungen. Außerdem sollen, wie man in der Presse lesen konnte, die Träger der Sozialversicherung, die bisher ihre Vermögenswerte in Immobilien und Hypotheken festlegten, zur Uebernahme von Reichsschatzwechseln gezwungen werden, die zur Abgleichung des außerordentlichen Reichsdefizits dienen sollen. Es liegt die Gefahr nahe, daß schließlich die Vermögenswerte der Sozialversicherung in ähnlicher Weise eine Geldquelle (stammend aus den Beiträgen der Arbeitnehmer und Arbeitgeber) werden, wie die Mietzinssteuer, d. h. unter einer falschen Flagge eine neue Steuerquelle. Die übrigen noch freien Berufe und die gesamte Wirtschaft müßten sich doch sagen, daß, wenn das Heilgewerbe sozialisiert ist, die Vollsozialisierung nicht lange auf sich warten läßt. —

Zu erwarten war natürlich, daß die Mittelstandskrankenversicherungen sich rühren, als in der Presse von der Erhöhung der Versicherungsgrenze eine Verlautbarung erschien. Die Mittelstandsversicherungen haben ein großes Interesse daran, daß die Versicherungsgrenze nicht erhöht wird, ebenso die privaten Versicherungsgesellschaften und andere mehr. Wir werden, wenn wir uns bemühen, genügend Bundesgenossen bekommen, um gegen die drohende Gefahr anzukämpfen.

Auf eine juristische Waffe hat Herr Kollege Stauder verdienstvollerweise hingewiesen, die uns vielleicht nützen kann. Die Aerzteschaft könnte unter Umständen den Artikel 164 der Reichsverfassung in Anspruch nehmen, der dem selbständigen Mittelstand, wozu auch die Aerzte gehören, gegen Ueberlastung und Aufsaugung den Schutz des Staates zusichert. Es werden auch in dieser Beziehung Schritte unternommen werden.

Es wäre natürlich ganz falsch, wenn wir den Kampf unter dem Gesichtswinkel der materiellen Einbuße führen und in erster Linie darauf hinweisen würden, daß bei einer Erhöhung der Versicherungsgrenze auch das ärztliche Honorar erhöht werden müßte. Diese selbstverständliche Forderung kommt in zweiter Linie in Betracht. Das Allerwichtigste muß uns die Rechtsstellung der Aerzteschaft sein innerhalb der Gesetzgebung und die Aufrechterhaltung unseres freien Berufes.

Auf dem letzten Krankenkassenkongresse in Breslau haben die von dem bekannten Kassenführer Herrn Direktor Lehmann gemachten Vorschläge, die in Nr. 34 des „Bayer. Aerztl. Correspondenzblattes" veröffentlicht wurden, großes Aufsehen erregt und den Widerstand von Arbeitgeberseite hervorgerufen. Herr Direktor Lehmann verlangt nichts weiter, als die Ueberantwortung der gesamten Krankenversicherung an die Kassenverbände unter Ausschaltung der Arbeitgeber und des Staates. Die Kassenverbände sollen öffentlich-rechtlichen Charakter erhalten und das Aufsichtsrecht des Staates soll ausgeschaltet werden. Daraus müssen wir auch für uns Aerzte die Konsequenz ziehen und verlangen, daß unsere Rechtsstellung geändert und daß die Aerzteschaft irgendwie in der Gesetzgebung verankert wird durch die Gewährung der schon mehrfach erwähnten Reichsärztekammer mit dem Selbstverwaltungsrecht in allen ärztlichen Belangen. Herr Direktor Lehmann will also ein „Herzogtum" der Krankenkassen oder, wie ein Berliner Kollege sich ausdrückte: „Kassenfaszismus". Der Husarenritt Lehmanns mag der Reichsregierung gewiß unangenehm sein, da er so offen den Staat absetzen will. Auch seine weiteren Vorschläge, die er gemacht hat, lassen an Radikalismus nichts zu wünschen übrig. Ich erinnere nur an die Forderung: Beschränkung der Praxis des Kassenarztes auf eine angemessene Höchstzahl von Krankheitsfällen und Leistungen und Beschränkung des kassenärztlichen Gesamteinkommens auf einen angemessenen Hundertsatz der Durchschnittsgrundlohnsumme der Kasse oder des Kassenverbandes, also das Wiederaufleben des sogenannten „Sicherheitsventiles".

Der Gewerkschaftskongreß in Hamburg, dessen Entschließung in Nr. 37 des „Bayer. Aerztlichen Correspondenzblattes" mitgeteilt wurde, hat den Forderungen Lehmanns zugestimmt, zum Teil dieselben noch überboten.

Auch von kollegialer Seite wird gegen uns mobil gemacht. Der bekannte Chefarzt der Berliner Ortskrankenkasse, Herr Dr. Pryll, will die Kassenärzte den Vertrauensärzten der Krankenkassen unterordnen!

Es ist also höchste Zeit, daß die Aerzteschaft sich rührt und zum Kampfe rüstet, nicht gegen die Krankenkassen, sondern gegen die Gesetzgebung!

Wir dürfen zu dem gewählten „Aktionsausschuß" unserer Spitzenverbände das Vertrauen haben, daß er die richtigen Methoden ausfindig macht und mit Erfolg arbeitet. Wir dürfen auch hoffen, daß die bürgerlichen Parteien und die Oeffentlichkeit eine Sozialisierung der Aerzte nicht zulassen. Auch in der Reichsregierung und im Reichsarbeitsministerium selbst werden wohl noch genügend kluge Leute sitzen, die solche Pläne nicht mitmachen. Wenn Herr Ministerialdirektor Grieser noch heute zu seinem Worte steht, das er vor kurzer Zeit aussprach: „Für die Versicherung ist der Arzt so notwendig, wie der Versicherungsträger selbst", dann muß die Aerzteschaft auch maßgeblich gehört werden.

Es muß immer wieder gegenüber den gehässigen Angriffen gegen die Aerzteschaft, die als Gegner der sozialen Gesetzgebung des Reiches von verschiedenen Seiten hingestellt werden, betont werden, daß die Aerzteschaft durchaus nicht ablehnend dem segensreichen Werke der Sozialgesetzgebung gegenübersteht, sondern bereit ist, nach allen Kräften mitzuarbeiten im Interesse des deutschen Volkes. Die zur Genüge bekannt gewordenen Fehler der Gesetzgebung, vor allem die unwürdige und unzweckmäßige Stellung der Aerzteschaft innerhalb der Gesetzgebung, müssen aber geändert werden, wenn die Aerzteschaft ihre Kräfte frei und willig entfalten soll.

Bei der schon lange geplanten Reform und dem Ausbau der sozialen Gesetzgebung ist der Arzt, ohne dessen gewissenhafte Ausführung und Vermittlung die Leistungen der Versicherung nicht erstattet werden können, infolge seiner Stellung der berufenste Anwalt und Vertreter der Versicherten, zumal seine eigenen, wohlverstandenen Interessen mit denen der Versicherten übereinstimmen und ein Mehraufwand für diese in quantitativer und qualitativer Beziehung zugleich auch ein Mehraufwand für die Aerzte bedeutet. Da die soziale Gesetzgebung einzig und allein im Interesse der Versicherten gemacht worden ist, wird das Votum des Arztes bei der Reform und dem Ausbau der Sozialgesetzgebung mehr als bisher in die Waagschale fallen müssen, zumal es bei dieser Art von Gesetzgebung, welche so intensiv Leib und Leben eines großen Teiles des Volkes betrifft, mehr auf den Inhalt als auf die Form ankommen muß. „In dem Maße, als die soziale Versicherung sich auf die Stufe einer großen, volkshygienischen Maßregel erhebt," sagt Bärnreither, „steigt die Bedeutung der Mitwirkung der Aerzte. Solange sich die Arbeiterversicherung im Auszahlen der Krankengelder und der Invaliden- und Unfallrente erschöpft, sind die Untersuchungen der Krankheitsfälle, der Erwerbsunfähigkeit und der Verletzungen zwar sehr wichtige, laufende Funktionen und gehören zu den täglich mit Gewissenhaftigkeit zu erledigenden Geschäften, zu denen der Arzt unentbehrlich ist, bewegen sich aber in einem Kreislaufe, der über die Routine nicht weit herausreicht. Ganz anders, wenn die soziale Versicherung als das aufgefaßt wird, was sie naturgemäß sein muß, wenn sie sich bewußte und bestimmte volkshygienische Ziele setzt und sie ernstlich zu erreichen sucht. Man kann kein Krankenhaus bauen, kein Invaliden- oder Genesungsheim errichten, man kann den ganzen hygienischen Dienst der Kranken- und Invalidenversicherung nicht ins Leben rufen und im Gang erhalten, ohne daß von den ersten Schritten an, die zu diesem Zweck geschehen, der sozial gebildete Arzt mit Rat und Tat beisteht. Ueber die richtige Verwendung der Mittel, die zu Zwecken der Volkshygiene bestimmt sind, kann nur unter Mitwirkung ärztlicher Ratgeber entschieden werden. Daraus folgt, daß in dem Organismus der sozialen Versicherung dem Arzte ein bestimmter Platz angewiesen werden muß. Es ist notwendig, daß in den Selbstverwaltungskörpern, welchen die Leitung der Kranken-, Invaliden- und Unfallversicherung anvertraut ist, das ärztliche Element vertreten sei, Sitz und Stimme habe, sich rechtzeitig geltend machen könne und nicht bloß als Sachverständiger von Fall zu Fall zugezogen werde. Es würde die Aufgabe des Gesetzgebers sein, den Aerzten überall die richtige Stellung anzuweisen, ihre Kompetenzen genau zu umschreiben, ihnen beratende oder beschließende Stimme oder ein Einspruchsrecht zu gewähren, je nachdem es die Natur der Sache verlangt. Diese Eingliederung des ärztlichen Standes in die soziale Versicherung wird aber auch eine ausgleichende Wirkung äußern, die sehr wünschenswert ist."

Welches sind nun die Forderungen der Aerzte gegenüber der Reichsversicherungsordnung?

I. Kreis der Versicherten.

Im allgemeinen wird nicht die wirtschaftliche Selbständigkeit oder Unselbständigkeit das zutreffende Kriterium für die Begrenzung der Versicherungspflicht sein, sondern allein die Bedürftigkeit, die Höhe des Gesamteinkommens. Daß die Versicherung auch auf die Familie auszudehnen ist, die in ihrer wirtschaftlichen Existenz ebenso bedroht ist, wenn das Familienoberhaupt keinen Erwerb mehr findet, wird wohl von niemand mehr bestritten. Im allgemeinen wird man der Definition des Kollegen Lennhoff zustimmen müssen, der verlangt: „Eine Versicherung derjenigen Volkskreise, deren Arbeitsertrag so gering ist, daß bei Krankheit bzw. Arbeitsunfähigkeit ihre wirtschaftliche Existenz bedroht bzw. erschüttert ist."

Eine offene Frage ist die der Einkommensgrenze. Von verschiedenen Seiten wurde eine regionäre Abstufung zwischen Stadt und Land vorgeschlagen oder eine solche für Großstädte, Industriezentren und das flache Land. Dabei ist aber zu berücksichtigen, daß zu dem Berufseinkommen noch recht erhebliche Einkommensteile aus Zinsen, Grundbesitz usw. hinzukommen können. Jedenfalls muß, wenn die freiwillige Versicherung beibehalten wird, bei der Berechnung der Beiträge das Gesamteinkommen maßgebend sein.

Auf alle Fälle muß aber das Recht der freiwilligen Weiterversicherung auf die festgesetzte Einkommensgrenze beschränkt werden. Es darf nicht mehr möglich sein, daß ein Kassenmitglied, das wegen der Erhöhung seines Einkommens nicht mehr versicherungspflichtig ist, als freiwilliges Mitglied ohne Rücksicht auf sein Einkommen versichert bleiben kann, so lange es ihm paßt. Für die freiwillige Weiterversicherung war vor dem Kriege eine Sicherung eingebaut, und zwar hieß es, „daß die Versicherungsberechtigung in allen den Fällen erlöschen sollte, in denen das regelmäßige jährliche Gesamteinkommen 4000 Mark übersteigt". Diese Bestimmung wurde in der Revolutionszeit beseitigt und leider bisher nicht wieder eingeführt. Auf diese Weise erscheinen häufig recht wohlhabende Leute beim Arzt als Kassenpatienten, deren Verhältnisse es ihnen durchaus ermöglichen würden, den Arzt als Privatpatienten in Anspruch zu nehmen.

Jede weitere Expansion der Krankenversicherung muß den Aerztestand schwer schädigen und zur Sozialisierung führen, die den Ruin der ärztlichen Kunst bedeuten und ein Unglück für das hilfesuchende Volk werden würde. Die ärztliche Wissenschaft und die ärztliche Kunst lassen sich nicht in Fesseln schlagen, noch in Paragraphen zwängen; beide müssen frei bleiben, wenn sie nicht verkümmern sollen.

II. Leistungen.

Man unterscheidet zwischen Geld- und Sachleistungen. Es ist klar, daß die Sachleistungen einen höheren Wert besitzen als die Geldleistungen. Das hat man auch immer mehr eingesehen, zumal sich das Prinzip, ärztliche Hilfe usw. in natura zu gewähren, durchaus bewährt hat. Die Entwicklung hat diesen Kampf bereits zugunsten der Sachleistungen entschieden, denn im Jahre 1885 betrugen die Barleistungen 116 Proz. der Sachleistungen, im Jahre 1924 dagegen nur noch 66 Proz. (vgl. Statistik des Deutschen Reiches Bd. 331). Diesen Vorgang hat das Internationale Arbeitsamt mit folgenden Worten beschrieben: „Die ersten Krankenversicherungsgesetze waren vor allem darauf bedacht, dem Arbeitsunfähigen eine Geldleistung zuzuwenden, die ihm teilweisen Ersatz des infolge von Krankheit eintretenden Verdienstentganges bieten sollte; hingegen wurde der ärztlichen Behandlung des Erkrankten eine verhältnismäßig geringere Bedeutung zugemessen, eine Lage, die dadurch besonders gekennzeichnet war, daß die Krankenkassen selbst dort, wo keine unüberwindlichen Schwierigkeiten im Wege standen, die Freiheit hatten, an Stelle von Sachleistungen im allgemeinen, und somit auch an Stelle der ärztlichen Behandlung, eine Erhöhung der Geldleistung eintreten zu lassen. Sobald sich aber die Ueberzeugung durchgerungen hat, daß die Krankenversicherung dazu berufen ist, die Rolle des Verteidigers der Volksgesundheit auf sich zu nehmen, trat in der Bewertung der Geld- und Sachleistungen eine Aenderung ein. Es ist in der Tat unbestritten, daß die Krankenversicherung mehr als jedes andere soziale Gefüge infolge ihrer ständigen und nahen Verbindung mit breiten Schichten der Arbeiterklasse, namentlich durch die Vorbeugung und schnelle Heilung von Krankheiten, zur Verbesserung der Volksgesundheit beizutragen vermag. Heute gilt es als die wichtigste Aufgabe der Krankenversicherung, jedem Versicherten die bestmögliche ärztliche Behandlung angedeihen zu lassen. So rücken die Sachleistungen in den Vordergrund. Die Krankenversicherung soll die vollständigste und schleunigste Heilung von Krankheiten, deren Ausbruch sie nicht verhüten konnte, gewährleisten. Neben der ärztlichen Behandlung kommt dann der Geldleistung nur eine verhältnismäßig geringere Rolle zu, indem sie dem Erkrankten einen teilweisen Ersatz für den erlittenen Verdienstentgang bietet."

Aber man sollte auch eine Trennung der Verwaltung der Geld- und Sachleistungen vornehmen. Es war ein genialer Gedanke von Lloyd George, daß bei der englischen Krankenversicherung diese Trennung gemacht wurde. Dadurch wurden die Aerzte unabhängig von den Versicherungsträgern und erhielten von vorneherein eine Art Selbstverwaltung, so daß die schweren Kämpfe, die in Deutschland zwischen Krankenkassen und Aerzten ausgefochten wurden, dort erspart blieben. Durch diese Trennung wurde auch eine gewiße Entpolitisierung der Krankenkassen erreicht, die bei uns auch dringend notwendig wäre!

Die freie ärztliche Behandlung ist das Kernstück der Krankenversicherung geworden. Es wäre deshalb ganz falsch, dieselbe irgendwie einzuschränken, um an Arztkosten zu sparen und Hemmungen für die Versicherten einzuführen durch Zuzahlung zu den Arztkosten und anderes mehr. Das würde eine Entwertung der sozialen Gesetzgebung und einen verhängnisvollen sozialen Rückschritt bedeuten, denn der Schwerpunkt des Gesetzes liegt nicht in der Zahlung von Unterstützungen, sondern in der Wiederherstellung von Gesundheit und Arbeitskraft. Die Krankenversicherung darf nicht nur den Charakter der Versicherung tragen, sondern vor allem den der Prophylaxe und der Hygiene. Eine solche Maßnahme würde dem Zwecke und Sinne jeder Versicherung widersprechen. Auch Herr Geheimrat Professor Friedrich von Müller (München) sieht darin die Gefahr, „daß der Arzt dann nicht zur rechten Zeit, sondern zu spät gerufen wird, was etwa bei einer Diphtherie oder Tuberkulose oder einer Blinddarmentzündung von größtem Schaden ist. Unbedingt zu verwerfen ist der Vorschlag, daß dem Kassenkranken im Erkrankungsfalle nur ein gewisses Krankengeld ausbezahlt wird, von dem er aus freiem Ermessen Arzt und Apotheke zu bezahlen hat. Dieses Krankengeld würde in den meisten Fällen zu anderen, unzweckmäßigeren Dingen Verwendung finden". —

Ueber die Geldleistungen, namentlich über die Krankengeldpolitik der Krankenkassen, ist viel geschrieben und gesprochen worden. Man hat in der letzten Zeit infolge des vermeintlich hohen Kranken-

standes vielfach die Aerzte beschuldigt, allein verantwortlich zu sein für den hohen Krankenstand und damit für die hohe Belastung der Krankenkassen. Diese Vorwürfe müssen wir entschieden ablehnen! Es ist unbestritten, daß in Zeiten wirtschaftlicher Not aus der Krankenversicherung eine sogen. „Krisen"-Versicherung wird und daß durch allzu hohes Krankengeld, namentlich bei ledigen Personen, eine gewiße Begehrlichkeit großgezogen wird. Die Krankmeldung und ebenso — ja vielleicht noch mehr — die Dauer des Krankenstandes hängt wesentlich und im weiten Umfange von dem Willen des Versicherten ab. Je geringer die Einbuße an Einnahmen infolge der mit der Krankmeldung verbundenen Arbeitseinstellung, je geringer die Differenz zwischen Arbeitsverdienst und Krankengeld ist, um so eher wird sich der Arbeiter entschließen, sich im Erkrankungsfalle auch tatsächlich krank zu melden, bei Vorhandensein eines chronischen Leidens oder auch sonst von jeder Möglichkeit, sich krank zu melden, Gebrauch zu machen. Einen außerordentlichen Anreiz zum „Krankfeiern" bietet vor allem die Bestimmung, daß Angestellte, denen das Gehalt weitergezahlt wird, auch noch ein Krankengeld dazu bekommen in Höhe von 50 Proz. Dieser Anreiz muß beseitigt werden, wenn wieder gesunde Verhältnisse eintreten sollen. In einem Erlaß des Reichsarbeitsministeriums vom 4. Mai 1924 heißt es: „Unter den Mehrleistungen, welche die RVO. zuläßt, bestehen bevölkerungspolitische Unterschiede. Bei den gesundheitlichen Gefahren, die der versicherten Bevölkerung heute drohen, müssen die Sachleistungen höher veranschlagt werden als die Geldleistungen. Mehrleistungen in dem Beginn, der Dauer oder der Höhe des Krankengeldes werden die Kassen übermäßig belasten, ohne die eigentlichen Zwecke der Krankenversicherung wesentlich zu fördern. Ersparnisse, die beim Krankengeld gemacht werden, können nutzbringender in der Gewährung von Krankenpflege an Familienangehörige, insbesondere in der Uebernahme der Kosten für Arzt und Arznei verwendet werden. Bei der Not der Wirtschaft wird es unerläßlich sein, die bestehenden Mehrleistungen auf ihren heutigen Wert nachzuprüfen und die minderwertigen zugunsten der bevölkerungspolitisch wertvollen aufzuheben".

Zu fordern ist auch die Abstufung des Krankengeldes nach dem Familienstand. Dabei müssen auch die sozialen Verhältnisse der Versicherten berücksichtigt werden und überall da, wo es möglich sein sollte, muß das Krankengeld nach der Anzahl der Familienangehörigen abgestuft werden, denn es ist unseres Erachtens nicht notwendig, daß der Ledige so viel erhält als der kinderreiche Familienvater. — Mit der Abstufung des Krankengeldes nach dem Familienstand hat die Nürnberger Ortskrankenkasse gute Erfahrungen gemacht. In einem ihrer Berichte heißt es: „Die Kasse zahlte ursprünglich einheitlich für alle Versicherten ein Krankengeld in Höhe von $66^2/_3$ v. H. des Grundlohnes. Es fiel auf, daß gerade in einer Zeit, in welcher die gesundheitlichen sowie die wirtschaftlichen Verhältnisse gut waren, die ledigen sowie die weiblichen Versicherten einen außergewöhnlich hohen Prozentsatz an Arbeitsunfähigen stellten. Stichproben ergaben, daß die männlichen Versicherten einen Prozentsatz von 4,71, die weiblichen einen solchen von 5,67 aufwiesen. Die besten Altersklassen von 16 bis 24 Jahren stellten bis zu 30 v. H. der gesamten Arbeitsunfähigen. Es stand für die Verwaltung fest, daß in der Hauptsache nur die Höhe des Krankengeldes die Ursache dieses außergewöhnlich hohen Krankenstandes der bezeichneten Versicherungskreise war. Da es in Nürnberg von jeher schon üblich war, noch in besonderen Zuschußkassen Mitglied zu sein, und auch die gewerkschaftlichen Organisationen Krankengeldzuschuß gewähren, so bestand die Tatsache, daß das gesetzliche Krankengeld mit diesen Zuschußleistungen alsdann 100 und mehr Prozent des Nettolohnes überschritt. Die Kassenargane haben sich deshalb auch der Notwendigkeit nicht verschließen können, eine Aenderung zu treffen. Das Krankengeld wurde alsdann allgemein auf 50 v. H. des Grundlohnes festgesetzt, für verheiratete, verwitwete und geschiedene Versicherte, welche bisher aus ihrem Arbeitsverdienst Angehörige ganz oder überwiegend unterhalten haben, auf $66^1/_3$ v. H. belassen. Die letzteren erhielten mithin immer noch 75,3 v. H. des Nettolohnes als Krankengeld, die ersteren unter Berücksichtigung eines Abzuges für Steuern und Versicherungsbeiträge in Höhe von 5,93 RM. ein solches von 57,7 v. H. des Nettoverdienstes. Die Wirkung dieser Maßnahme war eine geradezu auffallende. Der Krankenstand ging stetig, hauptsächlich bei den von dem Abzug betroffenen Versicherten, zurück. Die sich durch die Kürzung des Krankengeldes sowie des Zurückgehens des Krankenstandes ergebenden Einsparungen entsprechen einem Beitragsprozentsatz von 0,5 bis 0,7 v. H.".

Der Präsident des bayerischen Statistischen Landesamtes, Herr Dr. Zahn, macht den beachtenswerten Vorschlag, „alle Kassen, die in der Lage sind, Mehrleistungen an Krankengeld zu gewähren, zu verpflichten, diese Mehrleistungen nach dem Familienstand zu bemessen".

Eine weitere Forderung ist eine Anpassung der Krankengeldsätze an die Arbeitslosenunterstützung, die leider bisher nicht eine Entlastung der Krankenkassen gebracht hat.

Ebenso wichtig ist die Beibehaltung der dreitägigen Karenzzeit. In Frankreich besteht eine fünftägige Karenz.

Der sozialistische Bürgermeister Kleeis muß zugeben, daß, „wenn das Krankengeld bereits vom ersten Krankheitstage an gewährt wird, dadurch der Anreiz zur Krankmeldung der Versicherten verschärft wird. Von Ausnahmefällen abgesehen wird dann die Mehrzahl der Kranken nicht unter 1 Woche arbeitsunfähig sein, um eben in den Genuß des Krankengeldes für die Wartetage zu kommen". Herr Prof. Moldenhauer, Mitglied des Reichstages, schrieb im „Bochumer Anzeiger": „Der Versicherte, der vom ersten Tage an Krankengeld erhält, wird leicht geneigt sein, auch beim kleinsten Uebelbefinden zuhause zu bleiben, während er andererseits zur Arbeit gegangen wäre und wahrscheinlich die Arbeit das Unwohlsein schnell vertrieben hätte". —

In der letzten Zeit wurde vielfach der Gedanke ventiliert, die Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit nicht mehr von dem behandelnden Arzte, sondern von Vertrauensärzten oder von paritätischen Kommissionen ausstellen zu lassen. Der behandelnde Arzt soll nur wie bei den sog. „Sachleistungen" einen entsprechenden Antrag stellen. Die Aerzte würden sicherlich sehr froh sein, wenn sie das Odium der Krankengeldanweisungen losbekämen. Ein hoher Krankenstand ist stets eine Quelle schwerster Vorwürfe gegenüber den Aerzten.

III. Arztsystem.

Ueber das Arztsystem brauche ich vor Ihnen nicht viel Ausführungen zu machen. Die deutsche Aerzteschaft hält nicht allein in ihrem eigenen Interesse, sondern vor allem im Interesse der Kranken an dem System der Freien Arztwahl fest bei allen Krankenkassen unter Berücksichtigung der Bedarfsdekkung. Es erübrigt sich heute, auch über die von uns geforderte Planwirtschaft weitere Ausführungen zu machen. Es muß nur immer wieder betont werden,

wie außerordentlich schwierig und ungerecht die heute geltenden Zulassungsbestimmungen sind.

Zu diesem Kapitel gehört auch die Frage der Selbstdisziplin der Aerzte, die durch die merkwürdige Einstellung der Kassenvertreter und der Schiedsinstanzen fast völlig sabotiert wird. Ich verweise hier nur auf das in der heutigen Nummer des „Bayerischen Aerztlichen Correspondenzblattes" stehende Exposé des Reichschiedsamtes, das uns einfach unbegreiflich ist. Auch aus diesem Grunde müssen wir das Selbstverwaltungsrecht der Aerzte, in dem natürlich auch die Selbstdisziplin eingeschlossen ist, immer dringender verlangen. Wir müssen los von der behördlichen Bevormundung! —

Ob große oder kleine Krankenkassen und verschiedene Arten von Kassen bestehen sollen, ist leider eine politische Streitfrage geworden. Wir Aerzte können aus unserer Erfahrung heraus rein objektiv nur feststellen, daß bei kleineren Kassen eine bessere Uebersicht über den Krankenstand und ein besserer Kontakt mit den Mitgliedern besteht. Zwergkassen sind natürlich unzweckmäßig.

Auch die verschiedenen Kassenarten haben sich bewährt. Es müßte nur noch den Versicherten freie Kassenwahl gewährt werden, um auch unter den einzelnen Kassen einen gewissen Wettbewerb eintreten zu lassen, der sicherlich nichts schaden und nur der Sache und den Versicherten zugute käme.

Das sind in großen Zügen die Forderungen der Aerzte, die ja schon vielfach in Denkschriften an die Regierungen, in der Presse usw. niedergelegt wurden.

Auf die Umgestaltung der Organisation der Versicherungsträger selbst wollen wir heute nicht eingehen, obgleich wir Aerzte auch dazu viel zu sagen hätten. Nur eines wollen wir aus unserer Erfahrung heraus betonen, daß eine Zusammenlegung der Versicherungszweige, insbesondere der Kranken- und Invalidenversicherung, sehr zweckmäßig wäre und eine wesentliche Kostenersparnis bringen würde. Ich will dabei nur auf die vielen Prozesse hinweisen, die die einzelnen Versicherungsträger nur wegen der Zuständigkeitsfrage untereinander zu führen haben. In der Unfallversicherung führen die Berufsgenossenschaften sogar unter sich das ganze Jahr Prozesse über die Zuständigkeitsfrage.

Wieviel Zeit, Geld und Mühe könnte erspart werden, wenn eine gewisse Zusammenlegung oder zum mindesten eine organisatorische Verbindung zwischen den einzelnen Versicherungszweigen gemacht würde!

All' diese Erfahrungen machen wir Aerzte täglich und begreifen nicht, warum nicht schon längst eine gründliche Reform der RVO. gemacht wurde. Sicherlich könnten die Aerzte auf Grund ihrer jahrzehntelangen Erfahrung wertvolle Ratschläge geben, wie es wiederholt geschehen ist. —

Der springende Punkt für uns Aerzte bei einer kommenden Reform der RVO. ist aber der: der Arzt muß eine ganz andere Stellung innerhalb der Krankenversicherung erhalten. Es hat sich gezeigt, daß der ständige Streit zwischen Kassen und Aerzten nicht bedingt ist durch die Personen als solche, sondern eben durch eine falsche Konstruktion des Gesetzes, einfach dadurch, daß man den Sachverständigen und den Ausführenden, d. i. den Aerzten, innerhalb der Organisation der Krankenversicherung eine falsche Stellung angewiesen hat. Man hat sie als Angestellte oder als „Lieferanten" betrachtet und behandelt. Das ist ein psychologischer Fehler, der sich schwer gerächt hat. Die Aerzteschaft muß in allen ärztlichen Belangen das Primat erhalten! Der moderne Gedanke der Selbstverwaltung, auf den gerade die Krankenkassen so stolz sind, muß erst recht bei denen durchgeführt werden, die unentbehrliche Leistungen vollbringen, und die dazu noch infolge ihres Bildungsgrades geeignet sind. Es scheint mir der „Konstruktionsfehler" ein psychologischer Fehler zu sein. Der Deutsche ist anerkannt groß in der Behandlung und Beherrschung des Materials und der Materie, nicht aber der Menschen. Das hat sich vor allem bei der Arbeiterfrage gezeigt, wo wiederum England mit seiner größeren Menschendiplomatie führend geworden ist. Der „Konstruktionsfehler" ist durch den deutschen Charakter bedingt. Sobald in Deutschland eine Sache eine amtliche Note erhält, wird der Deutsche offiziell, theoretisch, kleinlich, er bleibt am Buchstaben hängen und sieht nicht die Zusammenhänge. Für ihn wird dann der Mensch selbst nur eine Nummer, die wie ein Sachbegriff behandelt wird. Sofort wird alles in Paragraphen verarbeitet nach dem bekannten Schema F. Dabei ist gerade der deutsche Mensch der individuellste unter allen anderen, während z. B. in England durch die Sitte ein Mensch dem anderen gleicht. Gerade der individuelle Charakter des Deutschen verträgt nicht eine falsche Einordnung, verträgt nicht eine Schema-F-Behandlung, er muß innerhalb eines gegebenen Rahmens frei sich entfalten können. Dies trifft in erster Linie beim ärztlichen Berufe zu, der es ja wiederum selbst mit Menschen zu tun hat, die ganz verschieden sind. Es ist ein großer Fehler, daß bei uns die Form mehr gewertet wird, als der Inhalt, das formal-juristische mehr als die sachverständige Tätigkeit. Man regelt alles vom grünen Tisch aus bis in die kleinsten Details und kompliziert dadurch die Sache. Das Leben aber ergießt sich wie ein Strom über alle kleinen Hemmungen hinweg, es regelt sich schließlich von selbst. Die Quellen des Lebens lassen sich nicht verstopfen. Auf der anderen Seite ist der deutsche Charakter zu schwerfällig, zu ernst, zu traditionell, zu konservativ, um eine Gesetzgebung, die so viele Schattenseiten aufweist wie die Krankenversicherung, großzügig zu reformieren; er macht lieber eine Flickarbeit um die andere bis zur Unkenntlichkeit des ganzen Werkes. Es trifft auf ihn so recht das Wort Goethes zu: „Es erben sich Gesetz und Rechte wie eine ew'ge Krankheit fort".

Wir sprachen von dem psychologischen Fehler der Gesetzgebung, von der falschen Behandlung der Aerzte und der daraus resultierenden gegnerischen Einstellung der Aerzte. Es genügt nicht, um eines Menschen ganze Arbeitskraft für eine Sache zu gewinnen, ihn ganz in den Dienst der Sache zu stellen. Eine gesetzliche Regelung vermag zwar eine gewisse zweckmäßige Leitung und Arbeitsteilung herbeizuführen, wie auch schon Taylor sie wollte, die Arbeitsleistung selbst aber wird erst dann ergiebig und fruchtbar, wenn sie nicht im hemmenden Bewußtsein des Zwanges, sondern mit einer gewissen Freude und inneren Befriedigung verrichtet wird. Nur die Arbeitsfreudigkeit kann ein Gefühl eigentlichen Verbundenseins mit der Sache erzeugen. Das ist aber die wesentlichste Voraussetzung eines sich vollziehenden Ausgleiches zwischen Krankenkassen und Aerzten. Dadurch stellt sich auch der richtige Rhythmus der Arbeit ein, ohne den keine Arbeit produktiv ist. Es sind also geistige Werte, die durch die Selbstverwaltung und die dadurch gegebene Mitverantwortung zur Entfaltung gelangen sollen. Es sind Werte, welche die Gesinnung des Einzelnen stark beeinflussen können; sicherlich keine törichte Ideologie echt deutscher Art. Der Gedanke baut sich auf sehr realer Grundlage auf. Es ist doch eine alte Tatsache, daß man Menschen nur dann für eine Sache gewinnt, wenn man sie mitverantwortlich macht, ihnen eine bestimmte Aufgabe zuweist, die sie

selbständig unter ihrer eigenen Verantwortung zu erledigen haben. —

Die idealste Lösung wäre sicherlich die, daß alle ärztlichen Belange und die gesamte Führung in der Gesundheitsfürsorge in einem eigenen Gesundheitsministerium mit einem Arzt an der Spitze resortieren würde.

Man muß entschieden Stellung nehmen gegen zwei gefährliche Ansichten des verflossenen Herrn Reichsarbeitsministers Dr. Brauns, der aussprach, daß die Zeit gekommen zu sein scheint, die Verwaltung der gesamten Sozialversicherung den Arbeitnehmern allein zu überantworten und die geistige und technische Führung in der Gesundheitsfürsorge den Versicherungsträgern zu geben. Es ist erstaunlich, daß der Herr Minister dabei die Aerzte ganz ausschalten will, statt sich die Frage vorzulegen, ob es denn nicht selbstverständlich erscheint, alle Fragen der Krankenbehandlung und der Gesundheitsfürsorge dem dazu bestimmten Berufe zu übertragen. Mir scheint, daß der Herr Minister allzusehr in parteipolitischen und parlamentarischen Gedankengängen verstrickt ist, so daß er diese wichtigen Fragen nur von diesem Standpunkt aus betrachtet. Dagegen muß man mit Bismarcks bitteren Worten entgegnen: „Den Parteigeist klage ich an!"

Bedauerlicherweise hat bei uns in Deutschland in dieser Frage Platz gegriffen: eine grundsätzliche Bekämpfung des Aerztestandes seitens der parteipolitisch eingestellten Kassenbürokratie und der Wunsch, den Arzt zum Kassenbeamten herabzudrücken. Man sollte doch meinen, daß das höhere Interesse verlangen würde, daß bei einer so wichtigen Frage der Volksgesundheit und der Krankenversicherung jegliche Partei- und Interessenpolitik ausgeschaltet sein würde, d. h. jede unsachliche und fremde Einmischung; und daß diese wieder vertrauensvoll in die Hände derer gelegt wird, welche stets bewiesen haben, trotz Anfeindung, daß sie fähig sind, nicht nur Opfer zu bringen, sondern auch das anvertraute Gut zu pflegen und zu verwalten. Wenn von Kassenseite immer wieder darauf hingewiesen wird, daß der Kassenarzt über die hauptsächlichsten Ausgaben der Krankenkassen verfügt, dann liegt doch der Gedanke nahe, denselben dafür verantwortlich zu machen, ihn nicht nur als Handlanger zu benützen, sondern ihm die Führung in diesen Dingen anzuvertrauen. Mit Recht rügt Kaff (Wien) die Unterlassungssünde des Staates, „daß der Arzt in der Gesetzgebung sowohl wie in der staatlichen und kommunalen Verwaltung zu einer untergeordneten Rolle verurteilt ist, daß die Medizin das Aschenbrödel des Staates auch dann ist, wenn sie wie die Technik, wie die Jurisprudenz und Nationalökonomie zur Erfüllung staatlicher Aufgaben von höchster Wichtigkeit berufen erscheint, und wenn diese Aufgaben vorwiegend medizinischer Natur sind". Es muß bei der zukünftigen Gestaltung der Gesetzgebung der von Anbéginn an gemachte Fehler wieder gut gemacht und dem Arzte ein größerer Einfluß bei allen legislatorischen und administrativen Maßnahmen sozialpolitscher Natur eingeräumt werden, da er als unabhängiger und sachverständiger Faktor geeignet ist, im Sinne und Geiste der sozialen Gesetzgebung dem toten Buchstaben des Gesetzes Leben zu verleihen und den sozialen Gedanken in die Tat umzusetzen.

Warnt vor dem Medizinstudium!

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

Einkommensteuerpflicht der Beiträge zur Bayerischen Aerzteversorgung.

Bekanntlich dürfen die nach § 17 Absatz 2 des Einkommensteuergesetzes im Absatz 1 Nr. 1—4 bezeichneten Sonderleistungen den Betrag von RM. 600.— bzw. RM. 850.— nicht überschreiten. Zu diesen Sonderleistungen werden auch die Beiträge zur Aerzteversorgung gerechnet, selbst wenn diese eine viel höhere Summe betragen. Das scheint den Herren Kollegen und uns ungerecht. Wir haben daher eine Eingabe an das Finanzamt Nürnberg gemacht, die etwa folgenden Wortlaut hatte: „Bei Festsetzung des Einkommens der Aerzte werden die Summen, welche an die Bayerische Versicherungskammer für die Aerzteversorgung abgeführt werden, also 7 v. H. des Reineinkommens, mit versteuert. Wir haben bisher den Aerzten in dem Sinn Auskunft gegeben, nachdem wir bei einer persönlichen oder fernmündlichen Besprechung mit dem Herrn Referenten des Finanzamtes zu dieser Ansicht gekommen waren. Einwände aus Aerztekreisen und eigene Ueberlegung haben es uns aber zweifelhaft erscheinen lassen, ob die Besteuerung der Beiträge für die Aerzteversorgung gerecht ist. Die Bayerische Aerzteversorgung ist eine Zwangsversicherung; selbst diejenigen Aerzte, welche aus irgendwelchen Gründen die Versicherung nicht wünschen, sind gezwungen, Beiträge zur Aerzteversorgung zu bezahlen. Diese Beiträge sind doch wohl kaum als Vermögen oder als Einkommen zu betrachten. In einer nicht kleinen Anzahl von Fällen wird voraussichtlich der Arzt keinerlei Genuß von den eingezahlten Beiträgen haben, z. B. wenn er ledig ist, oder wenn ein Arzt selbst in den Sielen stirbt und wenn die Ehefrau vor dem Arzt stirbt und die Kinder großjährig sind, und ähnliche Fälle. Oder es kommen Fälle vor, bei denen der Arzt bzw. Frau und Kinder nur einen ganz geringen Genuß von den eingezahlten Beiträgen haben. Wir glauben, daß diese Beiträge, welche, wie gesagt, Zwangsbeiträge sind, zu vergleichen sind mit den Beiträgen der Beamten: Die Beamten des Reiches, der Länder und der Gemeinden erhalten eben ihren Gehalt nach Abzug der Beiträge zur Versorgung, versteuern aber nur die Summe, welche sie wirklich erhalten. Wir glauben, daß mit demselben Recht auch der Arzt nur die Summe als Einkommen versteuern müßte, welche er tatsächlich einnimmt bzw. von der er tatsächlich nach Belieben Gebrauch machen kann. Wir bitten, die Angelegenheit noch einmal prüfen und eventuell der prinzipiellen Wichtigkeit halber dem Landesfinanzamt bzw. Reichsfinanzhof vorlegen zu wollen." Auf diese Eingabe erhielten wir folgende Antwort:

„Auf Ihre Zuschrift vom 3. d. M. gestatte ich mir, nachstehend Auszug aus den Gründen des Urteils des Reichsfinanzhofes vom 29. Februar 1928 VI A 880/27, welches die Frage der Abzugsfähigkeit der Beiträge der bayerischen Aerzte zu deren Versorgungskasse nach der Satzung vom 7. Mai 1927 betrifft, zur gef. Kenntnis zu bringen:

„Streit besteht hiernach über die Höhe der abzugsfähigen Sonderleistungen. Als solche hat der Beschwerdeführer den von ihm in Höhe von RM. 1200.— gezahlten Beitrag zur Versorgungskasse der bayerischen Aerzte geltend gemacht. Das Finanzamt hat den Abzug nicht anerkannt, da nach § 17 Absatz 2 des Einkommensteuergesetzes die im Absatz 1 Nr. 1—4 bezeichneten Sonderleistungen den Betrag von RM. 480.— nicht übersteigen dürfen. In der Berufung beantragt Beschwerdeführer unter Bezugnahme auf § 112 Absatz 1 b des Einkommensteuergesetzes die Erhöhung des Betrages für die Sonderleistungen auf RM. 1200.—, da in dieser Höhe der Beitrag zur ärztlichen Versorgungskasse entrichtet

worden sei. Das Finanzgericht gab insoweit der Berufung statt. In der Begründung der Entscheidung ist im wesentlichen ausgeführt, daß die Gründe, die zur Aufnahme des § 112 des Einkommensteuergesetzes geführt haben, in gleicher Weise auch für Beiträge zu der in Betracht kommenden ärztlichen Versorgungskasse vorliegen. Auch die vorläufige Vollzugsanweisung zum Einkommensteuergesetz lasse die Anwendung des § 112 des Einkommensteuergesetzes auf die im § 17 Absatz 1 Nr. 1—3 bezeichneten Aufwendungen zu. (Vollzugsanweisung Bemerkungen Ziff. 2 zu § 112 des Einkommensteuergesetzes.)

Die Rechtsbeschwerde des Finanzamtes ist begründet. Die im § 112 des Einkommensteuergesetzes vorgesehene Erhöhung des nach § 17 Absatz 2 zum Abzug zugelassenen Betrags von RM. 480.— ist für Versicherungsprämien und Spareinlagen, zu denen sich der Steuerpflichtige in den Jahren 1923—1926 verpflichtet hat, vorgesehen. Dem Wortlaut nach beschränkt sich somit die Vergünstigung lediglich auf die im § 17 Absatz 1 Nr. 3 genannten Aufwendungen. Weitere Voraussetzung ist, daß eine vertragliche Verpflichtung zur Zahlung der Versicherungsprämien und Spareinlagen vorliegen muß. Beide Voraussetzungen fehlen aber im vorliegenden Falle. Es handelt sich bei den Einzahlungen zur ärztlichen Versorgungskasse weder um Versicherungsprämien oder Spareinlagen im Sinne des § 17 Absatz 1 Nr. 3 des Einkommensteuergesetzes, noch um auf Grund freier Vereinbarung gezahlter Beträge. Denn nach der Satzung der Bayerischen Aerzteversorgung vom 7. Mai 1927 besteht für die bayerischen Aerzte die Zwangsmitgliedschaft. Bei dem klaren Tatbestande des Gesetzes ist es unzulässig, die Steuerbegünstigung des § 112 des Einkommensteuergesetzes auch auf die Fälle des § 17 Absatz 1 Nr. 1 und 2 des Einkommensteuergesetzes deswegen auszudehnen, weil sie etwa dem Billigkeitsempfinden entspricht. Eine solche Ausdehnung würde gesetzwidrig sein und sich auch nicht durch die Vorschrift des § 4 der Reichsabgabenordnung, wonach bei Auslegung der Steuergesetze ihr Zweck, ihre wirtschaftliche Bedeutung und die Entwicklung der Verhältnisse zu berücksichtigen ist, rechtfertigen lassen. Insoweit kann der Bemerkung 2 zu § 112 der Vollzugsanweisung zum Einkommensteuergesetz nicht beigetreten werden.

Für den späteren Erwerb der aus der Zwangsversicherung entstehenden Ansprüche auf die Leistungen der Versorgungskasse sind auch Abzüge unter dem Gesichtspunkte der Werbungskosten (§ 15 Nr. 1 und § 16 des Einkommensteuergesetzes) nicht zulässig, da es nach der Verkehrsanschauung die gesamte Lebenshaltung, d. h. die Bestreitung des Haushalts und der Unterhalt der Familienangehörigen mit sich bringt, daß jemand sich Ruhegeld, Alters- und Hinterbliebenenrente sowie Sterbegeld sichert.

Nach § 18 Absatz 1 Nr. 2 sind aber solche Ausgaben, die sich als eine Verwendung von Einkommen darstellen, nicht abzugsfähig.'

Hiernach können diese Beiträge nicht als Werbungskosten und nur im Rahmen des § 17 Absatz 2 des Einkommensteuergesetzes zugelassen werden.

Bemerkt wird, daß nach dem Gesetze zur Aenderung des Einkommensteuergesetzes vom 22. Dezember 1927 (RGBl. I, S. 485) im § 17 Absatz 2 die Worte ‚480 Reichsmark' durch die Worte ‚600 Reichsmark' und die Worte ‚100 Reichsmark' durch die Worte ‚250 Reichsmark' ersetzt sind."

Unser Gesuch wurde also abschlägig beschieden.

Steinheimer.

Die Durchführung des Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.

Von Sanitätsrat Dr. Jul. Raff, Hautarzt in Augsburg.

Bemerkungen zu dem gleichnamigen Artikel von S.-R. Dr. Neger in Nr. 38 d. Bl.

Herr Kollege Neger hat sich meines Erachtens ein Verdienst erworben, daß er bei der Besprechung der Durchführung des Gesetzes auch die materielle Seite hervorgehoben hat. Er schreibt: „Zunächst hat die materiellen Opfer der Kranke zu tragen, solange er nicht geheilt ist." Und weiter: „Sicher werden auch die Aerzte in der Genugtuung darüber, daß sie allein (und keine Kurpfuscher) behandeln dürfen, sich ethisch verpflichtet fühlen, an der Durchführung des Gesetzes mitzuarbeiten und gewisse Opfer zu bringen, beim nicht zahlungsfähigen Privatkranken durch Verzicht, beim Kassenkranken in Form von gestrichenen oder nicht verrechneten Leistungen." (Ich zitiere der Kürze halber nicht wörtlich.)

Während ich die Richtigkeit dieser Darlegungen beim Kassenkranken — wohl oder übel — anerkennen muß, kann ich das bezüglich der Privatpatienten nicht tun. Daß der Arzt beim nicht zahlungsfähigen Patienten auf sein Honorar verzichten soll, weil das Gesetz vom Patienten verlangt, daß er den Arzt und nicht den Heilkundigen aufsucht, das kann man wirklich nicht verlangen. Denn das Gesetz bringt dem Arzt noch mehr Arbeit, besonders Schreibwerk (Ausfüllung der Merkblätter, der Mahnzettel, der Anzeigen an die Gesundheitsbehörde usw.). Wenn festgestellt ist, daß der Patient nicht bezahlen kann, sollte der Arzt irgendwie entschädigt werden. Es dürfte nicht vorkommen, daß der Arzt, der seine Pflicht erfüllt getreu dem Gesetz (und die Erfüllung ist oft nicht leicht), vom Patienten um sein Honorar betrogen wird. Dagegen sollte das Gesetz einen Schutz bieten, und ich glaubte beim Lesen der bayerischen Ausführungsbestimmungen auch, daß dies der Fall sei. Es heißt dort nämlich in § 2 (ich zitiere auch hier nicht wörtlich): „Ist der Kranke hilfsbedürftig, so haben die öffentlichen Fürsorgeverbände dafür aufzukommen. Die Prüfung der wirtschaftlichen Hilfsbedürftigkeit soll ohne Engherzigkeit erfolgen; namentlich soll keine Zurückzahlung aus dem Arbeitslohn verlangt werden. Das Ministerium des Innern hat auf Antrag Zuschüsse zu gewähren usw."

Ich habe gefunden, daß, wenn man einen Geschlechtskranken behandelt, der nicht in einer Krankenkasse ist oder dessen Krankenhilfezeit (26 Wochen) abgelaufen ist, man mit der Bezahlung stets Schwierigkeiten bekommt. Rühmliche Ausnahmen sind zu verzeichnen: Eine hiesige Krankenkasse hat mir schon wiederholt die Behandlung erlaubt, nachdem 26 Wochen schon verstrichen waren.

Im allgemeinen scheint es mir nicht, als ob der erwähnte Paragraph der bayerischen Ausführungsbestimmungen bekannt wäre; wenigstens wird er nicht durchgeführt. Da er aber einmal existiert, so wollen wir auch, daß seine Bestimmungen erfüllt werden. Von einem „Verzicht" wollen wir lieber absehen; er stärkt gerade nicht die Liebe zum Gesetz, das, wie gesagt, nicht nur neue Rechte, sondern auch Pflichten bringt.

Herr Kollege Neger meint weiter, die Krankenkassen würden durch das neue Gesetz schwerer belastet als früher. Das vermag ich nicht zu glauben; auch früher machte man schon Einspritzungen, untersuchte auf Gonokokken usw. Das hat doch nicht zugenommen! Und wenn Herr Neger schreibt: „Für Vorbeugung der Krankheiten hätte die Kasse nicht zu sorgen", was meint er damit? Etwa die chronisch intermittierende Behandlung bei Lues? Die machte man früher auch schon, wenn man von ihrer Nützlichkeit überzeugt war.

Herr Neger meint weiter, die Kassen sollten die Mehrbelastung einmal rechnerisch festlegen. Ich habe bei der Ortskrankenkasse Augsburg-Stadt (30000 Mitglieder) angefragt und die Auskunft erhalten, daß eine Mehrbelastung durch das neue Gesetz nicht eingetreten sei. Ja, ich gehe noch weiter und sage, daß es bei den Krankenkassen weniger Geschlechtskrankheiten gibt als früher. Daran ist allerdings — wenigstens vorläufig — das Gesetz nicht schuld, sondern der enorme Rückgang der Lues. Das ist Herrn Neger auch bekannt, er hat es aber bei seinen Betrachtungen nicht in Erwägung gezogen.

Dagegen bin ich wieder ganz der Ansicht des Herrn Neger, daß durch das Gesetz die Abnahme der Geschlechtskrankheiten sich eines Tages fühlbar machen wird.

Vertrauensarzt und Krankenstand.

Von Dr. Walter Stromeyer, München.

Vor einigen Wochen wurde gemeinsam vom Verein für freie Arztwahl und den Münchener Ortskrankenkassen ein Zirkular versandt; es ermahnte zur größten Zurückhaltung in der Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit bei Kassenangehörigen; auf Grund der vertrauensärztlichen Untersuchung sollten ein außerordentlich hoher Prozentsatz der krank geschriebenen Patienten erwerbsfähig sein. Da solche, sagen wir einmal Meinungsverschiedenheiten zwischen den behandelnden und Vertrauensärzten das Ansehen des Aerztestandes schwer in den Augen der Patienten, wie vor allem der Kassen beeinträchtigen, verlohnt es sich, darauf näher einzugehen.

Im folgenden sollen alle diejenigen Patienten außer acht bleiben, bei denen dem behandelnden oder nachuntersuchenden Arzt irgendein Fehler oder Irrtum unterlief. Besprochen mögen nur die Grenzfälle werden (die meines Erachtens den größten Teil ausmachen), wo die zwei ärztlichen Standpunkte kollidieren, um so womöglich diese im Interesse der Aerzteschaft außerordentlich unerwünschten Differenzen zu beseitigen.

Meines Erachtens handelt es sich dabei vor allem um die Auslegung des Ausdrucks „objektiv arbeitsunfähig" bzw. die Auswertung des Subjektiven.

Objektive Symptome wären eigentlich nur solche, die ohne Aeußerungen eines Subjektes zu erhalten wären. Gewiß, ein amputierter Arm, eine Nephritis ist objektiv zu beurteilen. Aber mit dem Gros der internen und zumal Nervenerkrankungen steht es anders. Sind nicht häufig die subjektiven Symptome die kardinalen? Und weiter, wer will aus der Schwere des objektiven Befundes auf die Fähigkeit zum Arbeiten mit Sicherheit schließen? Wer will den Zeitpunkt des Wiedereintretens der Arbeitsfähigkeit bei einer Depression, bei rein psychogenen Beschwerden, bei abklingender Neuritis, einer Neuralgie, dem Heer der rheumatischen Krankheiten sicher objektiv feststellen? Ich erinnere mich aus meiner Tätigkeit in einem Versorgungslazarett an die außerordentlich schweren Entscheidungen, wo bei völlig gleichem Befund die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch die Aerzte bis zu 100 Proz. schwankte. Was heißt überhaupt arbeitsfähig? Doch wohl nur, daß man mit Berücksichtigung aller Faktoren es billigerweise von einem Menschen verlangen darf, daß er seine bisherige Arbeit verrichtet. Dieses „billigerweise" schließt aber auch die subjektiven Momente ein; die verschiedene Sensibilität spielt eine große, ja entscheidende Rolle; was für den einen eine kleine Unannehmlichkeit ist, ist für den anderen eine Quälerei, die ihm „billigerweise" eben nicht zugemutet werden kann.

Oft ermöglicht die Kenntnis der häuslichen Verhältnisse der Patienten erst die richtige Beurteilung ihrer Erwerbsfähigkeit. Gerade bei der Aggravation, und um eine solche würde es sich in 90 Proz. der fraglichen Fälle handeln, muß man den Arbeitswillen kennen. Einem Familienvater, den ich etwa wegen eines blutenden Ulkus zur Aufgabe seiner Beschäftigung erst überreden mußte, werde ich eben seine Schmerzen auch bei objektiver Besserung glauben; wir wollen uns doch nicht einbilden, daß wir für alle Leiden einen objektiven Maßstab haben. Daß dem nicht so ist, haben wir alle an uns selbst erlebt und das sollte uns zur Vorsicht mahnen.

Ich erinnere mich an meine eigene, nicht psychogene, halbjährige Arbeitsunfähigkeit, ohne daß die allerersten Internisten eine adäquate Ursache feststellen konnten, ferner an einen sehr robusten Chirurgen, dem nach Abklingen eines leichten Herpes zoster ein Vierteljahr stärkste Schmerzen ohne jeden Befund nur stundenweise Arbeit erlaubten.

Würden wir Aerzte bei uns selbst auf einen objektiven Befund warten, so käme kaum einer von uns zu seiner gewiß nötigen Erholung.

Also, wollen wir nicht dem Menschen Gewalt und Unrecht antun, so dürfen wir uns auf das Objektive nicht zu sehr versteifen; ist aber die Beurteilung aus dem Bereich des streng Objektiven herausgehoben, so hat der behandelnde Arzt vor dem Vertrauensarzt einen enormen Vorsprung. Er kennt meist den ungeschminkten Charakter und damit den Arbeitswillen des Patienten, ebenso wie dessen häusliche Verhältnisse. Daß die Kenntnis dieser Faktoren zur Beurteilung auch von anderer Seite als nötig erachtet wurde, geht aus einem neuerlichen Vorschlag hervor, der durch die Krankenkontrolle dem Vertrauensarzt die nötigen Daten übermitteln möchte, ein Vorschlag, der nebenbei bemerkt deshalb vielleicht nicht zweckmäßig erscheint, weil ein Beamter der Kasse von ihr zu abhängig, vielleicht auch allerhand Einflüsterungen von seiten der Patienten zugänglich und kostspielig wäre, vor allem aber medizinisch und in der Wertung psychologischer Faktoren dem Vertrauensarzt doch nur laienhafte Nachrichten zu geben vermöchte.

Die angedeuteten Schwierigkeiten für das vertrauensärztliche Urteil finden sich auch bei den Urteilen der Kliniken wieder; nur kommt noch hinzu, daß dort oft die Grundlagen für die Entscheidungen in den Händen jüngerer Assistenten liegen (mag auch der Oberarzt überprüfen und unterzeichnen), die ihre wissenschaftliche Autorität doch dem zufälligen Aufenthalt in einer Klinik verdanken und sich oft mit dem behandelnden Arzt an Erfahrung nicht messen können.

Nun gibt es aber noch zwei Gruppen von Patienten, die in anderer Weise ein Crux darstellen, weil ihnen gegenüber sich der behandelnde Arzt in einer Zwangslage befindet. Erstlich sind es diejenigen, oft wohl organ-neurotischen oder psychogen überlagerten Fälle, bei denen nur der Patient von seinem guten Recht und seiner Erwerbsunfähigkeit voll überzeugt ist. Wer je Psychotherapie betrieben hat, und jeder Arzt ist heute dazu verpflichtet, weiß, wie Erörterungen über die Arbeitsunfähigkeit (entsprechend der Honorarfrage bei den Privatpatienten) deletär für diese Heilmethode werden können, weil der Patient das Vertrauen zur ärztlich selbstlosen Hilfe verliert; deshalb umgeht der behandelnde Arzt derartige Auseinandersetzungen gerne, sobald er auf überzeugten und entschlossenen Widerstand trifft.

In einer zweiten Gruppe soll das Krankschreiben vom Standpunkt der Kasse aus vermieden werden. Es handelt sich dabei um diejenigen Patienten, die dem Arzt, oft schon beim Betreten des Sprechzimmers, mitteilen, daß sie, falls er sie wegen dem oder jenem

Leiden nicht krank schriebe, sofort einen anderen Arzt aufsuchten. Das tun sie gewiß auch, finden sicherlich mit der Zeit auch einen solchen Kollegen, zumal die Kunst des Simulierens mit jeder Konsultation wächst. Dieser letzten Gruppe gegenüber kann man die Kasse nur dadurch schützen, daß man die Patienten durch Krankschreiben zunächst fixiert und sie baldmöglichst der vertrauensärztlichen Untersuchung zuführt. Diesem Umstande trägt auch das Kassenformular Rechnung. „Subjektiv" soll solch ein Patient krankgeschrieben werden. Aber wem es einmal passiert ist, daß ein Patient durch eigene Klugheit oder durch einen Kassenschalterbeamten belehrt, den Vermerk des Arztes durchschaut hat, der wird nie wieder von dem „subjektiv" Gebrauch machen. Außerdem bietet das Kassenformular nicht die Möglichkeit, die meist erst während der Behandlung sich herausstellende „Subjektivität" zu verhindern, wenn z. B. ein Patient sich acht Tage der ärztlichen Kontrolle entzieht.

Was für ein Mittel gibt es nun, um diesen Mißständen abzuhelfen?

1. Es müßte die Möglichkeit einer streng vertraulichen Mitteilung an die Vertrauensärzte, nicht die Kassenbeamten (!) zur Vorladung zur Nachuntersuchung geben. Entsprechende Formulare wären dem Arzte natürlich kostenlos und frankiert zuzustellen. Diese Zuschrift, dieses Einverständnis des behandelnden Arztes zum Abschreiben, würde, glaube ich, den Prozentsatz der beanstandeten Krankheitsbescheinigungen wesentlich verringern, vor allem weil er die professionellen Krankengeldjäger träfe.

2. Wichtiger aber wäre ein anderes, und zwar die Steigerung des gegenseitigen Vertrauens und Konnexes zwischen Vertrauensarzt und behandelnden Arzt. Zum behandelnden Arzt insofern, als seinem Urteil medizinisch und menschlich psychologisch mehr zugetraut würde, zumal es ihm aus den oben genannten Gründen wesentlich besser gelingen dürfte, Simulation und subjektive Beschwerden zu unterscheiden.

Als Gegengabe würde der behandelnde Arzt die gewiß nicht leichte vertrauensärztliche Tätigkeit dadurch wesentlich unterstützen, daß er ihm nötige Daten aus der Vorgeschichte (ich habe das in den meisten Fällen, in denen ich zeitig genug von der Vorladung unterrichtet wurde, versucht) und vor allem seine Erfahrungen bezüglich der Vertrauenswürdigkeit, Aggravationsverdacht usw. erschlöße. Vielleicht ließe sich der Konnex so weit ausgestalten, daß dem behandelnden Arzt jeweils die Möglichkeit der Rückäußerung dadurch gegeben würde, daß die Vorladungskarte unterschrieben werden müßte. All das hat natürlich von beiden Seiten vollendet kollegiales, taktvolles Verhalten zur Voraussetzung, soll nicht aus einem Verständigungsversuch eine Quelle der Reibungen entstehen. Unter dieser eigentlich selbstverständlichen Annahme wird es aber wohl möglich sein, eine starke Beeinträchtigung des ärztlichen Ansehens bei Patient und Kasse, und vor allem auch die Spannung, wie sie leider zwischen Aerztekommissionen und Aerzten verhängnisvollerweise nicht selten auftritt, zu vermeiden.

Deshalb dürfte sich für uns Aerzte diese kleine Mehrarbeit auch rentieren. Sie könnte sich ja auch auf die vorhin besprochenen Fälle und ganz kurzen Vermerke, vor allem bezüglich des Arbeitswillens, beschränken, die dann der Vertrauensarzt auch entsprechend würdigen sollte und die ihm, eben wegen der Mitwirkung des behandelnden Arztes, auch das ihm sicher unerfreuliche Odium ersparten, die Aerzteschaft statt der Patienten zu überwachen.

Zusammenfassung: Da eine rein objektive vertrauensärztliche Untersuchung nicht möglich ist, bedarf sie der Ergänzung vor allem bezüglich des Arbeitswillens usw.

Diese Ergänzung kann nur der behandelnde Arzt geben (kein Laienbeamter der Kasse). Deshalb sollten diese zur Erleichterung der vertrauensärztlichen Untersuchung mitwirken, evtl. durch Provokation derselben. Erhofft wird eine Vertiefung des Zusammengehörigkeitsgefühls in der Aerzteschaft.

Bekanntmachung.

Der Zulassungsausschuß für den Bezirk des Städtischen Versicherungsamts **Nürnberg** hat in seiner Sitzung vom 5. Oktober 1928 beschlossen, den Facharzt für Chirurgie Dr. Otto Toennießen in Nürnberg, Sandstraße 24, innerhalb der Normalzahl mit sofortiger Wirkung als Kassenarzt zuzulassen.

Die Gesuche der anderen um Zulassung zur Kassenpraxis in Nürnberg sich bewerbenden und in das Arztregister eingetragenen Aerzte mußten, obwohl die allgemeinen, für die Zulassung geltenden Voraussetzungen erfüllt waren, abgelehnt werden, da nur eine Stelle zu besetzen war und Herr Dr. Toennießen nach den für die Auswahl der zuzulassenden Aerzte gemäß § 5 der Zulassungsgrundsätze („Bayer. Staatsanzeiger" 1925, Nr. 293) geltenden besonderen Bestimmungen aus der Zahl der vorliegenden Anträge zunächst zuzulassen war.

Gemäß § 8 Abs. VIII Satz 2 der Zulassungsbestimmungen wird dies mit dem Bemerken bekanntgemacht, daß den beteiligten Krankenkassen und den hiernach nicht zugelassenen Aerzten gegen diesen Beschluß das Recht der Berufung zum Schiedsamt zusteht. Die Berufung der nicht zugelassenen Aerzte kann sich jedoch nicht gegen die Zulassung des Herrn Dr. Toennießen, sondern nur gegen die eigene Nichtzulassung wenden; aufschiebende Wirkung hinsichtlich der Ausübung der Kassenpraxis durch den zugelassenen Arzt kommt ihr daher nicht zu.

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

Eine etwaige Berufung ist gemäß § 9 der Zulassungsbestimmungen und § 128 der Reichsversicherungsordnung binnen 14 Tagen nach Ausgabe der vorliegen-

den Nummer des „Bayer. Aerztl. Correspondenzblattes" schriftlich oder mündlich beim Schiedsamt beim Bayer. Oberversicherungsamt Nürnberg, Weintraubengasse 1, einzulegen.

Nürnberg, den 8. Oktober 1928.

Städtisches Versicherungsamt Nürnberg.
I. V.: Berghofer.

Hauptvertretertag des Reichsverbandes angestellter Aerzte e. V.

Am 7. Oktober 1928 fand in Nürnberg der Hauptvertretertag des Reichsverbandes angestellter Aerzte statt. Der Vorsitzende des Verbandes, Dr. Viehweger, gab einen kurzen Ueberblick über die Geschehnisse des letzten Geschäftsjahres. Dr. Hadrich sprach über die Reform der Krankenversicherung. Der Redner ging von der positiven Einstellung der deutschen Aerzteschaft zur Sozialversicherung aus und machte dann Vorschläge zur Verbesserung von Leistungen und zur Erzielung von Ersparnissen. Dr. Hadrich forderte eine stärkere Heranziehung der Aerzteschaft zur verantwortlichen Mitarbeit.

Zur Frage der Schaffung einer Reichsärzteordnung nahm der Vertretertag eine Entschließung an, in der gesagt wird, daß die ärztliche Jugend an und für sich diesem Gedanken zustimmend gegenübersteht und eine ihrer Zahl und Bedeutung entsprechende Vertretung in allen Organen dieser Reichsärzteordnung wünscht.

Beim Kapitel Tarifverträge und Schlichtungswesen wurde auf die noch immer ablehnende Haltung der konfessionellen und karitativen Krankenanstalten hingewiesen, die sich sträuben, mit dem Reichsverband angestellter Aerzte Tarifverträge abzuschließen. Es war die einstimmige Ansicht des Vertretertages, daß aus diesem Grunde die Mithilfe des Schlichtungswesens nicht entbehrt werden könnte. Ferner forderte man, daß, um den Tarifvertrag überhaupt durchzusetzen, eine Verbindlichkeitserklärung auch dann erfolgen müsse, wenn es sich nur um eine kleinere Gruppe von Arbeitnehmern handelt.

Vereinsmitteilungen.

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

1. Das Oesterreichische Konsulat Nürnberg hat das Verzeichnis der Aerztekurse der Wiener Med. Fakultät im Studienjahr 1928/29 überschickt; dasselbe steht auf unserer Geschäftsstelle zur Verfügung.

2. Wir ersuchen die Herren Kollegen nochmals, keinerlei Einträge in das Einwohnerbuch aufnehmen zu lassen, welche bezahlt werden müssen. Diejenigen Herren Kollegen, welche sich trotz unserer Aufforderung zu einer Zahlung haben bereit finden lassen, werden dringendst gebeten, die Bestellung umgehend rückgängig zu machen.

3. Im Hinblick auf einen einschlägigen Fall verlangt die Landesversicherungsanstalt Mittelfranken bei Ausstellung von Gutachten für Erholungs- und Badekuren die bestimmte Zusicherung, daß eine ansteckende Krankheit, insbesondere Tuberkulose, nicht vorliegt.

4. Die Vereinigten Krankenkassen erinnern wiederholt daran, daß Verordnungen „pro communitate" nicht zulässig sind, um so weniger, als sonst Behandlungsfälle der Familienhilfe von der Drittelzuzahlung der Medikamente befreit bleiben.

5. Die Herren Kollegen werden daran erinnert, daß sie bei zweifelhaften Fällen von Lues außer der Wassermannreaktion auch die Sachs-Georgi-Reaktion beantragen können. Steinheimer.

Amtliche Nachrichten.

Dienstesnachrichten.

Vom 1. November 1928 an wird der Oberarzt der Kreis-Heil- und Pflegeanstalt Erlangen, Dr. Wilhelm Oppermann, auf Ansuchen gemäß Art. 47 Abs. 2 BG. in den dauernden Ruhestand versetzt. In Anerkennung seiner Dienstleistung wird ihm vom gleichen Tage an der Titel und Rang eines Obermedizinalrates verliehen.

Mit Wirkung vom 1. November 1928 an wird der Bezirksarzt Dr. Ludwig Miller in Ebermannstadt auf sein Ansuchen in gleicher Diensteseigenschaft in etatmäßiger Weise auf die Stelle des Bezirksarztes in Wertingen versetzt.

Vom 1. November 1928 an wird der Anstaltsarzt der Kreis-Heil- und Pflegeanstalt Klingenmünster, Dr. Wilhelm Ficht, auf Ansuchen in gleicher Diensteseigenschaft an die Kreis-Heil- und Pflegeanstalt Kaufbeuren in etatmäßiger Weise versetzt.

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

Arzneimittelreferate.

Targesin in der Augenheilkunde — eine Nachschau. Von Dr. R. Gutzeit, leitender Arzt. (Aus dem Johanniter-Kreiskrankenhause in Neidenburg, Ostpr.) (Deutsche Medizinische Wochenschrift 1928, Nr. 13) Targesin — vom Verfasser zuerst in die Augenheilkunde eingeführt — eignet sich wegen seiner Reizlosigkeit und Tiefenwirkung, die auf dem Tanningehalt und der guten Benetzungsfähigkeit selbst fetthaltiger Oberflächen beruht, zur Behandlung aller infektiösen Bindehautentzündungen. Es wirkt gleichzeitig gefässverengernd und bakterizid und ist deshalb auch bei vielen Eingriffen an den Augenlidern und am Augapfel, die es nicht im geringsten reizt, ein ausgezeichnetes Mittel, um den Wundverlauf keimfrei zu gestalten. Bei Spülungen des entzündeten Tränensackes hat es sich bestens bewährt, zumal es auch von der Nasenschleimhaut ausgezeichnet vertragen wird. Wegen seiner Vorzüge ist es an vielen Augenkliniken und von zahlreichen Augenärzten in Gebrauch genommen. Zur Anwendung gelangt es in 3- bis 5proz. Lösung und als 5proz. Salbe mit Eucerinum anhydricum. (Autorreferat.)

Zur gefl. Beachtung!

Der Gesamtauflage der heutigen Nummer liegt ein Prospekt der **Allgemeinen Radium Aktiengesellschaft**, vormals Allgemeine Radiogen Aktiengesellschaft, **Berlin NW 7**, Dorotheenstr. 36, über **»Radium-Kompressen«** bei.

Wir empfehlen die Beilage der besonderen Beachtung unserer Leser.

Aegrosan

Ferro-calciumsaccharat 12:1000

enthält das Eisen in der wirksamen Ferro-Form!

Entspricht weitgehendst den Forderungen der modernen Eisentherapie.

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

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

Preis Mark 1.40 in den Apotheken. Versuchsproben auf Wunsch.

Johann G. W. Opfermann, Köln 64

Geb., gesetztes Fräulein sucht Stelle als

Sprechstundenhilfe

zu Arzt in München für sofort oder später gegen mässige Ansprüche. Gefl. Angebote unter **Z. 16793** an ALA Haasenstein & Vogler, München.

Buchführungs-Kartothekkarten

100 Stück Mk. 1.20 bis Mk. 1.70

Muster unberechnet

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

Bayerisches

Aerztliches Correspondenzblatt

Bayerische Aerztezeitung.

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

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

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

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

№ 43. München, 27. Oktober 1928. XXXI. Jahrgang.

Inhalt: Zulassungsbestimmungen bei der Reichsbahn- und Reichspostbetriebskrankenkasse. — Jahresbericht der Bayerischen Landesärztekammer. — Einführung in das Gesetz über die Berufsvertretung der Aerzte, Zahnärzte, Tierärzte und Apotheker. — Zur Frage des Krankenstandes. — Selbsthilfe des Mittelstandes. — Zum kassenärztlichen Landesvertrag Bayerns. — Vertrauensärztliche Entscheidung. — Vereinsnachrichten: Gemünden-Lohr; Memmingen; Sterbekasse Oberbayern-Land; Münchener Aerzteverein für freie Arztwahl; Nürnberg. — Rheumatagung in Berlin. — Wiener Fortbildungskursus.

Einladungen zu Versammlungen.

Aerztlicher Bezirksverein Ansbach.

Nächste Sitzung: Dienstag, den 6. November, Punkt 5 Uhr, im Hotel „Zirkel" (großer Saal). Tagesordnung: Fortbildungsvortrag des Ministerialreferenten Herrn Geheimrat Dr. Dieudonné über: Neuere Erfahrungen auf dem Gebiete der Seuchenbekämpfung. Die Herren Kollegen der Vereine Südfranken und Neustadt a. d. A.-Uffenheim sind zu diesem Vortrage höflichst eingeladen. Damen 4 Uhr Café Braun. I. A.: Dr. Meyer.

Aerztlicher Verein Nürnberg E. V.

Sitzung am Donnerstag, dem 1. November 1928, abends 8¼ Uhr, im großen Saale des Luitpoldhauses. Tagesordnung: Herr Lazarus, Ueber die Behandlung von postoperativen Rekurrenslähmungen; Herr Kirste, Medizingeschichtliche Demonstrationen; Herr Grießmann, Filmvorführung über die Funktionen des Ohrlabyrinths. Für die Vorstandschaft: M. Strauß.

Aerztlicher Bezirksverein und Aerztlich-wirtschaftlicher Verein Lindau i. B.

Sonntag, den 18. November 1928, Herbsthauptversammlung des Aerztlichen Bezirksvereins und Aerztlich-wissenschaftlichen Vereins Lindau i. B.: 12½ Uhr gemeinsames Mittagessen im Hotel Seegarten, daran anschließend die beiden Versammlungen mit Vortrag von Privatdozent Dr. Engelhart (I. Med. Klinik München) über Pathologie und Therapie der Herzkrankheiten. Wünsche und Anträge wollen möglichst bald an den Unterzeichneten eingereicht werden.

I. A.: Dr. Euler.

Mitteilung des Bayerischen Aerzteverbandes.

Bezugnehmend auf die Veröffentlichung des Zentralwohlfahrtsamts betr. Zulassungsbestimmungen bei der Reichsbahn- und bei der Reichspostbetriebskrankenkasse und auf die Ergänzungen unseres Aerzteverbandes zu dieser Veröffentlichung ersuchen wir sämtliche Herren Kollegen, welche Kassenpraxis ausüben bzw. ausüben wollen, sich in das Arztregister für die Reichsbahnbetriebskrankenkasse und die Reichspostbetriebskrankenkasse, Anschrift: Zentralwohlfahrtsamt Rosenheim, eintragen zu lassen. Wir halten den Antrag sämtlicher Kollegen deshalb für nötig, weil nach uns gewordener Mitteilung die Absicht besteht, frei gewordene Stellen nicht zur Bewerbung auszuschreiben. Wir bitten die Herren Kollegen, bei ihrem Antrag auf Eintragung in das Arztregister, bei welchem Geburtszeit und Jahr der Approbation am besten gleich mit angegeben wird, genaue Angaben zu machen, ob die Bewerbung für die Reichsbahnbetriebskrankenkasse oder für die Reichspostbetriebskrankenkasse oder für beide stattfindet. Wir erinnern nochmals daran, daß die Stellen des Bahnkassenarztes und die Stellen des Postkassenarztes von zwei verschiedenen Zulassungsausschüssen vergeben werden, und teilen mit, daß es der Wunsch des Aerzteverbandes ist, daß, wenn mehrere Bewerber mit gleichen Anrechten vorhanden sind, der eine Bewerber die Stelle des Kassenarztes bei der Bahnbetriebskrankenkasse, der andere Bewerber die Stelle des Kassenarztes bei der Postbetriebskrankenkasse erhalten soll.

Wir erinnern ferner daran, daß die Stelle des Bahnarztes (Bahnvertrauensarztes und Arzt für Behandlung der Beamten des Außendienstes) nur von der Reichsbahndirektion, Gruppenverwaltung Bayern, nicht unter Mitwirkung eines Zulassungsausschusses, vergeben wird. Schließlich erinnern wir daran, daß die Familien der Außenbeamten und das Innenpersonal einschließlich Familienangehörigen freie Arztwahl haben. Steinheimer.

Jahresbericht,

erstattet in der zweiten ordentlichen Sitzung der Bayerischen Landesärztekammer am Samstag, dem 22. September 1928, in Neustadt a. d. H.

von Sanitätsrat Dr. Steinheimer, Nürnberg.

Das bayerische Aerztegesetz ist am 1. Juli 1927 in Kraft getreten, nachdem dasselbe vom Bayerischen Landtag am 31. März 1927 verabschiedet worden war. Die Bayerische Landesärztekammer wurde in der ersten Sitzung der Bayerischen Landesärztekammer am 17. November 1927 in München kon-

stituiert. Die Umorganisierung und Neuorganisierung der bayerischen ärztlichen Bezirksvereine ist beendet. Von den bisherigen Bezirksvereinen konnten wegen zu geringer Mitgliederzahl 16 nicht bestehen bleiben. Dieselben wurden mit anderen Bezirksvereinen vereinigt.

Es fanden 5 Sitzungen der engeren und 2 Sitzungen der weiteren Vorstandschaft statt. Die Niederschriften über die Sitzungen der engeren Vorstandschaft wurden jeweils dem Gesamtvorstande bekanntgegeben.

Die 65 Bezirksvereine umfassen insgesamt 5368 Aerzte. Es muß aber bezweifelt werden, ob diese Zahl vollständig und richtig ist. Vor allem ist die Zahl der Assistenten eine stets schwankende, und es besteht auch gar keine Möglichkeit, alle Assistenten zu erfassen, es sei denn, daß die Regierungen, die Gemeinden, die Direktoren der Universitätskliniken und Polikliniken, der öffentlichen Krankenhäuser und die Besitzer und Leiter der privaten Krankenhäuser und die Privatärzte, soweit sie Assistenten beschäftigen, gezwungen werden könnten, den Zu- und Abgang von Assistenten an die Vorstandschaften der einzelnen zuständigen Bezirksvereine zu melden. Zwar besteht eine Bestimmung, daß auch die Assistenten sich bei den Bezirksärzten melden sollten; es dürfte aber zweifelhaft sein, ob diese Bestimmung allseitig durchgeführt wird, und wenn sie durchgeführt wird, ist es wohl sicher, daß die Assistenten, wenn sie die betreffende Klinik bzw. den betreffenden Ort verlassen, sich nicht alle abmelden werden, so daß die von den Bezirksärzten geführte Liste in diesem Punkte wohl nicht als maßgebend angesehen werden kann. Noch schwieriger dürften die Pflichtmitglieder zu erfassen sein, soweit sie überhaupt keine ärztliche Praxis mehr ausüben und selbst nicht den Wunsch haben, in Beziehung zum ärztlichen Stande zu stehen. Die in Frage kommenden Herren Kollegen sollten sich wohl in den ersten vier Wochen nach Inkrafttreten des Gesetzes melden; aber es ist wohl sicher, daß ein Teil und wahrscheinlich der größte Teil der in Frage kommenden Herren von dem Gesetz sowohl, als vor allem von der Meldepflicht nichts wußten oder die Meldung absichtlich oder unabsichtlich unterließen. Eine Meldung beim Bezirksarzt kommt für die in Frage kommenden Kollegen ebenfalls nicht in Betracht, nachdem dieselben keine Praxis mehr ausüben, und so ist gar nicht abzusehen, wie diese Kollegen alle erfaßt werden sollen, wenn sie sich nicht freiwillig melden. Ein typisches Beispiel für die Richtigkeit dieser Anschauung dürfte München sein; so schreibt denn auch der Vorsitzende des Bezirksvereins München-Stadt auf eine diesbezügliche Anfrage: „Für die Wahl der Vorstandschaft des Aerztlichen Bezirksvereins München-Stadt wurde von der Polizeidirektion München die Zahl von 1662 wahlberechtigten, in München ansässigen Aerzten gemeldet. Von diesen 1662 Aerzten sind aber rund 200 nicht zu erfassen wegen fehlender Abmeldung, Abreise u. dgl. Demgemäß wird die Mitgliederzahl des Aerztlichen Bezirksvereins ständig Schwankungen unterworfen sein, so daß wir vorläufig nur einen Durchschnitt von rund 1400 Mitgliedern annehmen können.“ Vielleicht wird man früher oder später zu der Ueberzeugung kommen, daß es besser wäre, wenn die Assistenten und die keine Praxis ausübenden Aerzte keine Pflichtmitglieder werden müßten, und daß es genügen würde, wenn man den in Frage kommenden Herren es überlassen würde, freiwillige Mitglieder zu werden oder davon abzusehen. Man könnte das um so leichter, als ja wohl der größte Teil der Assistenten in staatlichen oder städtischen Krankenhäusern untergebracht sind, so daß diese der Berufsgerichtsordnung im Sinne unseres Aerztegesetzes gar nicht unterstehen; für diejenigen Kollegen, welche keinerlei Praxis mehr ausüben, dürfte ja wohl die Berufsgerichtsordnung selten in Betracht kommen. Freilich wird eine Aenderung des Gesetzes in absehbarer Zeit nicht erreicht werden können, selbst wenn man einen diesbezüglichen Antrag stellen wollte, und auf dem Verordnungswege wird wohl eine derartige Aenderung kaum möglich sein.

Die Wahlen zu den Vorstandschaften der Bezirksvereine und die Wahlen zur Landesärztekammer sind, soweit wir unterrichtet sind, überall im Sinne des Gesetzes und ohne große Schwierigkeiten verlaufen. In München fanden sowohl die Wahlen zur Vorstandschaft des Bezirksvereins wie zur Landesärztekammer nach der Verhältniswahl statt; in den anderen Bezirksvereinen über 100 Mitglieder einigte man sich auf einen Wahlvorschlag, so daß eine Wahl nicht stattfinden mußte.

Für die heutige Sitzung der Landesärztekammer und für die nächsten 4 Jahre sind als Delegierte der Landesärztekammer 180 Abgeordnete gewählt.

Die Wahlen für die Berufsgerichte und die Wahl für das Landesberufsgericht sind auf der ersten Sitzung der Landesärztekammer in München erfolgt. Selbstverständlich werde ich Ihnen die Namen der gewählten Kollegen und der gewählten Juristen nicht verlesen. Ich möchte nur daran erinnern, daß nach dem Gesetz das Berufsgericht in der Hauptverhandlung in der Besetzung mit 4 ärztlichen Mitgliedern und 1 rechtskundigen Mitglied, im übrigen in der Besetzung mit 2 ärztlichen Mitgliedern und 1 rechtskundigen Mitglied entscheidet. Nun haben einige Kreise 5 ärztliche Mitglieder und eine Anzahl Ersatzmitglieder gewählt, andere wieder 3 Mitglieder und eine entsprechende Anzahl von Ersatzmitgliedern.

Die Berufsgerichtsordnung ist wohl die wichtigste und einschneidendste Neuerung, die durch das Aerztegesetz geschaffen worden ist. Es hat, wie es nicht anders zu erwarten war, lange gedauert, bis die Berufsgerichte konstituiert waren, und es hat auch lange gedauert, bis dieselben ihre Tätigkeit aufgenommen haben.

Die Vorsitzenden der Kreisberufsgerichte haben uns nach § 61 des Aerztegesetzes Bericht über die Tätigkeit der Berufsgerichte erstattet, aus welchem folgendes bekanntgegeben sei:

Der Vorsitzende des Landesberufsgerichts teilt mit, daß 3 Akten eingegangen sind, 2 mußten, da das Landesberufsgericht nicht zuständig war, an das Berufsgericht verwiesen werden, der 3. Fall ist in Behandlung und wird nach dem Aerztetag erledigt werden.

In Oberbayern hat die I. Kammer bis jetzt 4 Sitzungen abgehalten, abgesehen von einzelnen Vernehmungen. Die II. Kammer hat bis jetzt 7 Fälle behandelt; in 1 Falle wurde die Einleitung des Verfahrens abgelehnt, in 2 Fällen wurde Einleitung des Verfahrens beschlossen (Verfahren noch nicht abgeschlossen); 1 Fall wurde im abgekürzten Verfahren erledigt; 1 Fall ging nochmals zur Vorinstanz zurück; 1 Fall ging zur Entscheidung an das Landesberufsgericht, und schließlich bedarf einer noch weiterer Klärung.

Der Vorsitzende der II. Kammer des Berufsgerichts von Oberbayern schreibt dazu, daß zwar das bisherige Ergebnis auf den ersten Blick etwas dürftig aussehe, daß es aber doch schon reichlich Arbeit verursacht habe, und daß vor allem der juristische Beirat unendliche Arbeit darauf verwendet habe.

Der III. Kammer wurden bis jetzt 4 Fälle zur Behandlung vorgelegt: 1 Fall schwebt noch, da der Ausgang eines Verfahrens bei den bürgerlichen Gerichten abgewartet werden muß; 2 Fälle wurden an den Vorstand des betreffenden Bezirksvereins überwiesen; in dem 4. Fall wurde die Einleitung eines Verfahrens ab-

gelehnt. Im ganzen wurden wohl 15 Fälle behandelt, von denen etwa 6 ganz erledigt sind; in 2 Fällen wurde Berufung eingelegt.

Der Vorsitzende der I. Kammer des Berufsgerichts Oberbayern schreibt noch, daß es sich zum Teil um recht üble Angelegenheiten handle, und daß er fürchte, daß die Berufsgerichte mehr und mehr zu tun haben. Er würde sich freuen, wenn es gelänge, einen gründlichen Dämpfer auf unlautere Elemente in unserem Stande zu setzen. Dann wäre die Arbeit von allergrößtem Vorteil.

Das Berufsgericht Niederbayern teilt mit, daß es noch keinen Bericht über seine Tätigkeit geben könne, da es zur Zeit erst die beiden ersten Fälle behandle und diese noch nicht zum Abschluß gebracht seien. Das Berufsgericht trat bis jetzt noch nicht in Tätigkeit.

Das Berufsgericht Pfalz hat bis jetzt 2 Sitzungen abgehalten. Dabei wurden insgesamt 3 Fälle erledigt, 2 weitere Fälle sind in Bearbeitung.

Beim Berufsgericht Oberpfalz sind erst anfangs August 2 Fälle angefallen, die sich noch in der Schwebe befinden.

In Oberfranken sind 6 Fälle anhängig gemacht worden, von denen 1 erledigt ist und 5 noch schweben.

In Mittelfranken sind bis jetzt 8 Fälle anhängig gemacht worden, davon mußte 1 Fall zurückgestellt werden, 1 Fall ist an den betreffenden ärztlichen Bezirksverein zurückverwiesen worden, 3 weitere Fälle wurden erledigt, und zwar fanden 2 Verurteilungen statt, 1 Fall wurde zur Hauptverhandlung verwiesen, die übrigen 3 Fälle werden nach dem Aerztetag behandelt werden.

Nach Mitteilung aus Unterfranken sind zur Zeit 6, größtenteils schwierige, Ehrensachen, zum Teil schon seit Ende 1926, angefallen. In 1 Falle erfolgte Freispruch, in 2 Fällen Verurteilung im abgekürzten Verfahren, in 3 Fällen wurde das Hauptverfahren eröffnet.

In Schwaben kam ein einziger Fall zur Behandlung. Der Vorsitzende schreibt dazu, daß im allgemeinen bei den Kollegen in Schwaben das Bestreben herrsche, Beleidigungen möglichst auf schiedsgerichtlichem Wege durch den Ehrenausschuß austragen zu lassen, weil hier viel mehr ersprießliche Arbeit geleistet und eine wirkliche Versöhnung hergestellt werden kann, während das juristisch arbeitende Berufsgericht mit dem bekannten Paragraphen der Wahrung berechtigter Interessen operieren muß, der sehr weitgehende Auslegung gestattet und den Beleidigten vielfach zu kurz kommen läßt.

Was diese Aeußerung betrifft, so ist dem entgegenzuhalten, daß Beleidigungen überhaupt nicht Sache des berufsgerichtlichen Verfahrens sind, sondern nur Sache des Vermittlungsausschusses der einzelnen Bezirksvereine, denn es wird äußerst selten vorkommen, daß eine Beleidigung eines Kollegen durch einen anderen als ein Berufsvergehen angesehen werden kann.

Man kann nach den Aeußerungen der einzelnen Berufsgerichte selbstverständlich ein Urteil darüber noch nicht fällen, ob die Neueinrichtung sich bewähren wird, d. h. ob sie dazu beitragen wird und dazu beitragen kann, daß die unlauteren Elemente unseres Standes mehr niedergehalten werden, als es bis jetzt möglich war. Man kann aber jetzt schon sich des Eindrucks nicht erwehren, daß zwar die Urteile gleichmäßiger und richtiger, mindestens juristisch richtiger ausfallen werden, als es in den bisherigen freien Ehrengerichten der Fall war, daß aber andererseits das Verfahren ein sehr langwieriges ist und mindestens von den Angeklagten sehr langwierig gestaltet werden kann.

Der Aerztliche Bezirksverein Dillingen bzw. sein Vorsitzender, Herr Kollege Meyer, hat schon im vorigen Jahr gelegentlich der ersten Sitzung der Bayer. Landesärztekammer einen ausführlich ausgearbeiteten Antrag über das Vorverfahren im berufsgerichtlichen Verfahren eingereicht. Dieser Antrag wurde damals dem Vorstand der Landesärztekammer als Material überwiesen. Herr Kollege Meyer hat seinen Antrag in einzelnen Punkten umgearbeitet und nochmals dem Vorstand übermittelt. Dieser Antrag wurde im Bayer. Aerztlichen Correspondenzblatt Nr. 35 veröffentlicht.

Der ebenfalls bekanntgegebene Antrag der Vorstandschaft lautet: „Die Ordnung des Vorverfahrens im berufsgerichtlichen Verfahren durch Herrn Prof. Dr. Meyer (Dillingen) ist sehr sorgfältig durchgearbeitet, und die gegebenen Ausführungen sind als Richtlinien empfehlenswert. Ob aber eine für die Bezirksvereine bindende Regelung des Vorverfahrens jetzt schon am Platze ist, scheint zweifelhaft. Wir treten zunächst in eine Periode der Berufsgerichtsbarkeit ein, in der Erfahrungen gesammelt werden müssen, und das Ergebnis der Erfahrungen der nächsten Jahre ist zweckmäßigerweise abzuwarten. Auch ist die Belastung der im Standesleben tätigen Kollegen durch das Studium der Aerzteordnung, der Berufsgerichtsordnung, der Neuorganisation der Bezirksvereine und der wirtschaftlichen Verbände zunächst eine ziemlich große. Es empfiehlt sich daher, mit weiteren Ordnungen zu warten, bis die neuen, umfangreichen Vorschriften sich eingelebt haben."

Die Kosten der Berufsgerichte für unsere Landesärztekammer lassen sich vorerst noch nicht übersehen. Bekanntlich ist nach dem Gesetz über die Pflicht zur Tragung der Kosten gleichzeitig mit der Entscheidung in der Hauptsache zu erkennen. Wird der Beschuldigte verurteilt oder bleibt ein von ihm eingelegtes Rechtsmittel erfolglos, so können ihm die erwachsenen Kosten ganz oder teilweise auferlegt werden. Wenn das Verfahren durch eine wider besseres Wissen erstattete oder auf grober Fahrlässigkeit beruhende Anzeige veranlaßt worden ist, können die Kosten und die dem Beschuldigten erwachsenen notwendigen Auslagen dem Anzeigenden überbürdet werden (Art. 28 Abs. I AeG.); also hat die Landesärztekammer die Kosten dann zu tragen, wenn der Beschuldigte nicht verurteilt wird bzw. wenn ein von dem Beschuldigten eingelegtes Rechtsmittel von Erfolg begleitet ist. Aber auch in den Fällen, in denen der Beschuldigte zu den Kosten verurteilt ist, wird die Landesärztekammer in dem einen oder anderen Falle wenigstens Kosten zu tragen haben, nämlich dann, wenn von dem Beschuldigten die Kosten nicht beizubringen sind. Wir haben bis jetzt dem Landesberufsgericht und jedem Kreisberufsgericht je 500 RM. als sogenanntes Betriebskapital überwiesen.

Der Aerztliche Bezirksverein München-Land hat uns im Laufe des Jahres folgende zwei Anträge unterbreitet:

1. „Die Bayerische Landesärztekammer wird ersucht, im Einvernehmen mit dem Ministerium des Innern folgende Zusatzänderung zum bayerischen Aerztegesetz vom 1. Juli 1927 dem Bayerischen Landtag zur Annahme vorschlagen zu wollen: Zu Artikel 4 Absatz II nach Satz 2: Ausgeschlossen von der Mitgliedschaft sind ferner geisteskranke Aerzte für die Dauer ihrer geistigen Erkrankung;"

ferner dem Deutschen Reichstag zu § 53 der Reichsgewerbeordnung vom 26. Juli 1900, welcher lautet: „Approbationen können von der Verwaltungsbehörde nur dann zurückgenommen werden, wenn die Unrichtigkeit der Nachweise dargetan wird, auf Grund deren

solche erteilt worden sind, oder wenn einem Inhaber der Approbation die bürgerlichen Ehrenrechte aberkannt sind, in letzterem Falle jedoch nur auf die Dauer des Ehrenverlustes" folgende Zusatzänderung nahezulegen: „Die Approbation kann ferner zurückgenommen werden, wenn der praktische Arzt geisteskrank geworden ist, für die Dauer der geistigen Erkrankung."

Wir haben dem Aerztlichen Bezirksverein München-Land mitgeteilt, daß der Ausschluß von der Mitgliedschaft beim Bezirksverein an der Tatsache, daß ein geisteskranker Arzt Kranke behandeln darf, nichts ändert. Wir haben ferner mitgeteilt, daß die bayerische Staatsregierung seit Jahren immer wieder bei der Reichsregierung die Abänderung des Paragraphen in der Reichsgewerbeordnung verlangt hinsichtlich der Entziehung der ärztlichen Approbation. Auch der Deutsche Aerztetag habe eine Abänderung der Reichsgewerbeordnung in dieser Hinsicht gefordert, und auch die Reichsregierung habe den Antrag übernommen.

Der Aerztliche Bezirksverein München-Land hat durch seinen Vorsitzenden mitgeteilt, daß er die Einwände unserer Vorstandschaft anerkenne, daß er aber trotzdem bitte, die Angelegenheit in einer der Vorstandschaft geeignet erscheinenden Weise auf die Tagesordnung zu setzen. Vielleicht ließe sich gerade durch einen Beschluß der Landesärztekammer gegen das weitere Praktizieren geisteskranker und grob fahrlässig handelnder Aerzte auch eine Beschleunigung erreichen. Wir haben aus diesem Grunde die Angelegenheit im Jahresbericht erwähnt, so daß es dem Aerztlichen Bezirksverein München-Land freisteht, auf dem Aerztetag zu der Angelegenheit Stellung zu nehmen. Es wird sich jedoch empfehlen, das in den Anträgen Gewollte lediglich als Material zur weiteren Behandlung dem Vorstand der Kammer zu überweisen, und das ist ja wohl auch die Absicht des Vereins, wenn ich den Schriftwechsel richtig verstehe.

Die Abgrenzung der Tätigkeit der Vermittlungs-, Schieds- und Verwarnungsstellen der einzelnen Bezirksvereine von den Vergehen, welche den Berufsgerichten zur Beurteilung zufallen, die Unterscheidung der Fälle, welche im einfachen Verfahren, und der Fälle, welche im berufsgerichtlichen Verfahren behandelt werden sollen, kann wohl erst nach längerer Erfahrung vollständig richtig durchgeführt werden.

Die Berufsgerichte werden sich u. a. auch im einen oder anderen Falle mit der Angelegenheit Facharzt zu beschäftigen haben. Diese Angelegenheit Facharzt ist bekanntlich auf dem Bremer Aerztetag im Jahre 1924 geregelt worden. Die Behandlung der Frage Internisten und Kinderärzte in ihren Beziehungen zum praktischen Arzte auf dem diesjährigen Deutschen Aerztetag in Danzig hat wesentliche Aenderungen der damaligen Beschlüsse nicht gebracht. In den Bremer Richtlinien ist ein Prüfungsausschuß und für Berufungen ein Berufungsausschuß vorgesehen, welch letzterer je für eine Kammer gewählt war. Wir hatten also in Bayern 8 Berufungsausschüsse. Nachdem nunmehr die Kreisärztekammern und damit die Berufungsausschüsse aufgelöst sind, obliegt der Landesärztekammer, also unserem heutigen Aerztetage, die Neuwahl. Die bisherige Vorstandschaft ist der Ansicht, daß ein einziger Berufungsausschuß für ganz Bayern genügt, möglichst mit dem Sitz in München. Die Vorstandschaft macht den Vorschlag, die Wahl dieses Berufungsausschusses der heute zu wählenden Vorstandschaft zu überlassen.

In engem Zusammenhang mit der Facharztfrage steht die Schilderfrage, welche ebenfalls auf dem Deutschen Aerztetag in Danzig verhandelt und zu einem gewissen Abschluß gebracht wurde. Diese Schilderfrage, so unwichtig sie zu sein scheint, muß doch nicht nur in den einzelnen Ländern, sondern auch in den einzelnen Standesvereinen eine einigermaßen gleichmäßige Regelung erfahren, damit das Ansehen des Standes nicht Schaden leidet. Dabei kann und soll von jeder kleinlichen Beanstandung möglichst Abstand genommen werden.

Hierher gehört der Vorschlag Augsburg, daß die Landesärztekammer Veranlassung nimmt, dahin zu wirken, daß die Korrekturbogen für das Aerztliche Handbuch für Bayern bei Neudruck wenigstens den ärztlichen Bezirksvereinen der größeren Städte zugeschickt werden, damit sie umgehend geprüft und richtiggestellt werden können. Dasselbe soll auch bezüglich des Einwohnerbuches der Fall sein. Die Bezirksvereine sollten auch beauftragt werden, bei den Einwohnerbüchern in dem alphabetischen Einwohnerverzeichnis und in dem Verzeichnis nach Häusern die Einträge der Aerzte zu prüfen und dieselben zur Abänderung eventuell unzulässiger Bezeichnungen aufzufordern. In Nürnberg ist nebenbei dieser Vorschlag betreffs des Einwohnerbuches schon durchgeführt.

Ein weiterer Beschluß eines deutschen Aerztetages und eines bayerischen Aerztetages scheint noch nicht in allen bayerischen Bezirksvereinen vollständig durchgeführt zu sein, nämlich die Angelegenheit Konsilien bei Schwangerschaftsunterbrechung. Der Deutsche Aerztevereinsbund hat in einem Rundschreiben auf die Notwendigkeit der Befolgung dieses Beschlusses hingewiesen, und die Vorstandschaft stellt im folgenden den Antrag, die Richtlinien dieses Beschlusses für alle in Bayern wohnenden oder berufstätigen Aerzte nach Art. 11, II verbindlich zu erklären. Der Geschäftsausschuß des Deutschen Aerztevereinsbundes weist darauf hin, daß die Bekämpfung der Abtreibungsseuche innerhalb großer Bezirke der Aerzteschaft noch nicht organisiert sei und daß die Beschlüsse des Leipziger Aerztetages sogar in größeren Städten nicht selten völlig sabotiert werden. Er macht den Vorschlag, daß die Kammern die angenommenen Leitsätze für ihren Bezirk übernehmen und es als der Standessitte entsprechend erklären, daß zum Schutze der Aerzte und der Oeffentlichkeit in Fällen, in denen die Unterbrechung der Schwangerschaft beabsichtigt ist, ihren Vorschriften gemäß verfahren wird. Die Möglichkeit einer ehrengerichtlichen Bestrafung von Verfehlungen gegen diese Beschlüsse würde zweifellos erzieherisch wirken. Wir unterbreiten Ihnen folgenden Antrag, der schon im „Bayerischen Aerztlichen Correspondenzblatt" bekanntgegeben war. Der Antrag lautet:

„Zur Feststellung der ärztlichen Begründung für eine Schwangerschaftsunterbrechung ist, von dringenden Notfällen abgesehen, die vorherige Beratung mit wenigstens noch einem zweiten Arzt erforderlich. An Orten, wo die Kollegen jetzt schon verpflichtet sind, mit zwei Kollegen eine Beratung betreffs Schwangerschaftsunterbrechung abzuhalten, verbleibt es bei diesem Beschlusse. Die Bezirksvereine wählen einen oder mehrere Aerzte als Berater (Consiliarii); wo mehrere Aerzte bestimmt werden, sollen möglichst Fachärzte für Frauenkrankheiten, innere Krankheiten und Nervenkrankheiten vertreten sein. Das Ergebnis der Beratung ist in einem Protokoll festzulegen, das eine genaue Begründung enthalten muß. Jedes Protokoll dieser Art ist versiegelt und mit der Aufschrift der beteiligten Aerzte an die vom zuständigen Bezirksverein zu bestimmende Stelle zur Aufbewahrung zu übergeben. (Auf die einschlägigen Beschlüsse des Passauer Aerztetags vom Jahre 1925, Leitsätze Hoeber und Dreyer, und auf die diesbezüglichen Beschlüsse des Leipziger Aerztetags vom Jahre 1925, Leitsätze Vollmann, sowie auf

den diesbezüglichen Beschluß des Geschäftsausschusses des Aerztevereinsbundes wird hingewiesen.) Vorstehende Richtlinien sind nach Art. 11, II AeG. für alle in Bayern wohnenden und berufstätigen Aerzte verbindlich."

In der Angelegenheit Konsilien bei Schwangerschaftsunterbrechung sind uns eine größere Reihe von Zuschriften zugegangen, von denen das Wichtigste hiermit bekanntgegeben sei.

Ein Kollege aus Schwaben schreibt u. a.: „Die Krankenhausärzte sind froh, wenn sie mit Schwangerschaftsunterbrechungen nichts zu tun haben, und sind deshalb nicht erfreut, wenn ihnen von Kollegen diesbezügliche Fälle eingewiesen werden; noch weniger, wenn durch Vereinsbeschluß ein Zwang dahin ausgeübt wird, daß Schwangerschaftsunterbrechungen nur im Krankenhaus vorgenommen werden dürfen, wobei gegen die gute Absicht dieser Maßnahme nichts eingewendet werden soll. Dabei ist vor allem hervorzuheben, daß es vielen Krankenhausärzten, wenigstens solchen mit Pflegepersonal von katholischen Ordensgesellschaften, technisch gar nicht möglich ist, einen solchen Eingriff vorzunehmen, da durch neuerliche, verschärfte Ordensvorschriften den Schwestern verboten ist, bei einer solchen Handlung irgendwelche Beihilfe zu leisten bzw. überhaupt im Operationssaal anwesend zu sein. Diese Verordnung bedeutet einen eigenmächtigen und tiefen Eingriff in den gesamten Anstaltsbetrieb, und es wäre zu erwarten, daß sowohl der Krankenhauseigentümer, soweit es sich nicht um einen Besitz der Ordensgesellschaften selbst handelt, wie auch die Aerzteschaft gegen eine derartige Gewaltmaßnahme in aller Form Stellung nehmen, die sich nicht nur gegen Aborte, sondern auch gegen Perforationen, Sterilisationen u. dgl. wendet. Sowohl in Kreisen bayerischer Krankenhausärzte wie im Verband deutscher Krankenhausärzte ist mit berechtigter Entrüstung über dieses eigenmächtige Vorgehen aufs schärfste Klage geführt worden. Es ist überhaupt nicht unbedenklich, wenn durch den allzu häufigen Gebrauch des Wortes Abtreibungsseuche, namentlich in Kreisen und in Blättern, die der allgemeinen Oeffentlichkeit angehören, sich zweifellos eine schwere und ungerechtfertigte Diskreditierung der Aerzteschaft ergibt. Alle Welt dürfte wissen, daß der Rückgang der Bevölkerung zu 90 v. H. ohne jedes Zutun der Aerzte hervorgerufen wird durch den gewohnheitsmäßigen Gebrauch von Schutzmitteln, die infolge der Not der Landwirtschaft auch auf dem Lande allgemeinsten Gebrauch gefunden haben. Darüber ist man sich auch in Regierungskreisen völlig klar." Und in einem weiteren Schreiben: „Die ärztliche Standesvertretung stellt sich in der Frage der künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft einzig und allein auf den Boden der Grundsätze der ärztlichen Wissenschaft, nach welchen der genannte Eingriff in bestimmten Fällen im Interesse der Erhaltung des mütterlichen Lebens geboten erscheint. Wenn es möglich wäre, das Wort Abtreibungsseuche zu vermeiden, so würde ich es für gut halten, denn in Bayern werden schon längst, namentlich in der Provinz, Kollegen verfolgt, selbst dann, wenn sie nur im Verdacht stehen, einmal eine Schwangerschaftsunterbrechung gemacht zu haben, gleichviel, ob dieser Eingriff mehr oder weniger begründet ist. Wie ich schon berichtet habe, herrscht in manchen Gegenden Bayerns ein derartiger Terror, daß die Kollegen nicht einmal den Mut haben, eine Perforation auszuführen, um die Wöchnerin zu retten. Jedenfalls halte ich es zum Schutze der praktizierenden Aerzteschaft für unerläßlich, daß bei dieser Gelegenheit in aller Form festgestellt wird, was auf diesem Gebiete der Anschauung der ärztlichen Wissenschaft und der ärztlichen Fachkreise entspricht, und daß die praktische Aerzteschaft nicht umhin kann, in Ausübung des Berufes sich danach zu richten." — Herr Kollege Neustadt (München) hatte sich bereit erklärt, bei dem Kapitel Abtreibung ein Referat zu halten mit dem Titel „Vorschläge zum Kampfe gegen die Abtreibung und Erfahrungen der Kommission des Aerztlichen Bezirksvereins München-Stadt bei Nachuntersuchungen bezüglich der Anträge auf Schwangerschaftsunterbrechung". Wir haben Herrn Kollegen Neustadt erwidert, daß seinem Wunsche nicht entsprochen werden kann, weil die Angelegenheit nicht einen eigenen Punkt der Tagesordnung bilden soll, daß es ihm aber selbstverständlich freisteht, zu der Angelegenheit das Wort zu nehmen und auch Anträge zu stellen.

Der Aerztliche Bezirksverein Augsburg hat bei uns angefragt, ob die Bestimmung betreffs Erstellung eines Gutachtens von mindestens zwei Aerzten und Einreichung dieses Gutachtens bei der Standesorganisation auch für Krankenhausärzte gilt, welche in öffentlichen Krankenhäusern angestellt sind, und ob der zweite Arzt ein Assistenzarzt derselben Krankenanstalt sein kann. Wir haben geantwortet, daß die Bestimmung auch für Krankenhausärzte gelten sollte, daß aber scheinbar bis jetzt die Krankenhausärzte in der übergroßen Mehrzahl mindestens nicht die Gutachten bei der Organisation in Verwahrung gibt. Wir haben ferner geantwortet, daß der zweite Arzt nicht ein Assistenzarzt derselben Krankenanstalt sein kann.

Wenn Sie den Antrag der Vorstandschaft so, wie er vorliegt, annehmen, steht es den einzelnen Standesvereinen frei, als Consiliarii u. a. auch einen oder mehrere Aerzte der großen Krankenhäuser zu bestimmen, so daß die Schwierigkeit umgangen werden kann, daß z. B. ein Ordinarius einer Universitäts-Frauenklinik mit einem frei praktizierenden Arzt in der Stadt ein Konsilium abhalten muß, wenn er eine Schwangerschaftsunterbrechung vornehmen will.

Der Aerztliche Bezirksverein Koburg stellt zu dem Thema Schwangerschaftsunterbrechung den Antrag, daß jeder Bezirksverein alljährlich der Landesärztekammer meldet, wie viele Protokolle abgeliefert sind, weil es wissenswert sei, auch einmal darüber einige Zeilen zu erfahren, und weil die Vereinvorsitzenden auf diese Weise einen besseren Druck auf säumige Melder ausüben können.

Die Vorstandschaft befürwortet die Annahme dieses Antrages.

Der Aerztliche Bezirksverein Nürnberg hat den heute gestellten Antrag schon seit dem Jahre 1919 durchgeführt. Die Mitgliederversammlung hat zum erstenmal im Jahre 1919, zum zweitenmal in diesem Jahre gelegentlich der Neuorganisation eine Anzahl Kollegen als Consiliarii für Schwangerschaftsunterbrechung gewählt, und zwar 3 Internisten, 4 Frauenärzte, 2 Nervenärzte. Die Kollegen sind gehalten, vor Vornahme einer Schwangerschaftsunterbrechung mit zwei der genannten Herren über die Indikation zur Schwangerschaftsunterbrechung zu beraten. Das Resultat der Beratung wird in einem Gutachten niedergelegt, das beim Bezirksverein aufbewahrt wird. Wird die Unterbrechung von den Consiliarii nicht genehmigt, wird kein Gutachten erstattet, aber ein diesbezüglicher Vermerk in einem für diese Zwecke bestimmten Buche angebracht. (Schluß folgt.)

Kollegen

gedenkt der „Dr. Alfons Stauder-Stiftung"!

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

Einführung in das Gesetz über die Berufsvertretung der Aerzte, Zahnärzte, Tierärzte und Apotheker (Aerztegesetz) vom 1. Juli 1927 GVBl. S. 233 und die Vollzugsbestimmungen dazu.

Gefertigt von Oberregierungsrat Zoller in Landshut, rechtsk. Mitglied des ärztl. Berufsgerichts Niederbayern.

Vorbemerkung.

1. Maßgebende Vorschriften:

a) Das Gesetz über die Berufsvertretung der Aerzte, Zahnärzte, Tierärzte und Apotheker (Aerztegesetz) vom 1. Juli 1927, GVBl. S. 233, in Kraft seit 1. Juli 1927.

b) Die Min.B. über seinen Vollzug vom 19. Juli 1927, GVBl. S. 241.

c) Die Min.B. mit Uebergangsvorschriften dazu vom 20. Juli 1927, GVBl. S. 247.

d) Die Berufsgerichtsordnung vom 16. Februar 1928, GVBl. S. 21 (BGO.).

e) Die Min.B. über die Weitergeltung der vorliegenden Wahlordnung für die Landesärztekammer vom 8. Juni 1928, GVBl. S. 340.

In das Aerztegesetz, die Vollzugsvorschriften dazu und in die Berufsgerichtsordnung sind verschiedene Bestimmungen der Strafprozeßordnung und des Beamtengesetzes verarbeitet mit strengen Förmlichkeiten, die sorgfältig zu beachten sind.

Um zu einem richtigen Verständnis und zu einer richtigen Anwendung des neugeregelten Rechtsgebietes zu gelangen, müssen die unter a, b und c oben angeführten Vorschriften zusammengehalten werden.

2. Aus der Begründung des Gesetzentwurfes und den Kammerverhandlungen hierzu (vgl. Verhandl. d. Bayer. Landtags 1926/27, Beil.-Bd. V. Beil. Nr. 2714, S. 144 ff., und Stenogr. Berichte, VI. Bd., Nr. 150/51, S. 517 ff. u. 568 ff.) ist hierher zu vermerken:

Ziel des Aerztegesetzes ist die Erhaltung des wissenschaftlichen und sittlichen Hochstandes der Aerzteschaft durch Schaffung einer Zwangsorganisation mit dem Recht der Umlagenerhebung und durch Sicherung eines staatlich geregelten sowie anerkannten Berufsgerichtsverfahrens. Die Verfolgung von Berufspflichtverfehlungen obliegt künftig im allgemeinen den Berufsgerichten, daneben aber ist, insbesondere für leichtere Verfehlungen, ein vereinfachtes Verfahren vor den ärztlichen Bezirksvereinen (Vermittlungs- und Schiedsverfahren nach Artikel 15 oder Entscheidung nach Artikel 16 des Aerztegesetzes) zugelassen.

Abkürzungen:

AeG. = Aerztegesetz.
VV. z. AeG. = Vollzugsvorschriften zum Aerztegesetz vom 19. Juli 1927.
BGO. = Berufsgerichtsordnung.
GVBl. = Gesetz- und Verordnungsblatt.
BG. = Beamtengesetz.

Das AeG. behandelt in seinem I. Abschnitt (Art. 1—30) die Aerzte und enthält in den Art. 46—49 Schluß- und Uebergangsbestimmungen für die Aerzte, Zahnärzte, Tierärzte und Apotheker.

Unter Abschnitt A behandelt es zunächst die Berufsvertretung (Art. 1—12).

I. Berufsvertretung.

Sie besteht aus den ärztlichen Bezirksvereinen und aus der Landesärztekammer.

Ihre Aufgaben umschreibt Art. 2, wobei besonders herausgestellt ist, daß die Berufsvertretung die Erfüllung der ärztlichen Berufspflichten zu überwachen hat.

Die Zugehörigkeit zu den ärztlichen Bezirksvereinen ist Zwangspflicht (Art. 4).

Die Bildung von Zweckverbänden ist möglich (Art. 7).

Die ärztlichen Bezirksvereine und ihre Verbände stehen unter der Aufsicht der für ihren Sitz zuständigen Kreisregierung, Kammer des Innern (Art. 8).

Die Landesärztekammer besteht aus Abgeordneten der ärztlichen Bezirksvereine, die nach einer bestimmten Ordnung gewählt werden (Art. 9 u. WO. vom 20. 7. 27, 8. 6. 28).

Die Landesärztekammer ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechts, mithin rechtsfähig. Sie regelt, soweit das Gesetz selbst nicht zwingende Vorschriften enthält, ihre Verhältnisse durch eine Satzung (Art. 10). Sie kann im Rahmen ihrer gesetzlichen Aufgaben Richtlinien aufstellen und kann von allen Aerzten, die in Bayern ihren Wohnsitz haben, Umlagen erheben (Art. 11). Sie steht unter der Aufsicht des Staatsministeriums des Innern.

II. Berufsgerichtliches Verfahren.

(Abschnitt B, Art. 13—30 AeG.).

a) Aerztliche Berufspflichten.

Sie umschreibt nur in der Hauptsache Art. 13 AeG. in Anlehnung an Art. 11 BG. dahin, daß

1. jeder Arzt seinen Beruf gewissenhaft auszuüben,
2. sich durch sein Verhalten in und außer dem Berufe der Achtung, die sein Beruf erfordert, würdig zu erweisen hat.

Das Gebot unter 2 ermöglicht insbesondere Vorgehen bei standesunwürdigem Verhalten.

Die Landesärztekammer kann in Form von Richtlinien die Berufspflichten der Aerzte näher umschreiben (VV. zu Art. 13 AeG.).

Die Entscheidung darüber, ob ihre Uebertretung im einzelnen Fall als eine Verletzung der ärztlichen Berufspflichten zu betrachten ist, haben die Berufsgerichte und das Landesberufsgericht nach freiem, pflichtgemäßem Ermessen zu treffen (VV. zu Art. 13 AeG.).

b) Verletzung der ärztlichen Berufspflichten.

Sie wird regelmäßig im berufsgerichtlichen Verfahren verfolgt; Ausnahmen bestehen

1. für politische, religiöse oder wissenschaftliche Ansichten oder Handlungen oder für die Stellungnahme zu wirtschaftlichen Maßnahmen ärztlicher Verbände oder solche, d. h. wenn nicht die Form der Meinungsäußerung deshalb zu beanstanden ist, weil sie mit den ärztlichen Berufspflichten nicht mehr vereinbar erscheint;
2. für die amtliche Tätigkeit beamteter Aerzte.

Unter Ziffer 1 fällt nach der Begründung zu Art. 14 AeG. auch die Wahl der Heilmethode.

Die beamteten Aerzte unterstehen hinsichtlich ihres außeramtlichen Verhaltens nur der Vermittlungsbefugnis der ärztlichen Bezirksvereine nach Art. 15 I AeG., im übrigen der dienstaufsichtlichen Würdigung ihrer vorgesetzten Dienstbehörden.

Vgl. Art. 14 AeG., VV. zu Art. 14, zu Art. 14—17 AeG und § 1 BGO.

Die Verfolgung der Verletzung ärztlicher Berufspflichten verjährt in 5 Jahren (Art. 14 Abs. IV AeG. und § 4 BGO.).

c) Berufsgerichtliches Verfahren.

1. In den Fällen des Art. 15 AeG. und unter den dortigen Voraussetzungen (Antrag eines Streitsteiles) ist das sogenannte Vermittlungs- und schiedsrichterliche Verfahren möglich.

2. Im übrigen zerfällt das berufsgerichtliche Verfahren im engeren Sinne

a) in das Vorverfahren,
b) in das Strafverfahren.

Das Vorverfahren wird durch den Vorstand oder den Ausschuß des ärztlichen Bezirksvereins, das Strafverfah-

ren wird durch das Berufsgericht und Landesberufsgericht durchgeführt (§ 2 BGO.).

Das Vermittlungs- und schiedsgerichtliche Verfahren (Ziff. 1) soll weiteren Verletzungen der ärztlichen Berufspflichten vorbeugen und bei leichteren Verletzungen die Möglichkeit eines Ausgleichs bieten (Begründung zu Art. 15 des Gesetzentwurfs).

Für das Vorverfahren gelten die §§ 11 mit 16, für das Strafverfahren die §§ 17 mit 47 der BGO.

Das Vorverfahren ist einzuleiten, wenn der Vorstand oder der Ausschuß des ärztlichen Bezirksvereins von einer Verletzung der Berufspflicht auf irgendeine Weise, z. B. Antrag oder Anzeige eines Verletzten, einer Kasse, einer Behörde, der Gendarmerie oder sonstwie (§ 12 BGO.) Kenntnis erhält.

Das Strafverfahren wird eingeleitet

a) auf Antrag des Vorstandes des ärztlichen Bezirksvereins oder

b) auf Antrag des Arztes gegen sich selbst (vgl. dazu § 15 Schlußsatz der BGO.) oder

c) wenn das Berufsgericht auf andere Weise (z. B. Anzeige eines Privaten, einer Kasse oder einer Behörde) von der Verletzung der Berufspflicht Kenntnis erhält (Art. 21 Abs. I AeG., § 25 BGO.).

Das weitere Verfahren des Berufsgerichts bemißt sich nach den §§ 26—40 BGO., insbesondere kann ein vorbereitendes Verfahren notwendig werden (§§ 27 und 28 BGO.).

Die weitere Tätigkeit des Vorstandes oder des Ausschusses des ärztlichen Bezirksvereins im reinen Vorverfahren bemißt sich nach den §§ 13 mit 16 BGO.

d) Berufsgerichte.

Im ersten Rechtszug sind zuständig die ärztlichen Berufsgerichte (für jeden Regierungsbezirk gebildet) und im zweiten Rechtszug das Landesberufsgericht in München (Art. 18 AeG., VV. dazu, §§ 17 u. 18 BGO.).

Die ärztlichen Berufsgerichte sind bei allen Entscheidungen in der Hauptverhandlung mit vier ärztlichen Mitgliedern und mit einem rechtskundigen Mitglied besetzt, im übrigen, mithin bei allen Entscheidungen außerhalb der Hauptverhandlung und im sogenannten abgekürzten Verfahren (Strafen: Verweis oder Geldstrafe bis zu 200 RM.) in der Besetzung von zwei ärztlichen und einem rechtskundigen Mitglied. Das Landesberufsgericht entscheidet in der Hauptverhandlung in der Besetzung mit fünf ärztlichen und zwei rechtskundigen Mitgliedern, im übrigen in der Besetzung mit drei ärztlichen und zwei rechtskundigen Mitgliedern (Art. 18 Absatz II und Art. 23 Abs. I AeG. sowie §§ 19 I und 28 BGO.).

Berufung zum Landesberufsgericht gibt es

a) gegen den Beschluß des Berufsgerichts auf Einstellung des Verfahrens,

b) gegen die Entscheidung des Berufsgerichts im abgekürzten Verfahren,

c) gegen jedes nach Hauptverhandlung ergangene Urteil des Berufsgerichts (Art. 23 Abs. II u. Art. 25 AeG., §§ 29 Abs. VIII u. 41 Abs. I BGO.).

Alle Entscheidungen sind mit Gründen zu versehen und ordnungsmäßig zuzustellen, und zwar, soweit Rechtsmittel (Beschwerde, Berufung) zulässig sind, mit entsprechender Belehrung hierüber (§ 10 BGO.).

e) Wesentlicher Gang des Verfahrens.

1. Bei Vermittlungs- und Schiedsverfahren:

Nur wenn ein Antrag vorliegt, greift Behandlung nach Art. 15 AeG. und den §§ 54 und 56 BGO. Platz.

2. Sonst zu unterscheiden,

a) welche Stelle, sei es durch einen Antrag oder eine Anzeige oder sonstwie, Kenntnis von einer Verletzung der Berufspflicht erhält,

b) ob ein leichterer Fall vorliegt, der durch Belehrung und Warnung abgetan werden kann.

In beiden vorgenannten Fällen ist von der Stelle, die sich mit der Sache befaßt, beschleunigt der Sachverhalt durch Einvernahme des Beschuldigten und etwa gebotene Beweiserhebung zu klären.

Ist der Fall bei einem ärztlichen Bezirksverein anhängig gemacht, ist das Vorverfahren nach den §§ 11 mit 16 BGO. durchzuführen und eventuell nach Art. 16 AeG. zu entscheiden.

Ist der Fall bei einem ärztlichen Berufsgericht anhängig gemacht, ist nach den §§ 26 mit 40 BGO. zu verfahren (Art. 21 mit 24 AeG.).

Die eidliche Einvernahme von Zeugen und Sachverständigen ist nur möglich

a) vor dem Berufsgericht selbst (§ 22 I BGO.);

b) im vorbereitenden Verfahren durch das rechtskundige Mitglied des Berufsgerichts oder im Wege der Rechtshilfe durch ein Amtsgericht oder eine Bezirkspolizeibehörde (Bezirksamt, kreisunmittelbarer Stadtrat) (Art. 22 Abs. 2 AeG.).

Die Gerichte und Polizeibehörden sind zur Rechtshilfe verpflichtet (Art. 20 AeG.). Im übrigen sollen die Behörden auf Anfragen der Berufsvertretung (ärztlicher Bezirksverein und Landesärztekammer) Auskunft erteilen, soweit nicht dienstliche Gründe entgegenstehen (Art. 2. Abs. 2 AeG.).

f) Die Kosten der Berufsvertretung

fallen der Landesärztekammer zur Last, die ihrerseits das Recht zur Erhebung von Umlagen bei ihren Mitgliedern hat.

Das berufsgerichtliche Verfahren ist gebührenfrei. Ueber die Pflicht zur Tragung der Kosten dieses Verfahrens ist gleichzeitig mit der Entscheidung in der Hauptsache zu erkennen. Für das berufsgerichtliche Verfahren kommen nur bare Auslagen (für die Einrichtung der Berufsgerichte, Tagegelder und Auslagen der Gerichtsmitglieder, Kosten des Verhandlungsraumes, Auslagen für Papierverbrauch usw.) in Frage (Art. 18 Abs. VI und 28 AeG., Begründung zu Artikel 28 AeG. u. § 52 BGO.).

Für die Kosten des Vermittlungs- und schiedsgerichtlichen Verfahrens trifft § 56 BGO. Anordnung.

g) Urteile des Landesberufsgerichts

können unter bestimmten Voraussetzungen durch den Verwaltungsgerichtshof nachgeprüft werden (Art. 27 AeG., §§ 48, 49 BGO.).

Auch gibt es die Wiederaufnahme eines durch rechtskräftiges Urteil abgeschlossenen berufsgerichtlichen Strafverfahrens (§ 50 BGO.).

Zur Frage des Krankenstandes.

Von Dr. Oskar Raab, München.

Der hohe Krankenstand, der sich aber nicht bloß in München, sondern überhaupt im Deutschen Reich zeigt, gefährdet die Krankenkassen. Zwar hat die deutsche Sozialversicherung 1927 bei einer Gesamteinnahme von 4,8 Milliarden und 4,2 Milliarden Ausgaben ein Vermögen von 2,7 Milliarden zu verzeichnen; die Kassen insbesondere haben seit dem Kriege 1,2 Milliarden Reserven angesammelt. Es geht ihnen also nicht ganz schlecht. Nicht einmal die Farbenindustrie kann sich ähnlicher Reserven rühmen. Es wäre aber dabei zu überlegen, ob, wenn diese märchenhaften Zahlen stimmen, nicht zuviel in die Reserve übernommen wird, und zwar auf Kosten der Krankenversicherung. Trotzdem ist zugegeben, daß der hohe Krankenstand eine sehr unerwünschte, auch für die Aerzte unerfreuliche Sache ist. Es ist außerdem zu befürchten, daß dies keine vorübergehende Erscheinung

bleibt. Das Weltgeschehen geht gesetzmäßig weiter. Erinnern wir uns, wie sich ein englischer Staatsmann — es war wohl Lloyd George — nach dem Kriege ausgedrückt hat: Erst in fünfzig Jahren werden wir sehen, ob wir den Krieg wirklich gewonnen haben. Das heißt auf gut deutsch ausgedrückt: ob wir das deutsche Volk wirklich in seinem Mark so schädigen können, so handikapen können, daß es uns kein ebenbürtiger Gegner mehr ist. England sieht den Platz in der Welt immer enger werden, also sorgt der englische Staatsmann schon jetzt dafür, daß das besser genährte, unter besseren Bedingungen lebende English people das stärkere ist. Die Dauer der Erfüllung des „Dawesplanes" hängt je nach den Eingeständnissen unserer eigenen Staatsmänner davon ab, wieweit die Lebensverhältnisse der breiten Masse verschlechtert werden können. Der hohe Krankenstand zeigt, daß die Taktik des mit Frankreich neuerdings offen verbundenen Englands Früchte trägt, und unser Volk durch die auf ihm ruhenden Lasten niedergedrückt wird. Die Sozialpolitik ist also im klaren Sinne ein unerläßlicher Kampf um die Zukunft unseres Volkes, eine nationale Aufgabe ersten Ranges. Sie darf deshalb nicht an den höheren Kosten gemessen werden; man sollte aber auch vor allem nicht immer wieder versuchen, unseren Aerztestand dafür verantwortlich zu machen und ihn immer weiter zu proletarisieren. Gegen diese Osteomalazie Deutschlands braucht man leider in erster Linie zur Heilung Geld. Vor dem Kriege waren die Aerzte in der Mehrzahl in der Lage, die Kasseneinnahmen als eine Zugabe zu betrachten. Krieg und besonders Inflation haben sie aber in besonders hohem Maße geschädigt. Sie waren meist nicht im Besitz von Sachwerten, sie hatten keine Lager, weitaus in der Mehrzahl keine Häuser und dergleichen, wohl aber fanden sie in der Heimat eine Klientel vor, die verarmt war und zum anderen Teil es verstanden hat, durch Verzögerung ihrer Zahlungen den Rest des Honorars zu entwerten; zählten doch auch die vierteljährlichen Kassenleistungen nach Auszahlung so gut wie gar nichts mehr, von Aufwertung war natürlich keine Rede. Daher die besonders schlechte Lage der Aerzteschaft, die das Kapital und auch die aufwertbaren Papiere zum größten Teil zusetzen mußte, um ihren Beruf und ihre Familie erhalten zu können. Die Aerzteschaft hat also jetzt nichts mehr zu verschenken, da sie im großen und ganzen verarmt ist. Auf dem gleichen Boden wie der Niedergang dieses Standes erwuchs auch der hohe Krankenstand Deutschlands.

Welches sind nun seine Gründe?

Dazu wäre zunächst zu bemerken: Es ist ein Wunder, das der deutschen Aerzteschaft und der Wissenschaft zu danken ist, daß der Krankenstand im Laufe der letzten zehn Jahre nicht noch viel höher geworden ist, daß nicht schwere Epidemien ausgebrochen sind. Eine von ihnen, die Grippe, verläßt uns ja sowieso nicht mehr. Wie grausig sind z. B. die Wohnungsverhältnisse, die häufig allen hygienischen Anforderungen ins Gesicht schlagen. Mit wie vielen Menschen kommt ein kranker Mensch jetzt in seiner Wohnung in Berührung, wie wenig Menschen haben noch für sich ein ruhiges Schlafzimmer, in dem sie sich für den nächsten Tag erholen können. Schädigungen durch unser rauhes Klima machen sich stärker geltend wie früher, da es vielfach auch an guter und billiger Kleidung fehlt. Die Wirkungen des Tributes an die Feinde haben die Hast der Arbeit verdoppelt, erfordern Ueberanstrengung der Menschen von seiten der Industrie, z. B. in Form des laufenden Bandes. 1 Million Unfallsanzeigen bei den gewerblichen Berufsgenossenschaften gegenüber 750000 im Jahre 1926 sind der Ausdruck. Auch alle die Folgen des Krieges und des Darbens, das auch heute noch, besonders in der Großstadt, vielfach der Fall ist, gehören hierher, ebenso die graue Sorge um die Zukunft, die in den meisten Häusern mitwohnt und die Gemüter niederdrückt. Die häufig eintretende Unmöglichkeit, eine Krankheit richtig auszukurieren, weil sonst der Arbeitsplatz verlorengeht, muß sich ebenso einmal rächen. Hier müssen weiterhin Schädlichkeiten genannt werden, die vermieden werden könnten. Dazu gehören der von der Presse sorgfältig gepflegte Alkoholismus, die Ansammlung von Menschen in Vergnügungsstätten, im Kino, in Eisenbahnen, auf Reisen, die vielfach den Charakter der Erholung verloren haben, der Motorrad-, Auto- und Fußballsport. Wohl ist der Sport gut und gesund, doch nicht seine Auswüchse, seine Sucht nach Rekordleistungen, seine Ausschreitungen. Auch die Revolutionierung des Hauswesens durch den übermäßigen Uebertritt der Frau aus dem Hause in das Erwerbsleben muß große Bedenken erregen. Zu weiterer Erhöhung des Krankenstandes führt das Gesetz. Irgendein altes, schwaches Wesen kann sich auf eine kurze Zeit zur Arbeit melden und liegt dann vielleicht auf Lebenlang der Kasse auf dem Hals. Früher brauchte dieser Mensch nicht mehr zu arbeiten, die veränderten Verhältnisse zwingen ihn dazu. Ein schwer Lungenkranker muß z. B. wieder kurze Zeit Dienst machen, kann nebenbei seine Mitarbeiter anstecken, was sich gar nicht vermeiden läßt, und nimmt dann wieder auf lange Zeit die Kasse in Anspruch. Solche Leute müßten aus der Kassenfürsorge heraus der Wohlfahrtspflege beizeiten überwiesen werden. Auch die zu geringe Zahl der Assistenzärzte in den Krankenhäusern ist ein Fehler und eine falsche Ersparnis. Die Aerzte sind überlastet, die Kranken können nicht mehr rasch genug abgefertigt werden. Durch Einrichtung ambulanter Krankenstationen, in denen die Kranken nur kurze Zeit zur Beobachtung bleiben und dann für die Aufnahme ausgeschieden werden, könnte gewiß manches erreicht und viel gespart werden. Man darf also nach alledem den hohen Krankenstand nicht auf die Aerzte schieben. Es ist für die Aerzte ohnehin eine unangenehme Aufgabe, daß sie sich auch mit der Arbeitsunfähigkeitsbestätigung zu beschäftigen haben. In der Tat ist es ein seltener Vorgang, daß eine dritte Person aus der fremden Tasche Geld anweist. Es macht den Aerzten eine Unmenge unbezahlter Arbeit und bringt ihnen nur Vorwürfe ein. In erster Linie ist es doch die ärztliche Aufgabe, die Kranken gesund zu machen, soweit dies eben möglich ist. Nun muß aber einmal der Arzt die Arbeitsunfähigkeit feststellen, das verlangt das Gesetz, es wäre ein Sprung ins Dunkle, etwas hierin zu ändern.

Für die Wiederaufnahme der Arbeit zu sorgen, stünden jedoch den Kassen mehr Mittel zur Verfügung, als sie anwenden.

Die Kasse erfährt bei der Krankenmeldung, welche Krankheit nach Ansicht des behandelnden Arztes der Kranke hat. Die Dauer vieler, gerade der häufigsten Krankheiten läßt sich nun einigermaßen berechnen. Es müßten Normen geschaffen werden, nach denen eine gute Kartothek den voraussichtlichen Ablauf dieser Krankheit markieren kann. Zum markierten Termin läuft die Vorladung. Man könnte sogar die Vorladung gleich bei Aushändigung der Krankenkarte festlegen. Die Diagnose des Arztes gewinnt dadurch an Bedeutung und Verantwortung. Kommt es dann noch zur Nachuntersuchung, so ist das der Punkt, an dem der behandelnde Arzt leicht einsetzen und dem Nachuntersuchenden vorarbeiten und helfen kann. Es steht ja gar nicht in der Wahl des behandelnden Arztes, den Kranken täglich zu sehen, er würde sofort den Behandlungsdurchschnitt überschreiten; er muß sich vielmehr immer wieder fragen, ob er nicht den Eindruck erweckt, daß er die Kasse ausnützt. Es gibt ja bald keinen ärztlichen Artikel mehr, in dem nicht mit frommem Augenaufschlag zunächst immer wieder ausgerufen wird: Schädlinge hier, Schädlinge dort. Welcher Stand tut das noch? Es wäre höchste Zeit, daß dieses Requisit verschwände. Im übrigen ist es gar nicht richtig. In meiner Tätigkeit als Prüfungsarzt habe ich immer wieder feststellen können, daß es im allgemeinen

höchstens die Unkenntnis des Maßstabes der ärztlichen Behandlung war, wenn Fehler verursacht wurden. Fast durchaus herrscht aufrichtiges Streben zum Besten, ja es hat sogar teilweise eine gewisse Aengstlichkeit auch in berechtigten Dingen Platz gegriffen. Es muß aber z. B., weil eben der Kranke nicht täglich zum Arzt kommt, häufig der Fall eintreten, daß der Vorladezettel früher dem Kranken zugeht, als ihn der Arzt wieder sieht. In vielen Fällen begibt sich nun der Kranke zunächst zu seinem Arzt. Er geht ja nicht gern zur Vorladung zur Kasse. Niemand geht gern zu einem fremden Arzt; auch das lange Warten, die Umgebung stört den Kranken. Außerdem vermutet der Kranke, daß ein besonders strenger Maßstab angelegt wird, schon deswegen strenger, weil er ja in der kurzen Zeit der Nachuntersuchung seine Leiden gar nicht zu erschöpfendem Verständnis bringen kann. Fühlt er sich nun halbwegs wohl, läßt er sich abschreiben. Daher die 30 Proz. Gesundmeldungen auf Vorladung. Es ist jedoch grundfalsch und im höchsten Grade unpraktisch, dem Arzte einen Vorwurf zu machen, wenn er jetzt den Kranken abschreibt. Ganz im Gegenteil! Das vorherige Aufsuchen des behandelnden Arztes sollte dem Kranken zur Pflicht gemacht werden; denn dieser kann am besten raten. Er kann die Auswahl treffen, die Zahl der nachzuuntersuchenden Kranken verringern, wichtige Neuerscheinungen mitteilen und damit dem Nachuntersucher sein verantwortungsreiches, dornenvolles Amt erleichtern und ihn folgenschwere Fehler vermeiden lassen. Auf diese Weise geschieht gleichzeitig das Möglichste, um auch dem Kranken gerecht zu werden. Der bisherige Kontakt zwischen Arzt und Vertrauensarzt der Kasse genügt nicht, er muß fester verankert werden.

Auf der anderen Seite müßte sich die Kasse aber auch an ihre Versicherten wenden und ihnen mit Rücksicht auf die Finanzlage immer wieder den Willen einhämmern, tunlichst rasch die Arbeit wieder aufzunehmen. Nicht die Verhinderung, daß der Kranke zum Arzt geht, ist richtig — ein früheres Gehen ist von Nutzen —, sondern die Erziehung dazu, die Arbeit tunlichst rasch wieder aufzunehmen, wie das in den gebildeten Klassen wohl die Regel ist. Weder die Aerzte noch die Gesamtheit der Versicherten hat ja irgendein Interesse daran, daß der Fleißige für den Faulen, der Willensstarke für den Schlaffen zahlt; wir müssen im Gegenteil ein hartes Volk heranziehen, das den sich andeutenden Weltereignissen körperlich und seelisch gewachsen ist.

Selbsthilfe des Mittelstandes.

Die deutsche Kultur beruht zu einem sehr wesentlichen Teil auf den Leistungen des deutschen Mittelstandes. Hier ist die Kraftquelle, aus der sich immer wieder das geistige Deutschland erneuert. Hier sind diejenigen geistigen und wirtschaftlichen Kräfte, die in der Vergangenheit einmal die stärksten Stützen des Staatswesens bedeuteten. Es galt als ein besonderer Vorzug in der soziologischen Gliederung Deutschlands, daß bei uns nicht jene unvermittelten Gegensätze zwischen reich und arm, zwischen besitzenden und nicht besitzenden Klassen bestanden wie in manchen anderen Ländern. Dieser deutsche Mittelstand war auch im wahrsten Sinne des Wortes ein Stand und nicht eine Kaste, denn er ergänzte sich aus allen Kreisen der Bevölkerung, und gerade aus den sogenannten unteren Ständen konnte man vor dem Kriege ein starkes Einströmen in den Mittelstand wahrnehmen.

Politisch lebte in ihm die Idee der Selbstverwaltung, die nur da gut gedeihen kann, wo eine wirtschaftliche Unabhängigkeit vom Staate und von den großen Wirtschafts- und Organisationsbildungen vorhanden ist. Diese Unabhängigkeit des deutschen Mittelstandes, die es ihm vor dem Kriege gestattete, sich den Luxus eines weitgehenden und weltanschaulichen Individualismus zu leisten, schwand nach dem Kriege dahin. Politische und wirtschaftliche Entwicklungen scheinen seinen Untergang zu besiegeln. In der Politik scheint die Zukunft den großen Organisationen der Arbeitnehmerschaft zu gehören. In der Wirtschaft bildeten sich die großen Vereinigungen des Großunternehmertums, und überdies wurde durch die Inflation der deutsche Mittelstand wohl am schwersten betroffen. Die wirtschaftlichen Voraussetzungen seiner früheren Stellung im staatlichen, geistigen und wirtschaftlichen Leben waren damit erschüttert. Der Mittelstand war „proletarisiert", und wenn die Lehre richtig wäre, daß die ökonomischen Voraussetzungen auch die geistige Einstellung des Menschen entscheidend beeinflussen, dann wäre damit dem Mittelstand das Urteil gesprochen, dann wäre er in der Tat zu einer Gruppe des Proletariats geworden. Es erwies sich aber, daß noch ganz andere Faktoren bei der Gestaltung der sozialen Verhältnisse mitsprechen als die rein ökonomische Lage. Der Selbständigkeitstrieb wirkte nach, der Wille, die wirtschaftliche Lage wieder in die eigene Hand zu bekommen, blieb lebendig, der Gedanke der eigenen Verantwortung rang sich wieder durch. Es wurden neue Wege gesucht und gefunden, um dem Mittelstand wieder zu seinem Lebensrecht zu verhelfen, und diese bestanden in der Selbsthilfe, in welcher der Gedanke der wirtschaftlichen Selbstverwaltung und Verantwortung einen reineren Ausdruck fand, als es in unserer Sozialpolitik sonst der Fall ist.

Es mag sein, daß die wirtschaftlichen Selbsthilfeorganisationen des Mittelstandes, die sich sowohl auf das rein wirtschaftliche als auf das soziale Gebiet erstrecken, und die, was das Wirtschaftliche anbetrifft, schon viel älter sind als die heutigen Grundprobleme des Mittelstandes, zuerst manche Fehler gemacht haben und dafür Rückschläge einstecken mußten. Im ganzen aber hat sich erwiesen, daß auch die soziale Selbsthilfe heute ein brauchbares Instrument im Kampf um die Selbstbehauptung des Mittelstandes geworden ist. Man kann die Bedeutung dieser Tatsache gar nicht übertreiben, denn hierin ist der einzige Weg zu sehen, auf dem es noch einmal gelingen kann, den Mittelstand über seine schwere Krise hinwegzuführen und ihm ein selbständiges Lebensrecht zwischen den großen Organisationen der Wirtschaft und den mächtigen Verbänden der Arbeitnehmer zu behaupten. Je mehr aber der Gedanke der korporativen Vertretung im Staate an Boden gewinnt, desto mehr ist auch der Mittelstand verpflichtet, sich dieser Bewegung anzuschließen. Die deutschen Handwerker streben schon lange nach einer Reichshandwerkerordnung, die ihnen eine Vertretung öffentlichen Rechts zur Wahrnehmung ihrer Interessen geben soll. Ebenso sind jetzt in der Aerzteschaft starke Bemühungen vorhanden, schon im Hinblick auf die parallellaufenden Bestrebungen der Krankenkassenorganisationen, gleichfalls eine öffentlich-rechtliche Gesamtvertretung des Standes zu schaffen. Denn es hat sich erwiesen, daß die privaten Zusammenschlüsse der einzelnen Berufsstände und die Vereinigungen solcher mittelständischen Zusammenschlüsse nicht in der Lage sind, mit dem gehörigen Nachdruck nach oben und nach unten die Interessen des Standes zu vertreten und die für den einzelnen Berufsstand lebenswichtigen Besonderheiten so durchzusetzen, wie es der Stand aus wirtschaftlichen und standesethischen Gründen verlangen muß. Leider hat sich im deutschen Volke noch nicht überall die Erkenntnis durchgesetzt, daß nicht alle Standesfragen sich in die Kategorien von Arbeitgeber und Arbeitnehmer einordnen lassen. Der Mittelstand muß für die Erkenntnis werben, daß es Berufsstände gibt, die unter anderen Voraussetzungen arbeiten,

wenn sie ihren eigentümlichen Aufgaben im Dienste der Volksgesamtheit gerecht werden sollen. Er wehrt sich damit gegen die heute immer mächtiger werdenden Tendenzen einer Bureaukratisierung unseres gesamten Lebens und hält den Gedanken einer wahren Selbstverwaltung und damit einer beruflichen und wirtschaftlichen Freiheit hoch. Dieser Kampf ist im Grunde völlig unpolitisch. Wenn er an einzelnen Stellen politische Formen annimmt, dann geschieht es nur deshalb, weil von manchen Seiten die Bemühungen zur wirtschaftlichen und ideellen Enteignung des Mittelstandes zu einem politischen Programm gemacht worden sind.

Zum kassenärztlichen Landesvertrag Bayerns.

Von Bezirksamtmann Dr. Holz, Bogen.

Im Versicherungsamtsbezirk B. ist ein neuer Arzt zugezogen, der nach ordnungsgemäßer Eintragung ins Arztregister Antrag auf Zulassung zur Kassenpraxis gestellt hatte.

Der Zulassungsausschuß beim Versicherungsamt hat den Antrag auf Zulassung zur Praxis bei den Krankenkassen des Versicherungsamtsbezirks abgewiesen, weil in diesem Bezirk zuviel Aerzte tätig seien. Auf die Berufung des abgewiesenen Arztes hin hat das Schiedsamt beim Oberversicherungsamt die Zulassung ausgesprochen. Die beteiligten Kassen legten gegen diese Entscheidung rechtzeitig Revision zum Landesschiedsamt ein.

In diesem Verfahren hat das Versicherungsamt festgestellt, daß: 1. eine der Kassen, die mehr als ein Drittel der Versicherten des Versicherungsamtsbezirks umfaßt, die Bezahlung nach dem Pauschsystem eingeführt hatte,

2. der Besitzstand der Aerzte im Versicherungsamtsbezirk, am 1. November 1923 acht Stellen umfaßte, seit dieser Zeit aber zwei Aerzte durch Ableben bzw. Wegzug ausgeschieden seien.

In seiner Entscheidung hat nun das Landesschiedsamt beim Landesversicherungsamt ausgeführt:

„Bei der Entscheidung ist davon auszugehen, daß im Versicherungsamtsbezirk zwei Arztstellen frei geworden sind. Ob einer oder diese zwei Aerzte eine größere oder geringere Praxis ausgeübt haben — hierauf zielte ein Einwand eines Kassenvertreters ab — ist rechtlich nicht von Belang. Auch wenn das Pauschalsystem nicht eingeführt worden wäre, wäre nur die erste frei gewordene Stelle nicht zu besetzen gewesen. Da aber im Streitfalle zwei Arztstellen offenstehen, kann die Zulassung des Arztes, der im übrigen die Vorbedingungen für die Zulassung erfüllt hat, nicht abgelehnt werden. Der Revision der Kassen wird daher nicht stattgegeben."

Diese Entscheidung spricht mit aller Deutlichkeit aus, daß nach § 1 Abs. IX des KLB. die Bedürfnisfrage dann nicht zu prüfen ist, wenn und solange bei Krankenkassen des Versicherungsamtsbezirks, die mindestens ein Drittel der Versicherten dieses Bezirks umfassen, Bezahlung nach einem Pauschsystem stattfindet: Die Kassen können sich demnach in einem solchen Fall nicht auf die Bestimmungen über den Abbau frei werdender Stellen berufen. Ist jedoch das Pauschsystem nicht eingeführt und berufen sich die Kassen auf ihre Befugnis zum Abbau frei gewordener Stellen, so hätte nach dieser Entscheidung der Abbau unter genauer Beachtung der Richtlinien des § 1 Ziff. IX KLB. stattzufinden. Zwar kennt Satz 2 des vorgenannten § 1 eine Möglichkeit, Abweichungen in der Reihenfolge des Abbaus zuzulassen. Man wird aber nicht fehlgehen, wenn man annimmt, daß eine solche Abweichung dann nicht mehr zulässig ist, wenn im Hinblick auf ein schwebendes Verfahren mit einer solchen Abweichung eine Tatsache geschaffen werden soll, auf Grund deren eine Zulassung versagt werden will. Wenn daher Kassen vom Rechte des Abbaus Gebrauch machen wollen, so folgert aus diesen Ausführungen, daß es sich empfiehlt, daß die Kassen sofort nach Freiwerden einer Kassenarztstelle ordnungsgemäß beschließen, daß diese freigewordene Kassenarztstelle nicht mehr besetzt werden soll. (Blätter für öffentliche Fürsorge 1928/18.)

Vertrauensärztliche Entscheidung.

Ueber die Bedeutung der vertrauensärztlichen Entscheidung bei Nachuntersuchungen hat das Oberversicherungsamt Magdeburg unter dem 21. Dezember 1927 eine beachtliche Entscheidung gefällt. Es wird festgestellt, daß die Entscheidung des Vertrauensarztes über die Arbeitsfähigkeit nach den Richtlinien des Reichsausschusses für Aerzte und Krankenkassen für den allgemeinen Inhalt der Arztverträge maßgebend ist. Die Krankenkasse sei berechtigt, die Zahlung des Krankengeldes einzustellen, wenn der Versicherte eine von der Kasse beantragte Nachuntersuchung vereitelt. In den Entscheidungsgründen wird ausgeführt, daß nach den Richtlinien des Reichsausschusses für Aerzte und Krankenkassen jede Krankenkasse berechtigt sei, Kranke jederzeit durch einen Vertrauensarzt oder durch den hierfür bestimmten Aerzteausschuß untersuchen zu lassen. Da die Entscheidung des Vertrauensarztes über die Arbeitsfähigkeit maßgebend ist, sei die Kasse mit dem Augenblick der Anordnung einer vertrauensärztlichen Nachuntersuchung über die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit nicht mehr an die Entscheidung des behandelnden Arztes gebunden. Falls der Versicherte die Maßnahme der Kasse absichtlich vereitle, so könne aus diesem Verhalten geschlossen werden, daß er selbst seine Arbeitsunfähigkeit für zweifelhaft halte, sofern nicht für sein Verhalten triftige Gründe beizubringen sind.

Vereinsnachrichten.

(Originalbericht des Bayer. Aerztl. Correspondenzblattes.)

Aerztlicher Bezirksverein Gemünden-Lohr.

(Sitzung vom 29. September in Gemünden.)

1. Nachruf des Vorsitzenden über den verstorbenen Kollegen Obermedizinalrat Dr. Preisendörfer (Lohr).

2. Bericht des Vorsitzenden über den 10. Bayerischen Aerztetag.

3. Die Gründung einer Krankenunterstützungskasse nach dem Muster des Aerztlich-wirtschaftlichen Vereins Würzburg-Land-Ochsenfurt wird einstimmig beschlossen mit folgenden Bedingungen: Zwangsmitgliedschaft, regelmäßiger Beitrag von vorerst 2 M. monatlich, Tagegeld 15 M. vom ersten Krankheitstage ab. Die näheren Satzungen erhalten die Kollegen in nächster Zeit zugesandt.

4. In den Ausschuß für das berufsgerichtliche Vorverfahren werden gewählt: Schröfl, Schleicher, Haas.

Dr. Vorndran.

Aerztlicher Bezirksverein Memmingen.

(Bericht über die Sitzung am 13. Oktober in Kellmünz.)

Der Vorsitzende, Herr Ahr, widmet dem verstorbenen langjährigen Mitglied Dr. Kienninger sen. in Illereichen einen ehrenden Nachruf und berichtet dann ausführlich in interessanten Ausführungen über den 47. Deutschen Aerztetag und über den 10. Bayerischen Aerztetag in Neustadt a. d. H. Mit freudiger Genugtuung hat die Versammlung Kenntnis genommen, daß unser bewährter Vorsitzender in den Vorstand der Landesärztekammer hinzugewählt worden ist. — Es wird einstimmig beschlossen, daß die Kommission zur Unter-

brechung der Schwangerschaft, welche schon seit einigen Jahren im Bezirksvereinsgebiet besteht, in jedem Falle, in welchem sie in Tätigkeit tritt, also auch bei denjenigen Fällen, wo eine Schwangerschaft nicht unterbrochen werden muß, ein ausführliches Protokoll anlegen soll. — Die neueren Ansichten über Lungentuberkulose, welche bekanntlich als Hauptpunkt auf dem 10. Bayerischen Aerztetag eingehend besprochen wurden (siehe die Referate in den letzten Nummern des Bayer. Aerztl. Correspondenzblattes), werden Ende November oder Anfang Dezember von Herrn Geheimrat v. Romberg im Aerztlichen Bezirksverein Augsburg in einem Lichtbildervortrag dargelegt und die Herren Kollegen schon jetzt zu zahlreichem Besuch aufgefordert.

Aerztlich-wirtschaftlicher Verein Memmingen-Illertissen-Babenhausen.

(Bericht über die Sitzung am 13. Oktober in Kellmünz.)

Der Vorsitzende berichtet über die Sitzung des Bayerischen Aerzteverbandes und über die Sitzung des Schwäbischen Kreisverbandes, wo er zu dessen II. Vorsitzendem gewählt wurde. In einer Vertragsausschußsitzung mit der Ortskrankenkasse M.-Land wurde von Kassenseite ein neuer Vorschlag über die Art der Begrenzung gemacht, welcher dadurch veranlaßt wurde, daß mehrere Kollegen die Begrenzungsziffer bedeutend überschritten haben, wodurch die anderen Kollegen geschädigt würden. Es wird daher eindringlichst aufgefordert, bei Besuchen usw. Maß zu halten. Auch wird nochmals daran erinnert, daß Weggebühren unter den Kassen verrechnet werden müssen. Dr. St.

Amtliche Nachrichten.

Dienstesnachrichten.

Mit Wirkung vom 1. November 1928 an wird der Bezirksarzt Dr. Joseph Oschmann in Scheinfeld auf sein Ansuchen in gleicher Diensteseigenschaft in etatmäßiger Weise auf die Stelle des Bezirksarztes in Kemnath versetzt.

Die Stelle des Hilfsarztes im landgerichtsärztlichen Dienste in Würzburg (Dienstvergütung 80 Proz. des Anfangsgrundgehaltes der Besoldungsgruppe A 2 f der Bayer. Besoldungsordnung) ist erledigt. Bewerbungen sind bei der Regierung, Kammer des Innern, von Unterfranken bis 15. November 1928 einzureichen. Bewerber, die die Prüfung für den ärztlichen Staatsdienst abgelegt haben, werden bevorzugt.

Vereinsmitteilungen.

Sterbekasse des Aerztl. Kreisverbandes Oberbayern-Land.

(40. Sterbefall.)

Herr Geh. Sanitätsrat, Hofrat Dr. Rudolf Schmidt (München) ist gestorben. Das Sterbegeld wurde umgehend angewiesen.

Ich bitte die Herren Kassiere der Vereine in Oberbayern-Land, umgehend 5 RM. pro Kopf ihrer Mitglieder einzusenden an die Adresse: Gemeindesparkasse Gauting, Postscheckkonto München 21827, unter der Mitteilung: „Auf Konto Sterbekasse, xmal 5 RM. für 40. Sterbefall."

Dr. Graf, Gauting.

Mitteilungen des Münchener Aerztevereins für freie Arztwahl.

1. Die Monatskarten für Monat Oktober sind am Freitag, dem 2. November 1928, bis spätestens nachmittags 5 Uhr, auf der Geschäftsstelle abzugeben. Die Honorarauszahlung erfolgt ab Montag, den 12. November, durch die Bayer. Hypotheken- und Wechselbank.

2. Ab Freitag, den 2. November 1928, ist die persönliche Abrechnung für das II. Vierteljahr 1928 auf der Geschäftsstelle erhältlich. Evtl. Einspruch gegen die Verrechnung kann schriftlich unter Beigabe der Abrechnung und Monatskarten bis Samstag, den 17. November, erhoben werden.

3. Die Herren Kollegen werden darauf aufmerksam gemacht, daß die Serologische Abteilung der Deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie, München, Kraepelinstraße 2 (Prof. Plaut), Untersuchungen von Liquor cerebrospinalis für Kassenpatienten ausführt. Die Untersuchung enthält:

Bestimmung der Zellzahl und der Zellformen — Globulinbestimmung nach Nonne und Pandy — Bestimmung des Gesamteiweißgehalts — Wassermannsche Reaktion mit Auswertung — Sachs-Georgische Reaktion mit Auswertung — Goldsolreaktion — Mastixreaktion.

Auf Wunsch wird auch die mikroskopische Untersuchung auf Krankheitserreger und quantitativ auf Zukker ohne besonderen Kostenaufschlag gemacht.

Die Kassen übernehmen die Kosten dieser Untersuchung in Höhe von 10 RM. pro Fall. Der Deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie, Serologische Abteilung, sind die genauen Personalien des betreffenden Patienten mit Angabe der Kassenzugehörigkeit mitzuteilen.

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

1. Die Kriminalpolizei Nürnberg teilt uns mit, daß sie bei einem wegen Diebstahl festgenommenen Mann ein kleines ärztliches Besteck gefunden hat. Der Dieb gibt an, es aus einem Auto (angeblich Opelwagen) zwischen Nürnberg und Fürth entnommen zu haben; das Besteck liegt zur Einsichtnahme auf unserer Geschäftsstelle auf. Sachdienliche Mitteilungen bitten wir umgehend an unsere Geschäftsstelle zu richten.

2. Wir bitten, die Fatierung für die Aerzteversorgung für das III. Quartal 1928 in den nächsten Tagen vornehmen zu wollen; soweit eine Fatierung nicht erfolgt, werden wir den Betrag vom II. Quartal 1928 einsetzen.

3. Wir wiederholen unser Ersuchen aus der letzten Nummer des „Correspondenzblattes", daß die Herren Kollegen die Bestellung bezahlter Einträge in das Einwohnerbuch rückgängig machen möchten. Wir halten das schon deshalb für unbedingt nötig, weil der Verlag des Einwohnerbuches diejenigen Kollegen, welche unserem Ersuchen nachkommen, immer wieder darauf aufmerksam macht, daß doch noch eine Anzahl Aerzte trotz unserer Aufforderung kostenpflichtige Einträge in das Einwohnerbuch bestellt hat.

4. Die Herren Kollegen Geheimrat Dr. Rudolf Cnopf und Herr Oberarzt Dr. Karl Kaspar haben sich zur Aufnahme als außerordentliche Mitglieder in den Kassenärztlichen Verein Nürnberg gemeldet. Wir geben davon Kenntnis mit dem Bemerken, daß nach § 3 Abs. 5 der Satzungen jedes Mitglied das Recht hat, nach Empfang dieser Mitteilung innerhalb 2 Wochen schriftlich Einspruch gegen die Aufnahme zu erheben.

5. Die Allgemeine Schuhmacherinnung Nürnberg teilt den Herren Kollegen mit, daß orthopädisches Maßschuhwerk nicht nur von solchen Meistern, die Mitglieder des Bundes orthopädischer Schuhmachermeister sind, hergestellt werden kann, und daß der Versicherungsträger den Zuschuß an alle Schuhmacher bezahlt, welche in der Lage sind, orthopädisches Schuhwerk herzustellen.

6. Wir ersuchen wiederholt, zu beachten, daß bei den kaufmännischen Berufskrankenkassen Kranke mit grünen Krankenscheinen, die den Aufdruck „N. b. b." tragen, nur als Privatpatienten zu behandeln sind. Einträge solcher Patienten in die Krankenlisten sind unzulässig, es ist vielmehr Privatrechnung zu stellen.

7. Auf Ersuchen der OKK. erinnern wir die Herren Kollegen nochmals daran, daß arbeitsunfähig erkrankte Mitglieder nur Montag, Mittwoch und Freitag in der Zeit von 15½ bis 17 Uhr zur Genehmigungs-Kommission bestellt werden dürfen, nicht am Dienstag und Donnerstag von 18 bis 19 Uhr.

Dritte Rheumatagung in Berlin vom 5. bis 8. Nov. 1928.

Die Dritte Tagung der Deutschen Gesellschaft für Rheumabekämpfung findet unter dem Vorsitz von Ministerialdirektor i. R. Wirkl. Geh. Obermedizinalrat Prof. Dr. Dietrich in Berlin am 5. November 1928 im Reichsarbeitsministerium, Berlin NW 40, Scharnhorststraße 35, statt. Auch Nichtmitgliedern steht der Zutritt frei. Vom 6. bis 8. November finden klinische Demonstrationsvorträge statt, zu denen Aerzte als Gäste sehr willkommen sind.

Anmeldungen nimmt der Schriftführer, Dr. Hirsch, Charlottenburg, Fraunhoferstraße 16, bis zum 1. November entgegen.

Programm:

Dienstag, den 6. November:

8—9½ Uhr: Herr Prof. Dr. W. Adrion, Zahnärztl. Institut, Chir. Abt., Invalidenstraße 87/89: „Herderkrankungen des Zahnsystems."

10—11½ Uhr: Herr Prof. Dr. G. Bergmann, II. Med. Klinik der Charité, Schumannstraße 21: „Pseudorheumatismus."

12—13½ Uhr: Herr Prof. Dr. F. Gudzent, I. Med. Klinik der Charité, Schumannstraße 21: „Krankheitsbilder rheumatischer Erkrankungen."

14 Uhr: Gemeinsames Mittagessen im Restaurant Heidelberger, Friedrichstraße.

Mittwoch, den 7. November:

8—9 Uhr: Herr Geh. Medizinalrat Prof. Dr. E. Krückmann, Univ.-Augenklinik, Ziegelstraße 5: „Rheumatische Augen-Erkrankungen."

9¼—10½ Uhr: Herr Dr. Zimmer, Chir. Univ.-Klinik, Ziegelstraße 5: „Beiträge zur ätiologischen Diagnostik und Therapie der chronischen Gelenkerkrankungen."

11—12½ Uhr: Herr Prof. Dr. H. Gocht, Orthopädische Univ.-Klinik, Luisenstraße 3: „Orthopädische Behandlung der schweren rheumatischen Kontrakturen."

13—14½ Uhr: Herr Dr. J. Kroner, Friedrich-Wilhelm-Hospital, Palisadenstraße 37: „Endstadien der rheumatischen Erkrankungen."

15¼ Uhr: Gemeinsames Mittagessen im Restaurant Heidelberger, Friedrichstraße.

Donnerstag, den 8. November:

8—9½ Uhr: Herr Dr. A. Laqueur, Rudolf-Virchow-Krankenhaus, Amrumstraße: „Die verschiedenen rheumatischen Erkrankungen und ihre physikalische Therapie."

10—11½ Uhr: Herr Geheimrat Prof. Dr. H. Strauß, Krankenhaus der Jüdischen Gemeinde, Exerzierstraße 11: „Chronische Gelenkerkrankungen mit besonderer Berücksichtigung von Gelenklues und Stillscher Krankheit."

12—13½ Uhr: Herr Prof. Dr. F. Umber, Krankenhaus Westend: „Zur Diagnostik und Therapie chronischer Gelenkerkrankungen."

14 Uhr: Gemeinsames Mittagessen im Restaurant Heidelberger.

Fortbildungskursus der Wiener medizinischen Fakultät.

Die Wiener medizinische Fakultät veranstaltet in der Zeit vom 26. November bis 8. Dezember 1928 von 9 bis 1 Uhr vormittags und von 4 bis 6 Uhr nachmittags einen Kursus über Kinderheilkunde.

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

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

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

Allgemeines.

Die Pelzmode hat den Vorzug, dass sie Eleganz und Vornehmheit mit höchster Zweckmässigkeit vereinigt. Gute Pelzkleidung ist nur scheinbar teuer, denn sie verbürgt lange Tragfähigkeit und erspart dadurch viele andere Neuanschaffungen. Pelzkauf ist allerdings Vertrauenssache. Man kaufe deshalb nur in einem bekannten und reellen Spezialgeschäft, wie es die Firma Pelzmoden Siebmann, Arnulfstr. 14/I, ist. Sie verfügt über reichhaltigste Auswahl in modernen Pelzjacken, sowie in eleganten Pelzmänteln für Damen und Herren. Auf Wunsch ist die Firma in kulantester Weise bereit, die Kaufsumme in 12—15 Monatsraten entgegenzunehmen. Eine Besichtigung, mit der keinerlei Kaufzwang verbunden ist, wird empfohlen.

Stellung des Targesin in der Gonorrhöetherapie. Von Dr. Bernward H. U. Mohrmann, Oberarzt der Klinik. (Aus dem Dermatologischen Stadtkrankenhaus II der Klinik.) (Deutsche Medizin. Wochenschrift 1928, Nr. 31.) An etwa 400 mit Targesin behandelten Gonorrhöefällen konnte die Reizlosigkeit des Präparates festgestellt werden. Die therapeutischen Erfolge waren gut, Komplikationen wurden durch das Präparat nicht ausgelöst. Die Wirkungsweise wurde durch endoskopische Untersuchungen der Urethra, die auf eine Tiefenwirkung des Medikamentes schliessen liessen, zu erforschen gesucht. Das Targesin wird für Klinik und Praxis empfohlen. (Autorreferat.)

30 Jahre Troponwerke.

Die Firma Troponwerke Dinklage & Co., Köln-Mülheim, kann in diesem Jahre das Fest ihres 30jährigen Bestehens feiern. Ihre Gründung erfolgte im Jahre 1898, um die von Geheimrat Prof. Dr. med. Finkler, dem Direktor des Hygienischen Institutes in Bonn, gemachten aufsehenerregenden Entdeckungen auf dem Gebiete der Eiweißernährung praktisch auszuwerten. In Anlehnung an das reine Eiweißnährpräparat Tropon hat die Firma die bekannten Eiweißpräparate Eisentropon und Malztropon herausgebracht, die sich heute in der Aerztewelt allgemeiner Beliebtheit erfreuen, einerseits durch die Güte dieser Präparate und andererseits durch ihren vortrefflichen Geschmack.

Allseitiges Interesse finden besonders die Jodpräparate der Troponwerke, Jodtropon und Fejoprot, sowie die anderen Halogeneiweißverbindungen Brojosan und Brotonat.

Die Kupfereiweißverbindung Cupronat, ein häufig angewandtes Wurmmittel, sowie das wohlschmeckende Kalkpräparat Calcipot dürften gleichfalls jedem Arzte bekannt sein.

Von den Reizkörperpräparaten seien Protasin, Perprotasin, Spiroprotasin und Jodprotasin erwähnt, denen sich in neuester Zeit das Goldpräparat Auroprotasin zugesellt hat.

Seit kurzem stellen die Troponwerke unter der Bezeichnung Novo-Tropon eine den höchsten Anforderungen entsprechende, biologisch vollwertige Kraft- und Nervennahrung her, die allgemeines Interesse findet.

Ueber die Entwicklung des Unternehmens berichtet die anläßlich des 30jährigen Bestehens erschienene Jubiläums-Broschüre, die Interessenten auf Anforderung durch die Troponwerke Dinklage & Co., Köln-Mülheim, gerne zugestellt wird.

Dolorsan

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

ANALGETIKUM

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

Pleuritis, Angina, Grippe, Gicht, Rheuma, Myal., Lumb., Entzündungen, Furunkulose

Grosse Tiefenwirkung!

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

Johann G. W. Opfermann, Köln 64

Kuranstalt für Nerven- und Gemütskranke

NEUFRIEDENHEIM bei München

Hofrat Dr. Rehm