

# Bayerische Ärztezeitung

◀ BAYERISCHES ÄRZTLICHES CORRESPONDENZBLATT ▶

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

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

Schriftleiter San.-Rat Dr. H. Scholl, München, Pettenbeckstrasse 8, Tel. 92 001.

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

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

Nr. 14.

München, 6. April 1929.

XXXII. Jahrgang.

**Inhalt:** Ein bedenkliches Steuergesetz. — Mitteilung des Bayerischen Aerzterverbandes betr. Wirtschaftlicher Verordnungsweise. — Rationalisierung in der Krankenversicherung. — Objektiv — subjektiv. — Entschliessung des Aerztekammerausschusses zur Gewerbesteuer. — Die Verwaltungskosten der Krankenkassen. — Landesversicherungsanstalt Oberbayern. — Vertrag zwischen der Betriebskrankenkasse der Bayer. Inneren Staatsbauverwaltung (StKK.) und dem Bayer. Aerzterverband E.V. — Betr. Mietzinserhöhung für gewerbliche Räume. — Vereinsnachrichten: Amberg. — Städtisches Versicherungsamt München. — Vereinsnachrichten: Münchener Aerzterverein für freie Arztwahl. — Tuberkulose-Fortbildungskurs in Donau-stauf. — 10. Fortbildungskurs in Scheidegg. — Bücherschau.

## Einladungen zu Versammlungen.

### Aerztlicher Bezirksverein Hof.

Frühjahrshauptversammlung am Sonntag, dem 28. April, 2 Uhr nachmittags, im Stadtkrankenhaus in Hof. Fortbildungsvortrag des Herrn Prof. Dr. Schmidt. Persönliche Einladungen mit Tagesordnung ergehen noch.  
Dr. Klitzsch.

### Ein bedenkliches Steuergesetz.

Der Beschluß des Preußischen Landtags, die Gewerbesteuer auf die freien Berufe (Aerzte, Rechtsanwälte, Architekten, Volkswirte usw.) auszudehnen, hat einen Widerhall gefunden, den sich seine Urheber wohl kaum träumen ließen. Nicht nur die Beteiligten selbst, sondern die weitesten Kreise der Oeffentlichkeit bezeichnen diesen Beschluß als unsachlich und vor allem als unsozial. Die Standesvertretungen der freien Berufe haben auf die schwerwiegenden Auswirkungen aufmerksam gemacht.

Um was geht der Kampf? Das verständliche Bestreben, die Steuerlasten durch eine Erweiterung der Zahl der Steuerpflichtigen zu vermindern, hat dazu geführt, dem Gewerbesteuergesetz eine Ausdehnung zu geben, die seinem Wesen widerspricht, denn die Gewerbesteuer soll eine Sonderbelastung für das in den gewerblichen Betrieben arbeitende Kapital darstellen. Ein solches gewerbliches Kapital aber ist bei den freien Berufen nicht vorhanden. Die Praxis eines Arztes oder Rechtsanwaltes ist kein Geschäft, das verkauft werden kann. Die Standessitte, übrigens in Uebereinstimmung mit der allgemeinen Volksauffassung, wacht darüber, daß die freien Berufe nicht zu reinen Erwerbsunternehmen werden. Der Staat unterstützt diese Bestrebungen. Durch das Verbot des Reklamemachens wird dafür gesorgt, daß nicht zum Schaden der Kranken oder zum Nachteil der Rechtspflege die Gewohnheiten der rücksichtslosen Kundenwerbung sich in den freien Berufen breitmachen. Das Reichsgericht hat bereits im Jahre

1907 eine heute immer noch gültige Entscheidung getroffen, daß der ärztliche Beruf und der Rechtsanwaltsberuf nicht wie ein Gewerbe, d. h. als eine Einnahmequelle, als ein auf Geld gerichtetes Unternehmen, ausgeübt wird und nicht ausgeübt werden darf. Es handelt sich also nicht um gewerbliche Betriebe im Sinne der Gewerbeordnung, und das Einkommen der freien Berufe muß daher als reines Arbeitseinkommen bezeichnet werden. Solche Einkommen aber werden durch die Einkommensteuer erfaßt. Wenn man sie darüber hinaus noch mit der Gewerbesteuer belastet, dann bedeutet das eine Doppelbesteuerung, die um so unsozialer ist, als sich die überwiegende Mehrheit der Angehörigen der freien Berufe heute in einer sehr schwierigen wirtschaftlichen Lage befindet.

Deshalb ist es unsachlich, wenn man zur Begründung dieser steuerlichen Maßnahme die Tatsache anführt, daß es Aerzte und Rechtsanwälte mit einem Jahreseinkommen von 40000 Mark gibt. Man darf natürlich nicht die Spitzeneinkommen eines Berufsstandes mit den geringen Einkommen eines anderen vergleichen, um die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit eines Standes festzustellen. Außerdem gibt es Generaldirektoren mit 200000 Mark Einkommen, die auch keine Gewerbesteuer zahlen. Mit solchen Argumenten kann man die Oeffentlichkeit über das begangene steuerliche Unrecht nicht hinwegtäuschen.

Noch viel schlimmer aber als dieses Unrecht gegenüber der geistigen deutschen Mittelschicht sind die Auswirkungen dieser steuerlichen Maßnahme auf das gesamte deutsche Volk. Hierfür sind bereits Erfahrungen vorhanden. In Oldenburg, wo die Belastung der freien Berufe mit der Gewerbesteuer schon seit einigen Jahren besteht, hat die Rechtsanwaltschaft die ihr entstandenen Mehrkosten auf 5 v. H. ihrer Gesamteinnahme geschätzt und entsprechend auf ihre Mandanten abgewälzt. Die Folge ist eine Verteuerung der an sich schon hohen Prozeßkosten. Die Aerzteschaft hat sich zu ähnlichen Maßnahmen gezwungen gesehen. Hiervon werden naturgemäß zunächst die Privatpatienten betref-

fen, so daß sich die Belastung der freien Berufe mit der Gewerbesteuer praktisch direkt zu einer Krankensteuer auswirkt. Die Aerztekammern haben ihre ernstesten Befürchtungen in dieser Richtung schon bei allen maßgebenden Stellen zum Ausdruck gebracht, leider ohne Erfolg.

In der ernstesten Weise müssen durch die neue steuerliche Belastung die Beziehungen zwischen Aerzten und Krankenkassen in Mitleidenschaft gezogen werden. Man muß sogar mit der Möglichkeit rechnen, daß sich aus dieser Lage eine neue Auseinandersetzung auf der ganzen Front über die Krankenkassenhonorare ergibt. Die Krankenkassen selbst haben die sich daraus ergebenden Gefahren klar erkannt. Als im vorigen Jahr in Braunschweig eine ähnliche steuerliche Maßnahme beschlossen wurde, machten die braunschweigischen Krankenkassen eine Eingabe an den Landtag, in der sie — leider auch vergeblich — davor warnten mit der Begründung, daß die Aerzteschaft die steuerliche Mehrbelastung auf die Patienten, d. h. größtenteils auf die Krankenkassen abwälzen würde. Hierdurch würde die gesamte Finanzgebarung der Krankenkassen entscheidend beeinflußt, und es bestehe die Gefahr, daß Beitragserhöhungen notwendig würden. Unter diesen Umständen erscheint es geradezu unverständlich, daß dieselben Kreise, die sich mit Recht für eine Senkung der sozialen Lasten einsetzen, auf diesem Wege eine neue Steigerung mit vorbereiten helfen. So begrüßenswert der Einspruch des Preußischen Staatsrates ist, gegen die Aenderung des Gewerbesteuergesetzes Einspruch zu erheben, so wenig kann man sich darüber täuschen, daß die endgültige Regelung der Gewerbesteuerfrage durch das Reich zu erfolgen hat.

Bekanntlich liegt die letzte Entscheidung über die Gewerbesteuer beim Reichstag, der im Zusammenhang mit dem Steuervereinheitlichungsgesetz auch das Gewerbesteuerrahmengesetz zu beraten hat. Der Regierungsentwurf sieht für die reichsgesetzliche Regelung die Befreiung der freien Berufe von der Gewerbesteuer vor. Es ist dringend zu hoffen, daß der Reichstag diesen Entwurf unverändert annimmt und nicht den Bestrebungen gewisser Kreise nachgibt, die auch bei der reichsgesetzlichen Regelung die bisherige wohl begründete Befreiung der freien Berufe von der Gewerbesteuer beseitigen wollen. Im anderen Falle wären sozialpolitische Kämpfe unvermeidlich, die gerade jetzt unbedingt vermieden werden müssen.

### Mitteilung des Bayerischen Aerzteverbandes.

(Wiederholt.)

Vom 1. April 1929 ab kommen die Listen I, II, III, V der „Wirtschaftlichen Verordnungsweise“ für die reichsgesetzlichen Krankenkassen in Wegfall.

Die Liste IV ist nicht gefallen, kann aber durch örtliche Vereinbarung geändert werden.

Sache der Kollegen ist es nun, auch in diesem Falle zu beweisen, daß sie auch ohne Einschränkungsbestimmungen die berechtigten Interessen der Krankenkassen zu wahren gewillt und in der Lage sind. Wir haben die Ueberzeugung, daß, wenn dieser Beweis geliefert ist, die Krankenkassen auch auf die Liste IV verzichtet werden.

Die Herren Kollegen werden deshalb gebeten, so sparsam als irgend möglich zu verordnen, zumal andernfalls die Möglichkeit besteht, daß Anträge auf Wiedereinführung der „Wirtschaftlichen Verordnungsweise“ oder sonstige Beschränkungsbestimmungen betr. Verordnungen von den Krankenkassenspitzenverbänden gestellt und angenommen werden.

### Zur Rationalisierung in der Krankenversicherung.

Von Dr. M. Epstein, München.

Das durchaus begreifliche Bestreben der Krankenkassen nach Sparmaßnahmen, die unter dem modernen Namen der Rationalisierung vorgenommen werden, hat in der letzten Zeit in der ärztlichen Presse und auch in dieser Zeitschrift verschiedenartigste Beleuchtung gefunden. Mit demselben großen Mißtrauen, mit dem der Sozialhygieniker die Rationalisierungsmethoden in der Wirtschaft betrachten muß, begegnen wir diesen Versuchen in der Krankenversicherung.

Die bedeutsamen Ausführungen, mit denen Kollege Reichle den Zusammenschluß der praktischen Aerzte einleitete, sollten uns ein Mahnruf sein, auch die in der Krankenversicherung gesunkene Stellung der Aerzte wieder zu heben. Dazu ist es notwendig, die gegen die Aerzte erhobenen Beschwerden einer Prüfung zu unterziehen. Ohne die menschlichen Schwächen der Aerzte zu verkennen, ist es ein Unrecht, sie für Mißstände verantwortlich zu machen, die durch das System verschuldet sind.

Ich will davon absehen, meine prinzipielle Haltung gegenüber der Krankenversicherung hier heute zu wiederholen; ich habe sie vor zehn Jahren an anderer Stelle wie auch in diesem Blatte niedergelegt. Auch heute glaube ich, daß eine wirkliche Befriedigung der Aerzteschaft, eine Beseitigung des Kampfes zwischen Krankenkasse und Arzt, eine Trennung der freien Berufstätigkeit von der Sorge um die Existenz allein durch die Sozialisierung des Gesundheitswesens erreicht werden kann, und daß es Aufgabe der Aerzteschaft wäre, gemeinsam mit der Sozialversicherung Wege zu suchen, die in gleicher Weise zu einer gedeihlichen Entfaltung unseres Berufes wie zur gesundheitlichen Hebung der Bevölkerung führen.

Heute jedoch sollen uns nicht Zukunftspläne, sondern aktuelle Fragen beschäftigen. An zwei Stellen soll im Interesse der Krankenversicherung gespart werden, am Aerzlehonorar und am Krankengeld.

Wenn wir die Honorare der Jetztzeit mit denen bei Einführung der freien Arztwahl, d. i. vor 25 Jahren, vergleichen, so sind sie, berücksichtigt man die Entwertung des Geldes und die Steigerung des Lebensindex, zum mindesten die gleichen geblieben, jedenfalls nicht gestiegen, das kann jeder Versicherte an seinen eigenen Löhnen nachrechnen.

Die Forderung der Aerzte auf Bezahlung der Einzelleistung nach der Minimaltaxe hat zwar eine nominelle Erfüllung gefunden, in Wirklichkeit haben wir uns mit einer Pauschalierung abgefunden, die von den Krankenkassen zur leichteren Bilanzierung ihres Etats als notwendig befunden wurde. Die nominelle Berechnung findet zwar unter der Form der Einzelleistung mit besonderer Anführung der Extraleistungen statt; da jedoch der Höchstsatz pro Kopf inklusive Extraleistungen, für die praktischen Aerzte wenigstens, 6,50 M. in der Regel nicht übersteigt, so erscheint die Aufführung der Extraleistungen nicht anders als eine Selbsttäuschung. Dies hat zur Erbitterung gewiß nicht des schlechtesten Teiles der praktischen Aerzte geführt, wie ich das vor Jahren bereits voraussagen konnte. Von vielen Kollegen hört man Urteile der Empörung über Streichungen, die von der Honorarkontrollkommission pflichtgemäß vorgenommen werden mußten, weil die durch das Pauschale vorgeschriebene Höchstziffer überschritten war. Größere Empörung als die Streichung selbst verursacht besonders bei den älteren Kollegen, die seit Jahrzehnten in gewissenhafter Weise ihre Patienten betreut haben, die Art und Weise der Mitteilung dieser Streichungen, in der der Vorwurf leichtfertiger Polypragmasie, wenn nicht direkt ausge-

sprochen, so doch zwischen den Zeilen zu lesen war. Mir haben eine Reihe älterer, sehr geschätzter Kollegen erzählt, daß sie mit Absicht eine Anzahl von Einzel- und Extraleistungen in ihren Listen nicht mehr notieren, weil sie es satt haben, sich von den kontrollierenden Kollegen scheel ansehen zu lassen, eine Unterlassung, die zwar charakteristisch, jedoch aus den verschiedensten Gründen nicht zu billigen ist, schon deswegen nicht, weil sie vor allem den Krankenkassen ein ganz falsches Bild der Leistungen gibt.

Polypragmasie, das ist das Schlagwort, das von Kassenvertretern wie von Aerzten — einer betet es dem anderen nach — ins Feld geführt wird, um das Anschwellen der Honorare zu erklären. Merkwürdig, daß diejenigen Kollegen, welche die größten Honorare beziehen, eine niedrige, wenn nicht die niedrigste Durchschnittsziffer haben. Sie werden auch den beschwerdeführenden Aerzten als Muster vorgeführt. Dies ist aber vollständig abwegig. Schon rein rechnerisch läßt sich nachweisen, daß viele dieser vielbeschäftigten Kollegen, denen wegen ihrer niedrigen Durchschnittsziffer eine gute Note erteilt wird, nicht in der Lage sind, ihre Patienten — das muß offen ausgesprochen werden — gewissenhaft zu versorgen. Oder erkranken bei diesen Aerzten die Patienten nicht an schweren Pneumonien, die ein- bis zweimal täglich besucht werden müssen, behandeln sie keine Herzinsuffizienzen, keine schweren akuten Infektionskrankheiten? Mißgriffe einzelner Aerzte zugegeben, wegen deren wir vor mehr als zwanzig Jahren die Durchschnittsziffer eingeführt haben, muß vor der Verallgemeinerung; wie sie heute üblich ist und sich schematisch gegen alle Aerzte richtet, welche die Durchschnittsziffer überschreiten, dringend gewarnt werden. Ueberdies muß den Wandlungen in der Wissenschaft Rechnung getragen werden. Auch wenn man kein Anbeter jeder Neuerung in der Medizin ist, so wird man sich doch den Fortschritten der modernen Therapie, der intravenösen Salvarsan-, der Reizkörper- oder Vakzinebehandlung nicht entziehen können. Natürlich ist es bequemer, jedes Panaritium, jeden kleinen Abszeß dem Chirurgen oder der Poliklinik zu überweisen; gewiß ist es einträglicher, eine Patientin mit Ulcus cruris, wie es oft geschieht, nach Hause zu schicken mit der Weisung, essigsaurer Tonerdeumschläge zu machen; gewiß ist es einfacher, bei einem Fluor, gleichviel welchen Ursprungs, ohne mikroskopische Untersuchung, die nur aufhält, eine Spülung zu verordnen. Ob auch zum Nutzen der Patienten? Ist unter Berücksichtigung dieser Tatsachen das Verbleiben unter der Durchschnittsziffer als Beweis guten Wohlverhaltens zu werten, oder ist es nicht vielmehr in sehr vielen Fällen der Beweis mangelhafter Fürsorge für die Erkrankten?

Dazu kommt noch, daß die Durchschnittsziffer bei ihrer Einführung für die Gesamtzahl der Aerzte berechnet wurde, während sie jetzt, soweit ich unterrichtet bin, für jede Bezirksgruppe von Aerzten bzw. Fachärzten besonders festgestellt wird, wobei das Grundgesetz jeder wissenschaftlichen Statistik, das Gesetz der großen Zahl, vernachlässigt wird.

Ich habe bereits vor Jahren vor der Einführung der kleinen Extraleistungen, die indessen vervielfacht worden sind, gewarnt, da sie, in eine Pauschale gerechnet, den Wert jeder Leistung, insbesondere des mühevollen Besuchs des praktischen Arztes herabmindern müssen. Diese schlechte Bewertung der Leistungen, insbesondere des Zeit und Mühe erfordernden Besuches, hat zu großer Unzufriedenheit der praktischen Aerzte geführt, die auch heute noch die Hauptstütze der Krankenversicherung sind. Die kleinen Extraleistungen bieten einen Vorteil den Fachärzten, die keine Besuche machen. Es liegt mir ferne, dem Facharzte, der durch

eine längere Berufsausbildung (die in der Zukunft auch dem praktischen Arzte nicht erspart werden kann) belastet ist, eine bessere Honorierung zu mißgönnen, sie darf jedoch nicht auf Kosten des praktischen Arztes geschehen. Will man eine gewissenhafte, ausreichende, den modernen Anforderungen der Wissenschaft entsprechende Behandlung, so kostet sie eben Geld, das gilt für Aerzte wie Fachärzte.

Weit schlimmer als die mangelhafte Honorierung ist der Mangel an Vertrauen, das heute dem Arzte entgegengebracht wird. Damit komme ich zu den Sparmaßnahmen, die zur Einschränkung des Krankengeldes ergriffen werden.

Gewiß sind Kontrollen durch Vertrauensärzte durchaus notwendig; die Verantwortung der Kassenverwaltungen für die im Interesse der Versicherten zu verausgabenden Summen ist groß und gebietet eine strenge Aufsicht, die sich nicht weniger gegen die Versicherten richtet wie gegen die Aerzte, die durch die Krankengeldanweisung über fremdes Vermögen verfügen. Sicher gibt es eine Reihe von Aerzten, die sich allzu nachgiebig den Wünschen der Patienten fügen, größer ist die Zahl der Aerzte, die so überbeschäftigt sind, daß sie nicht die Zeit finden, zwischen den Arbeitsfähigen und -unfähigen zu unterscheiden. Hier liegt ein Systemfehler vor, der es einem einzelnen Arzte ermöglicht, eine Menge von Patienten zu versorgen, über die er jede Orientierung verlieren muß. Völlig verkehrt ist es jedoch, auch hier wieder zu verallgemeinern und das Anwachsen des Krankengeldbezugs kurzweg auf das Schuldkonto der Aerzte zu schieben. Ist denn nicht die Zahl der Arbeitsunfähigen, prozentual an dem Mitgliederstand gemessen, in ganz Deutschland gegenüber der Vorkriegszeit gewachsen? Finden wir nicht fast die gleichen Zahlen bei der freien Arztwahl wie bei dem fixierten Arztsystem? Es ist nicht schwer nachzuweisen, daß hier allgemeine sozialpolitische Ursachen vorliegen, die nur angedeutet werden sollen, wenn wir auf die Folgen des Krieges, Unterernährung, Wohnungsnot, ungeheure Arbeitslosigkeit hinweisen. Wenn man Vorwürfe gegen die Aerzte erhebt, daß sie leichtsinnig Krankengeld anweisen, so bedenke man auch die Schwierigkeit einer gewissenhaften Bestätigung der Arbeitsfähigkeit, solange der Patient sich selbst zu schwach fühlt, eine Arbeit aufzunehmen. Sind nicht einem jeden von uns Beispiele schwerer Irrtümer bei Arzt wie bei Vertrauensärzten bekannt? Darf das Fehlen objektiv nachweisbarer Symptome allein maßgebend sein? Jeder erfahrene Arzt dürfte diese Frage verneinen. Man hat zum Nachweis des Leichtsinns, mit dem die Arbeitsunfähigkeit bescheinigt wird, auf die Widersprüche hingewiesen, die sich bei den Nachuntersuchungen durch die Vertrauensärzte ergeben. Man hat Statistiken aufgestellt, um diesen Beweis nachdrücklicher führen zu können. Es gehört jedoch ein hoher Grad von Naivität dazu, diesen Statistiken einen anderen Wert beizumessen als den, daß man mit fehlerhaften Statistiken alles beweisen kann. Eine Nachprüfung der von den Vertrauensärzten abgeschrieben Patienten hat z. B. in Nürnberg ergeben, daß ein großer Teil der Abgeschriebenen wieder arbeitsunfähig geschrieben werden mußte. Dies gilt nicht nur von Nürnberg. Eine Anzahl der Vorgeladenen läßt sich vom behandelnden Arzt abschreiben, weil sie sich genieren, zu einem ihnen fremden Arzte zu gehen; es sind dies nicht die schlechtesten Elemente; sie lassen sich auch durch Zureden nicht dazu bewegen, auch wenn man ihnen vorstellt, daß sie sich selbst wie ihren Arzt durch ihr Fernbleiben in ein schlechtes Licht bringen. Sie bleiben lieber unter Krankengeldverzicht zu Hause und warten ihre Arbeitsfähigkeit ab. Viele wollen nicht stundenlang in

dem überfüllten Warteraum warten; andere haben ein unbegründetes Mißtrauen gegen den Vertrauensarzt als solchen. Ist doch das Verhältnis zwischen Patient und Arzt ein grundsätzlich anderes als das zwischen Patient und Vertrauensarzt. Der Arzt ist dazu verpflichtet, den Patienten daraufhin anzuschauen, ob er ihn gesund machen kann, der Vertrauensarzt der Kasse, ob er ihn abschreiben kann. Ein humorvoller Patient sagte einmal von einem Vertrauensarzt: „Der wenn Praxis ausüben müßt, der hätt' ganz wenig Patienten.“

Ich erinnere an das in früheren Zeiten beobachtete starke Mißtrauen der Versicherten gegen die Vertrauensärzte der Berufsgenossenschaften, das nicht immer ganz unbegründet war. Dies liegt nun einmal in dem Wesen des Vertrauensarztsystems, läßt sich aber auf ein Mindestmaß herabsetzen, wenn es gelingt, zwischen praktischem Arzt und Vertrauensarzt ein richtiges Verhältnis herzustellen. Der behandelnde Arzt kennt die Vorgeschichte der Erkrankung, er kennt in vielen Fällen die Persönlichkeit des Patienten, er kann seine Glaubwürdigkeit besser beurteilen, er kennt seine häuslichen Verhältnisse, sein Arbeitsverhältnis, er ist also eher in der Lage, die Arbeitsfähigkeit des Patienten zu beurteilen als der Vertrauensarzt. Ganz besonders gilt dies in bezug auf die manchmal angeordneten Massenvorladungen, bei denen der Vertrauensarzt ebensowenig Zeit für den einzelnen hat wie der vielbeschäftigte Kassenarzt. Diese Massenuntersuchungen erinnern mich lebhaft an die Zeiten des Krieges, wenn im Lazarett der Befehl eintraf, alle Mannschaft soweit als möglich kv. zu schreiben, weil es an der Front an Truppen mangle. Sie haben wenig Wert und schaffen Erbitterung bei Kranken und Aerzten.

Ich bin weit davon entfernt, das Vertrauensarztsystem als solches anzugreifen; es ist leider notwendig, weil nicht alle Aerzte genügend diszipliniert sind, und weil die Rücksicht des behandelnden Arztes auf seinen Patienten auch eine kleine Korrektur seitens des Vertreters der Kasseninteressen schon vertragen kann, wäre es doch ungerecht, den Arzt als den reinen Engel und den Vertrauensarzt als den Teufel hinzustellen. Aber es bestehen gewisse schwerwiegende Mängel, die beseitigt werden können und beseitigt werden müssen.

Der Hauptmangel ist die Kontaktlosigkeit zwischen Arzt und Vertrauensarzt. Der Patient wird ohne vorhergehende Benachrichtigung des behandelnden Arztes vorgeladen; das geht nicht, ist auch unpraktisch, ein kurzes Vorladungsformular, das der Patient dem Arzte vor seinem Besuch beim Vertrauensarzt vorzuzeigen hat, soll dem behandelnden Arzte Gelegenheit geben, sich zu dem Krankheitsfall zu äußern. Bei bestehender Differenz der Auffassungen würde eine telephonische Anfrage während der Sprechstunde manche Fehlschlüsse des Vertrauensarztes verhindern, manche Empörung des Kranken, manche Erbitterung des Arztes vermeiden, auch die Ueberweisung in ein Krankenhaus oft überflüssig machen und damit der Kasse Geld sparen. Eine nachträgliche Beschwerde des Arztes hat für beide Teile viel Peinliches und ist daher unzweckmäßig.

Ein weiterer Mangel liegt in der Auswahl der Vertrauensärzte, die mit sorgfältiger Ueberlegung nach Vereinbarung zwischen der Aerzteorganisation und der Krankenkasse getroffen werden müßte. Wenn ich mich von einem Vertrauensarzt kontrollieren lasse, will ich haben, daß er mehr oder wenigstens ebensoviel Erfahrung besitzt als ich. Für derartige Vertrauensstellungen brauchen wir erfahrene, durch langjährige Praxis erprobte und dadurch zu so schwierigen Entscheidungen berufene Aerzte.

Mit dieser Programmforderung wäre vielleicht auch

einem dritten Mangel abgeholfen, daß einzelne Vertrauensärzte, meist jüngere, es an dem notwendigen Takt fehlen lassen, ohne den ein vertrauensvolles Zusammenarbeiten nicht denkbar ist. Eine Kritik der Diagnose und Therapie des behandelnden Arztes dem Patienten gegenüber ist unter allen Umständen unstatthaft, selbst wenn sie, was gewiß nicht immer der Fall ist, berechtigt sein sollte. Sie diskreditiert weniger das Vertrauen zu dem behandelnden Arzt als das Vertrauen zu dem vertrauensärztlichen System.

Wir brauchen Kontrollkommissionen auf den verschiedensten Gebieten, wir müssen jedoch ihre Tätigkeit so gestalten, daß ein Zusammenarbeiten von Aerzten und Krankenkasse zur beiderseitigen Zufriedenheit möglich ist und die Arbeitsfreudigkeit nicht leidet.

### Objektiv — subjektiv.

Von Sanitätsrat Dr. Lennhöff, Berlin.

Aerzten ist es allbekannt, daß ein Patient schwerste Schmerzen haben kann, ohne daß der Grund für dieselben in einem objektiven Zeichen erkennbar ist. Wenn nun ein solcher Kranker erklärt, nicht arbeitsfähig zu sein, so kommt der Arzt in die Zwangslage, eventuell die Arbeitsunfähigkeit zu begutachten, ohne eine andere Unterlage zu haben, als die unzuverlässige Aussage des Patienten und den allgemeinen Eindruck, welchen der Arzt von dessen Persönlichkeit erhält oder aber die Klagen nicht ernst zu nehmen, sie nicht anzuerkennen und die Arbeitsfähigkeit auszusprechen, obwohl er sich dessen bewußt ist, daß er damit jemand vielleicht unrecht tut und vielleicht sogar schädigt, der sich gezwungen zwar, aber doch vertrauensvoll ihm, dem Arzt, zuwendet.

Mir ist dies leider einmal passiert, und das Ereignis, das jetzt bald 40 Jahre zurückliegt, hat sich mir unauslöschbar eingepägt: Kurz nachdem wir auf dem Lloyd-Dampfer, dessen Schiffsarzt ich war, Colombo verlassen hatten, meldete sich bei mir ein Kohlentrimmer, er könne wegen Schmerzen im Vorderarm nicht arbeiten. Die Arbeit zwischen Aden und Colombo war durch den Monsun besonders schwer gewesen und mußte es auch noch in den nächsten zwei Wochen sein. Der Obermaschinist gab dem Manne ein sehr schlechtes Zeugnis, er sei ein Faulenzer, ein Drückeberger usw.; bei der Arbeit könne er nicht entbehrt werden; ein Mann sei infolge Verbrühens seit einer Stunde ausgeschieden, ein Ersatzmann sei nicht vorhanden, die arbeitsfähigen Leute könnten unmöglich weiter belastet werden . . .

Der Patient klagte über dauernden Schmerz an der Grenze des oberen Drittels und der unteren Zweidrittel der rechten Ulna. Zu sehen war daselbst nichts Abnormes, insbesondere war eine Schwellung gegenüber dem linken Arme nicht zu konstatieren. Auf Druck an einer Stelle wurde Schmerz geäußert in einer Weise, die mir exagiert schien. Daher denn mein Urteil: Arbeitsfähig! — Und der Mann arbeitete auch. In den nächsten zwei Tagen kontrollierte ich noch und fand keine Veränderung, obwohl der Mann immer noch klagte.

Aber nach etwa acht weiteren Tagen plötzlicher Alarm: Mann über Bord! . . .

Der Dampfer dreht bei. Es gelingt, den Mann — meinen Patienten — halb tot aufzufischen und wieder zum Bewußtsein zu bringen. Weil er es vor Schmerz nicht mehr habe aushalten können, habe er sich das Leben nehmen wollen.

Erneute Untersuchung ergab nunmehr an der Schmerzstelle eine intensive Rötung und das Vorhandensein eines subperiostalen Abszesses.

Zu folgern ist aus einem solchen Falle für die Praxis des Alltages, daß die Krankenkassen die Schwierigkeit der Entscheidung seitens des Arztes anerkennen müssen, und daß der behandelnde Arzt im Zweifelsfalle gut daran tut, die Entscheidung dem Vertrauensarzte zuzuschieben.

### Entschliessung des Aerztekammerausschusses zur Gewerbesteuer.

Der Aerztekammerausschuß für Preußen hält die Gewerbesteuerpflicht der freien Berufe mit dem Wesen eines freien Berufes nicht vereinbar, er weist mit besonderem Nachdruck darauf hin, daß die Gleichstellung der Aerzte mit den Gewerbetreibenden geeignet ist, die altüberkommenen ethischen Berufsauffassungen zu gefährden. In der vom Landtag beschlossenen Umbenennung in „Gewerbe- und Berufssteuer“ sieht er lediglich eine Verschleierung des wahren Charakters dieser Steuer.

Da die Aerzte nicht in der Lage sind, die Steuer aus ihren bisherigen Einnahmen zu tragen, so werden sie gezwungen, ihre Honorare entsprechend zu erhöhen. Die Gewerbesteuerpflicht der Aerzte bedeutet somit eine Sondersteuer für die Kranken und muß zugleich eine Erhöhung der Soziallasten zur Folge haben. Auch ist sie geeignet, zum Schaden der Kranken neue Unruhe in das Verhältnis zwischen Krankenkassen und Aerzten zu bringen.

Sie bedeutet auch eine so weitgehende Gleichstellung mit den wirklichen Gewerbetreibenden, daß der Erlaß einer staatlichen Gebührenordnung nicht mehr gerechtfertigt erscheint und Aufhebung der zur Zeit geltenden Gebührenordnung gefordert werden müßte.

### Bkk. Die Verwaltungskosten der Krankenkassen

bilden immer wieder den Mittelpunkt von Angriffen gegen die Krankenkassen. Da man in dieser Beziehung in der Presse leider die widersprechendsten Angaben lesen kann, ist es sehr zu begrüßen, daß nunmehr das Statistische Reichsamts die tatsächlichen Verwaltungskosten der reichsgesetzlichen Krankenkassen aus dem Jahre 1927 in einwandfreien Zahlen bekanntgibt. Es betragen im vorerwähnten Jahre die Verwaltungskosten auf den Kopf des Mitgliedes gerechnet, bei den Ortskrankenkassen 6.20 RM., bei den Landkrankenkassen 4.40 RM., bei den Betriebskrankenkassen 0.90 RM., bei den Innungskrankenkassen 7.10 RM. und damit im Durchschnitt aller reichsgesetzlichen Kassen 5.17 RM. Vom Hundert der Ausgaben, ohne Vermögensanlagen, bezifferten sich die Verwaltungskosten bei den Ortskrankenkassen auf 8,2 Proz., bei den Landkrankenkassen auf 10,6 Proz., bei den Betriebskrankenkassen auf 0,9 Proz., bei den Innungskrankenkassen auf 8,7 Proz., so daß sich ein Durchschnitt von 6,5 Proz. ergibt. Die Ersatzkassen wendeten laut Jahresbericht des Verbandes kaufmännischer Berufskrankenkassen an Verwaltungskosten pro Mitglied 13.— RM., vom Hundert ihrer Ausgaben, ohne Vermögensanlagen, 11,6 Proz. auf.

### Landesversicherungsanstalt Oberbayern.

In Fällen, in denen die Erholung von fachärztlichen Gutachten (insbesondere von Kliniken, Krankenhäusern) sich als notwendig erweist, ohne daß eine Beobachtung mit verbunden wird, wird von der Landesversicherungsanstalt Oberbayern eine feste Gebühr von 15 M. bezahlt.

## Vertrag

zwischen der Betriebskrankenkasse der Bayerischen Inneren Staatsbauverwaltung (StKK.) und dem Bayerischen Aerzteverband E.V.

### § 1.

Sämtliche (von den Zulassungsausschüssen der zuständigen Versicherungsämter) zur Kassenpraxis zugelassenen Aerzte des links- und rechtsrheinischen Bayerns verpflichten sich, die ärztliche Behandlung der Mitglieder dieser Kasse und deren Familienangehörigen nach Maßgabe der Reichsversicherungsordnung (RVO.), der jetzigen Kassensatzung (KS.) und jetzigen Krankenordnung (KO.), des KLB. und dieses Vertrages zu übernehmen.

Als Arztsystem für die Kasse gilt die organisierte freie Arztwahl.

Die Kasse verpflichtet sich zur Bezahlung der kassenärztlichen Tätigkeit nach Maßgabe der Bestimmungen dieses Vertrages.

### § 2.

Zur Teilnahme an diesem Vertrag ist jeder Arzt berechtigt, der als Mitglied einer der im Bayerischen Aerzteverband E. V. vertretenen kassenärztlichen Organisation (Aerztlich-wirtschaftlicher Verein) angehört, soweit er zur Behandlung von Kassenmitgliedern vom zuständigen Zulassungsausschuß zugelassen ist oder nach Abschluß des Vertrages zugelassen wird.

### § 3.

Die Verpflichtungsscheine der Aerzte laut KLB. werden bei der Hauptstelle der StKK. hinterlegt; der Verpflichtungsschein der Kasse wird beim Bayerischen Aerzteverband E. V. hinterlegt.

### § 4.

Die Versicherten und ihre Familienangehörigen haben unter den zugelassenen Aerzten freie Wahl.

### § 5.

Für die Durchführung der Ueberwachung und Prüfung der gesamten kassenärztlichen Tätigkeit gelten die einschlägigen Richtlinien des KLB., soweit örtlich nichts anderes vereinbart wird.

### § 6.

Die Kassenärzte verpflichten sich, die „Anweisung für die kassenärztliche Tätigkeit“ im Sinne des KLB. genau zu befolgen, ferner die kassenärztlichen Leistungen in Art und Zahl auf das nach ihrem pflichtgemäßen Ermessen zur Krankheitsbeseitigung notwendige Maß zu beschränken und der Art der Verordnung wie der Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit zum Schutze der Kasse vor unberechtigter Ausnützung besondere Aufmerksamkeit zuzuwenden.

Ebenso hat die Kasse die in der „Anweisung für die kassenärztliche Tätigkeit“ ihr auferlegten Pflichten zu erfüllen.

### § 7.

Die Einweisung erkrankter Mitglieder und Familienmitglieder in Krankenanstalten irgendwelcher Art (Ziffer 3 KO.) muß — Notfälle ausgenommen — vom Kassensarzte vorher beantragt und begründet werden.

Muß der Arzt in Notfällen die Einweisung selbst vornehmen, so darf sie nur in die nächste, geeignete — möglichst öffentliche — Anstalt erfolgen. Die Kasse ist hiervon jedoch unverzüglich zu verständigen.

## § 8.

a) Die Bezahlung der Kassenärzte erfolgt nach Einzelleistungen.

b) Weggelder sind örtlich zu vereinbaren.

c) An Orten, wo insgesamt unter 150 Krankheitsfälle im Vierteljahre anfallen, wird von einer Begrenzung Abstand genommen.

## § 9.

Für Streitigkeiten aus diesem Vertrag sind die im KLB. § 11 vorgesehenen Stellen (Einigungsausschuß und Schiedsgericht) zuständig.

Als Einigungsausschuß wird der für die beteiligten Aerzte zuständige örtliche Zulassungsausschuß, als Schiedsgericht der nach § 4 der Zulassungsbestimmungen erweiterte Zulassungsausschuß (§ 11 Ziffer 4, I des KLB.) bestimmt.

## § 10.

Soweit ärztliche Verrechnungsstellen errichtet und nicht nach § 10 Ziff. 6 KLB. örtlich abweichende Vereinbarungen getroffen sind, gilt für die vorläufige Abrechnung § 10 Ziff. 2 KLB., für die endgültige Abrechnung und die Honorarverteilung § 10 Ziffer 3, 4 KLB.

Wo Verrechnungsstellen nicht bestehen, rechnen die Kassenärzte mit der Kassenhauptstelle unter sinngemäßer Anwendung obiger Bestimmungen unmittelbar ab und werden von ihr unmittelbar bezahlt.

## § 11.

Der vorstehende Vertrag tritt ab 1. Januar 1929 in Kraft.

Er kann spätestens jeweils am 1. Oktober zum 31. Dezember des laufenden Jahres gekündigt werden (§ 12 KLB.).

Der Vertragsausschuß beim Städt. Versicherungsamt München hat Inhalt und Wortlaut des vorstehenden Vertrages in seiner Sitzung vom 27. Februar 1929 gemäß § 2, II der Bestimmungen über die Vertragsausschüsse vom 30. Juni 1925 (StAnz. Nr. 149) genehmigt.

München, den 14. März 1929.

Städtisches Versicherungsamt München.

Der Vorsitzende: Dr. Jäger.

### Betreff Mietzinserhöhung für gewerbliche Räume.

Gewerblich oder geschäftlich benutzte Räume. Für sie gilt ab 1. Januar 1929 eine erhöhte gesetzliche Miete. Bisher waren zuschlagspflichtig nur solche Räume, für die eine Jahresfriedensmiete von mehr als 600 RM. galt. Nunmehr ist ein Zuschlag von 10 Proz. für Räume mit einer Jahresfriedensmiete bis zu 600 RM. und ein Zuschlag von 20 Proz. für alle übrigen gewerblich oder geschäftlich benutzten Räume zu entrichten. In Betracht kommen Räume, in denen ein Gewerbe oder ein Geschäft betrieben wird; gemeint sind Geschäftsräume aller Art. Zu beachten ist indes, daß die berufliche Verwendung eines Raumes durch einen Nichtgeschäftsmann, z. B. einen Arzt, einen Rechtsanwalt, den Raum noch nicht zu einem geschäftlich benutzten Raum macht; denn der Begriff „beruflich“ ist weitergehend als „geschäftlich“. Nicht zuschlagspflichtig sind wie bisher solche Räume, wenn sie vor dem 1. August 1914 zu Wohnzwecken bestimmt oder benutzt waren, gegenwärtig aber zu gewerblichen oder geschäftlichen Zwecken verwendet werden.

(Kommentar Dr. Kiefersauer: „Grundstücksmiete“, Ergänzungsband 1929, Verlag J. Schweitzer, S. 208.)

## Vereinsnachrichten.

(Originalbericht der Bayerischen Aerztezeitung.)

### Aerztlicher Bezirksverein und Aerztlich-wirtschaftlicher Verein Amberg.

(Gemeinschaftliche Sitzung vom 23. März.)

#### I. Aerztlicher Bezirksverein.

Der Vorsitzende, SR. Doerfler, widmet den verstorbenen Herren Oberregierungsrat Dr. Uebl, SR. Dr. Preuß und Dr. Fuß einen warmen Nachruf. — Es wird ferner folgender Antrag angenommen: Der Vorstand des Aerztl. Bezirksvereins wird beauftragt, an den Stadtrat das Ersuchen zu stellen, die Kranken, die der Fürsorge unterstehen und bisher vom Stadtarzt behandelt werden, der freien Praxis zurückzugeben.

#### II. Aerztlich-wirtschaftlicher Verein.

Der Vorsitzende, Dr. Kord-Lütgert, erstattet in einem längeren Referat ausführlichen Bericht über die Vereinstätigkeit des abgelaufenen Jahres. Besonders eingehend wird die neugeregelt Tätigkeit des Honorarkontrollausschusses dargestellt. Sie gründet sich auf eine streng individuelle Prüfung der Praxisverhältnisse jedes einzelnen Kollegen, welche durch die sehr verschieden große Fallzahl, die der jeweils zu Ueberprüfende aufzuweisen hat, notwendig wird. Die beste Möglichkeit, leichte und schwere Fälle auszugleichen, hat der Arzt mit der größten Fallzahl, die geringste Möglichkeit hierzu der Arzt mit der kleinsten Fallzahl. Um einen Ueberblick über die Arbeit der Aerzteschaft des Vereinsgebietes zu erhalten, wurde die durchschnittliche Fallzahl für jedes Vierteljahr ermittelt und in Beziehung zu den durchschnittlichen Unkosten gebracht und so das Honorar des „Durchschnittsarztes“ rechnerisch ermittelt. Bei jenen Kollegen, welche dieses Honorar überschritten haben, ergab sich die Unterscheidung in eine Gruppe, deren Fallzahl unter, und eine zweite, deren Fallzahl über derjenigen des Durchschnittsarztes lag. Diese letztere Gruppe erfuhr gerechterweise eine strengere Beurteilung als die erstere. Weiterhin besprach der Vorsitzende die Tätigkeit der Krankenkontrollkommission. Er wandte sich einerseits an das Verantwortungsbewußtsein der behandelnden Aerzte bezüglich Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit und betonte andererseits das im Interesse des ärztlichen Ansehens notwendige Gemeinschaftsgefühl, welches die Herren der Kontrollkommission mit den praktizierenden Aerzten verbinden soll. Anschließend an dieses Referat des Vorsitzenden erstattet SR. Nürbauer den Geschäftsbericht. Hierauf Neuwahl des Vorstandes. I. Vorsitzender: Dr. Kord-Lütgert. II. Vorsitzender und Schriftführer: Dr. Gillitzer, Geschäftsführer: SR. Dr. Nürbauer, Beisitzer: SR. Dr. Doerfler und Dr. Martius. — Hierauf Besprechung des neuen Vertrages mit den Ersatzkassen. Besonders betont wird die sich daraus ergebende gesteigerte Verantwortung der Aerzte. Besonders wird darauf hingewiesen, daß bei sämtlichen (!) Kassen der Beginn der Arbeitsunfähigkeit in der Liste mit „u“, der Wiedereintritt der Arbeitsfähigkeit mit „a“ anzumerken ist. Desgleichen wird betont, daß der für Genehmigung der Sachleistungen erforderliche Antrag die Diagnose und eine Begründung der Notwendigkeit zu enthalten hat. — Beschluß des Beitrittes zum Kreisverband der Aerzte der Oberpfalz mit einem jährlichen Mitgliederbeitrag von 2 RM. für jedes Vereinsmitglied.

Dr. Gillitzer.

### 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.

**Bekanntmachung.**

Der Zulassungsausschuß für den Bezirk des Städt. Versicherungsamtes München hat in seiner Sitzung vom 22. März 1929 beschlossen, Herrn Dr. med. Oskar Hellerer, prakt. Arzt mit Geburtshilfe, Elvirastraße 1/0,

mit sofortiger Wirkung und Herrn

Dr. med. Julius Kopp, Facharzt für Haut-, Harn- und Geschlechtsleiden, Dachauerstraße 15/I,

mit Wirkung ab 1. April 1929 zur Kassenpraxis zuzulassen.

Dies wird gemäß § 8 Abs. VIII Satz 2 der Zulassungsbestimmungen vom 15. Dezember 1925 in der Fassung der Beschlüsse des Landesausschusses für Aerzte und Krankenkassen vom 3./4. Dezember 1925 und 12. Mai 1926 (StAnz. 1925 Nr. 293 und 1926 Nr. 109) bekanntgemacht.

Gegen den Beschluß steht gemäß § 9 der Zulassungsbestimmungen den beteiligten Krankenkassen und jedem nichtzugelassenen Arzte das Recht der Berufung an das Schiedsamt beim Bayer. Oberversicherungsamt in München zu. Die Berufung eines nichtzugelassenen Arztes kann sich jedoch nur darauf stützen, daß nach Ansicht des Berufungsklägers bei der Auswahl der zuzulassenden Aerzte auf Grund des § 5 der Zulassungsgrundsätze seine Person zu Unrecht übergangen worden ist. Aufschiebende Wirkung hinsichtlich der Ausübung der Kassenpraxis durch die zugelassenen Aerzte kommt der Berufung nur dann zu, wenn auch seitens der beteiligten Krankenkassen Berufung zum Schiedsamt eingelegt wird (vgl. Entscheidungen des Reichsschiedsamts Nr. 27 vom 19. November 1926 und Nr. 35 vom 10. Februar 1927 in Amtliche Nachrichten des RVA. 1926, S. 501, und 1927, S. 276, sowie Entscheidung des Bayer. Landesschiedsamts Nr. II/26 vom 17. Februar 1927 in Sachen Dr. J. Tannenwald in Mitteilungen des LVA. 1927, S. 34).

Eine etwaige Berufung ist gemäß § 9 der Zulassungsbestimmungen binnen 14 Tagen nach Ausgabe der vorliegenden Nummer der Bayer. Aerztezeitung schriftlich oder mündlich beim Schiedsamt beim Bayer. Oberversicherungsamt München, Ludwigstraße 14/I, einzulegen.

München, den 2. April 1929.

Versicherungsamt der Landeshauptstadt München.

Der Vorsitzende: I. V. gez. Dr. Jaeger.

**Amtliche Nachrichten.****Dienstesnachrichten.**

Vom 1. April 1929 an wird der im zeitlichen Ruhestand befindliche Obermedizinalrat Dr. Schultz, ehemals Landgerichtsarzt in Bamberg, wegen fortdauernder Dienstunfähigkeit in den dauernden Ruhestand versetzt.

Ab 1. April 1929 wurde in der Prinzregent-Luitpold-Kinderheilstätte Scheidegg die bisherige erste Assistentenstelle in eine etatmäßige Oberarztstelle umgewandelt. Die Stelle wurde dem jetzigen ersten Assistenten, Herrn Dr. Knüsli, übertragen.

**Vereinsmitteilungen.****Mitteilungen des Münchener Aerztereins für freie Arztwahl.**

1. Der Vertrag mit dem Sanitätsverband ist ab 1. April neu abgeschlossen worden. Die Vertragsbedingungen werden bekanntgegeben, sobald der Wortlaut des neuen Vertrages festgesetzt ist. Die Honorarsätze werden ab 1. Juli d. J. erhöht.

2. Die Krankenlisten für das erste Vierteljahr 1929 sind bis spätestens 10. April an die Geschäftsstelle einzureichen. Die Herren Kollegen werden dringend ersucht, den Termin pünktlich einzuhalten.

3. Der Vorsitzende der Honorarkontrollkommission, Herr SR. Dr. Cohn, ist bis zum 25. April verreist. Vertreter ist Herr SR. Dr. Fuld.

**Tuberkulose-Fortbildungskursus in Donaustauf.**

Der in der Lungenheilstätte Donaustauf vom 18. bis 23. März abgehaltene Tuberkulose-Fortbildungskursus war von 12 Teilnehmern besucht. Die Kurse in Donaustauf genießen bereits großes Ansehen in der Aerzteschaft, und es spricht für deren Gediegenheit nicht am wenigsten der Umstand, daß ein Teilnehmer schon den dritten, ein anderer bereits den zweiten Kursus in Donaustauf mitmacht.

Die Landesversicherungsanstalt Oberpfalz, Besitzerin der Heilstätte, und deren ärztlicher Direktor, Herr Dr. Nicol, haben sich durch Einführung dieser Lehrgänge sicher große Verdienste erworben. Sie kommen einem dringenden Bedürfnis entgegen.

Der letzte Kursus brachte seinen Teilnehmern wieder großen Gewinn. Dank des wohlgedachten Arbeitsplanes, der weisen Stoffauswahl und -einteilung, der prachtvollen Methodik und hervorragenden Lehrgabe des Kursleiters und seiner Mitarbeiter wurde es den Teilnehmern ermöglicht, einen Gesamtüberblick über das vielgestaltige Bild der Tuberkulose, über deren vielverschlungene Wege und Entwicklungsgänge beim Kind und beim Erwachsenen zu erhalten. Besonders eingehend wurde die Röntgendiagnostik, ohne die ja Beschäftigung mit Tuberkulose überhaupt nicht mehr denkbar ist, gewürdigt. Alle Kursteilnehmer, mag sich der einzelne wie immer mit der Tuberkulose zu befassen haben, sei es als Arzt oder als Fürsorger oder als Gutachter, empfinden eine Fülle von Belehrung und Anregung. Durch sachgemäße Abwechslung zwischen Theorie und praktischer Arbeit wird ermüdende Eintönigkeit von vornherein ausgeschaltet.

Es ist geplant, nach Vollendung der gegenwärtigen großzügigen Erweiterungsbauten die Einrichtung der Lehrgänge in Donaustauf noch weiter auszubauen. Es sollen in Zusammenarbeit mit der Medizinischen Klinik in München in streng wissenschaftlich-klinischem Betrieb mehrmals im Jahre Lehrgänge für Aerzte und Studierende von verschiedener Dauer und mit wechselndem Programm abgehalten werden. Eine möglichst zahlreiche Beteiligung daran wäre nur zu wünschen. Die Lehrgänge verdienen es, die Tuberkulosebekämpfung erfordert es. Ein zwei- oder vierwöchentlicher Aufenthalt in der Anstalt bei theoretischer Schulung und praktischer Betätigung in wissenschaftlich-klinischem Betrieb wird ein Seelenbad für den in langen Jahren harter Berufstätigkeit diesen Dingen, namentlich auf dem Gebiete der Tuberkulose, mehr oder weniger entfremdeten Praktiker, muß als Erholung gelten, die geringe Opfer kostet (nebenbei bemerkt: die Verpflegung ist glänzend und sehr billig) und sich durch neue Fühlungnahme mit der Wissenschaft und durch den Gewinn praktischer Kenntnisse bald und reichlich bezahlt machen wird.

Deshalb, wenn die Zeit gekommen ist, in Scharen auf nach Donaustauf!

**10. Fortbildungskursus in Scheidegg.**

Der 10. Fortbildungskursus über die „Diagnose und Therapie der Tuberkulose mit besonderer Berücksichtigung der kindlichen Tuberkulose“ findet in der Prinzregent-Luitpold-Kinderheilstätte Scheidegg vom 2. bis



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

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

7. September d. J. statt. Als Gäste sprechen: Herr Sanitätsrat Dr. Baer (München), Herr Chefarzt Dr. Stöcklin (Davos) und Herr Privatdozent Dr. Büchner (Freiburg i. Br.). Alles Nähere auf Anfrage beim Leiter des Kursus, Direktor Dr. Klare, Scheidegg.

### Bücherschau.

**Praktische Differentialdiagnostik für Aerzte und Studierende.** Herausgegeben von Prof. Dr. Georg Honigmann, Giessen-Dresden Leipzig 1928/29.

Von dem an dieser Stelle schon besprochenen Werke liegen neuerdings folgende Teile vor:

Erkrankungen der Niere, des Stoffwechsels und der endokrinen Drüse. Von Prof. Dr. J. Porges, Wien. Preis M. 3.—

Erkrankungen der Leber und Galle. Von Prof. K. Glässner-Wien. Preis M. 4.50.

Innere Erkrankungen des Bewegungsapparates. Von Priv.-Doz. Dr. E. Freund, Wien, und Dr. A. Sims, Bad Schallerbach (O.-Oe.). Preis M. 4.50.

Infektionskrankheiten. Von Dozent Dr. A. Herz, Wien. Preis M. 6.—

Wo es irgend ging, geht auch hier die Betrachtungsweise vom führenden Symptom aus, und wie in den besprochenen Teilen des Werkes waren die Bearbeiter der einzelnen Krankheitsgruppen bemüht, in Anordnung und Ausmass des Gebotenen dem praktischen Arzte eine schnelle Orientierung zu vermitteln und an gegebener Stelle vor dem Uebersehen ganz seltener, den Aerzten für gewöhnlich nicht geläufigen Krankheitsbilder zu bewahren.

Bei den Leberleiden war früher die Diagnose im wesentlichen auf körperliche Untersuchungsergebnisse beschränkt, jetzt ist die Erkennungsmöglichkeit vielmehr vertieft durch die verfeinerte Untersuchung mit den Röntgenstrahlen, durch die Duodenalsonde, durch die Laboratoriumsmethoden, welche über die Störungen im Abbau von Eiweiss, Kohlehydraten und Fett Aufschluss geben; über diese neuzeitlichen, allerdings noch nicht restlos abgeschlossenen Fragen verbreitet sich eingehend die Glässnersche Arbeit.

Ebenso wird bei den Nierenerkrankungen die neuere Anschauung berücksichtigt. Das was über die verschiedenen Formen des Diabetes gesagt wird, weist den Leser eindringlich auf die Bedeutung der Feststellung des Blutzuckers hin. Bei den Erkrankungen der endokrinen Drüsen wird das aufgeführt, was aus den vorhandenen überreichen, aber nicht immer eindeutigen Forschungsergebnissen zur Sicherung der Diagnose bei den oft ineinander überfliessenden Fällen verwendet werden kann.

Auch bei den Infektionskrankheiten, deren Eigentümlichkeiten nach Gruppen eingeteilt und betrachtet werden, finden alle neuen chemischen bakteriologischen und serologischen Untersuchungsmethoden Berücksichtigung.

Besonders glücklich scheint mir das Heft über die inneren Krankheiten des Bewegungsapparates geschrieben zu sein. Kreuzschmerz, die vielgestaltigen rheumatischen Zustände, Schulterschmerz, Ischias u. a. Schon die Nennung dieser Störungen bringt in Erinnerung, wie häufig diese Bezeichnungen in der Arbeit des prakt. Arztes vorkommen und wie wenig mit einer solchen Bezeichnung eigentlich gesagt ist und welche Fülle von Arbeit dem Arzt aufgebürdet ist, wenn er hier jedesmal der Ursache der Erkrankung auf den Grund gehen will. Die Art, wie Verf. unter Voranstellung typischer Fälle seine diagnostische Erläuterung gibt, wird die exakte Differenzierung der einzelnen Krankheitsformen sicher erleichtern. Neger, München

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

Für die Inserate: Adolf Dohn, München.

### Arzneimittelreferate.

Ueber die kombinierte Caseosan-Sufrogel-Therapie. Zur Vorbereitung der parentalen Schwefeltherapie eignen sich nach den Beobachtungen Dollingers aus der I. Chirurgischen Universitätsklinik in Budapest (W. kl. W. 1925, Nr. 47, S. 1260) sehr gut Caseosaninjektionen, da diese viel mildere Reaktionen auslösen als im allgemeinen Schwefelpräparate. Die nachfolgenden Schwefelinjektionen werden dann besser vertragen und sind weniger schmerzhaft. Schwefelinjektionen üben ebenso wie Caseosan eine Reizwirkung aus und finden besonders zur Behandlung chronischer Gelenkerkrankungen Verwendung. Die gute Verträglichkeit der Schwefelinjektionen wird noch erhöht, wenn man statt des früher und auch bisweilen heute noch üblichen Schwefelöls das Sufrogel, eine Suspension von äußerst fein verteiltem Schwefel in Gelatine, verwendet. Namentlich bei Arthritiden hat sich die alternierende Behandlung, erst mit Caseosan, dann mit Sufrogel, gut bewährt.

Auch Ostheimer (W. m. W. 1927, Nr. 39, S. 1325) empfiehlt die kombinierte Caseosan-Sufrogel-Therapie. Er stellte fest, daß in allen von ihm behandelten Fällen (chronische Arthritis, Arthritis deformans des Kniegelenks, Spondylarthritis deformans der Lendenwirbel) nach drei intramuskulären Caseosan-Injektionen im Abstand von zwei Tagen die Sufrogel-Injektionen bedeutend besser vertragen wurden. Die Sufrogel-Dosen konnten herabgesetzt werden, Allgemeinerscheinungen fehlten zum Teil vollständig, zum Teil waren sie bedeutend geringer, ebenso die Lokalreaktionen.

**Erste Hilfe bei sportlichen Unglücksfällen, mit besonderer Berücksichtigung des Cardiazols.** Von Dr. Rolf Friedlaender, leitender Arzt der Rettungsgesellschaft der Wassersportvereine von Berlin und Umgebung. Verfasser bespricht einleitend die Massnahmen, die zur Behandlung von Herz- und Kreislaufstörungen im Rettungsdienst für den Sportarzt von Wichtigkeit sind und geht dann auf die Verwendung von Cardiazol (Knoll) näher ein. Der Ernst der eingelieferten Fälle, es handelte sich meist um junge Wassersportler, verbot jedes Experiment, dem nicht exakte wissenschaftliche, klinische Forschung den Weg gebnet hatte. Bei Schwerebewusstlosen wurde in 5 Fällen mit subkutaner Injektion von Cardiazol begonnen, sofern angenommen werden konnte, dass die Ausführung der Atmung nach Silvester auch zu späterem Zeitpunkt möglich sei. In 3 Fällen bediente man sich dieses zweiten Antriebs erst nach der Feststellung, dass unter dem Einfluss der 5—7 Minuten vorher erfolgten subkutanen Injektion ein leichtes Wiederaufleben der Herzstätigkeit eingetreten war. Bei den restlichen 2 Fällen glaubte Verfasser, nach 7 Minuten nicht mehr ohne künstliche Atmung auskommen zu können und gelangte damit schnell zum Ziel.

Die zweite Gelegenheit, die Cardiazol-Herzwirkung zu studieren, boten jene Verunglückten, die nach dem bereits erfolgten Wiedereintreten von Atmung- und Herzstätigkeit einen Rückfall aufwiesen. Hier gelang zweimal durch 6, in Abständen von 5 bis 18 Minuten gegebene subkutane Cardiazol-Injektionen (1/2 Ampulle) einwandfrei die Wiederherstellung der normalen Verhältnisse. Gerade diese Fälle glaubt Verfasser einem direkten Einfluss des Cardiazols auf das Herz zuschreiben zu müssen. Verzögerungen der auftretenden Cardiazolwirkung fallen nicht dem Medikament, sondern dem schwer daniederliegenden Kreislauf zur Last.

(Knolls Mitteilungen für Aerzte, Oktober 1928)

**Beitrag zur Behandlung der akuten Nephritis.** Von Dr. F. Diem. (Die Therapie der Gegenwart 1928, Nr. 4) Drei Fälle von akuter Nephritis wurden mit intravenösen Injektionen von Trypaflavin behandelt. Im allgemeinen genügten nur zwei Injektionen, die mit Zwischenraum von zwei Tagen verabreicht wurden, um eine rasche Besserung des bedrohlichen Krankheitszustandes und eine relative Abkürzung der Krankheit herbeizuführen. Der anfängliche hohe Eiweissgehalt des Urins ging in wenigen Tagen auf 1/100 bis 1/20/100 herab.

### Zur gefl. Beachtung!

Der Gesamtauflage unserer heutigen Nummer liegt ein Prospekt der Firma J. C. H. Boehringer Sohn, Chem. Fabrik, Hamburg 5, über »Lobelin-Ingelheim«, sowie ein Prospekt der Firma Albert Mendel, A.-G., Berlin-Schöneberg, Kolonnenstrasse 26, über »Ormicet-Creme«, und ein Prospekt der Firma Chem. Fabrik von Heyden A.-G., Dresden-Radebeul, über »Caseosan-Heyden« bei.

Wir empfehlen diese Beilagen der besonderen Beachtung unserer Leser.

## Aktuelle Probleme und Aufgaben der Tuberkulose- Bekämpfung

VON

Stadtmedizinalrat Dr. A. Flaßbeck

Preis:

Mk. 1.50, geb. Mk. 2.50, bei 10 Exemplaren Mk. 1.25,  
bei 50 Exempl. Mk. 1.—, bei 100 Exempl. Mk. —.80.

# Bayerische Ärztezeitung

BAYERISCHES ÄRZTLICHES CORRESPONDENZBLATT

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

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

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

Vorlag der Aerztlichen Rundschau Otto Gmelin München 2 NO3, Wurzerstr. 1 b, Tel. 20443, Postscheckkonto 1161 München.

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

Nr. 15.

München, 13. April 1929.

XXXII. Jahrgang.

**Inhalt:** Freie Krankenhauswahl. — Entwurf von Leitsätzen für die Reform der RVO. — Wirtschaftliche Verordnungsweise der Aerzte. — Die Krankenkassen gegen die Einbeziehung der Aerzte in die Gewerbesteuer. — Die gesundheitlichen Verhältnisse des deutschen Volkes im Jahre 1927. — 4695 Millionen Reichsmark für Alkohol. — Von der öffentlichen Fürsorge unterstützte Sozialrentner. — Mitteilung des B.Ae.V. — Bezirksfürsorgeverband München-Stadt. — Vereinsnachrichten: Nordschwaben. — Vereinsmitteilungen: Kreisverband Oberfranken; Münchener Aerzteverein für freie Arztwahl. — Bücherschau.

## Einladungen zu Versammlungen.

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

Am Sonntag, dem 28. April, nachmittags 12½ Uhr, im Bayer. Hof in Lindau i. B. Frühjahrshauptversammlung beider Vereine. 12½ Uhr gemeinsames Mittagessen, sodann Vortrag von Oberarzt Lydtin über die neuen Tuberkuloseanschauungen mit Lichtbildern. Anträge und Wünsche möglichst bald an den Unterzeichneten erbeten. Wegen der Wichtigkeit der Tagesordnung wird vollständiges Erscheinen erwartet. I. A.: Dr. Euler.

### Aerztlicher Verein Nürnberg E. V.

Donnerstag, den 18. April, abends 8¼ Uhr, Sitzung im großen Saal des Luitpoldhauses. Tagesordnung: Herr Gänßbauer: „Ueber Indikationsstellung zur Vornahme des Kaiserschnitts, zugleich Bericht über 300 Fälle“.

Für die Vorstandschaft: E. Kreuter.

### Freie Krankenhauswahl.

Von Sanitätsrat Dr. Gilmer, München.

In München wurde im Jahre 1904, zum erstenmal in einer Großstadt, die organisierte freie Arztwahl bei allen Krankenkassen eingeführt; sie ist mit ihrem Ausbau und ihren Prüfungseinrichtungen führend und richtunggebend für ganz Bayern und weiterhin für das ganze Deutsche Reich geworden. Am 23. März 1929 konnte der Münchener Verein für freie Arztwahl in besonders feierlicher Weise das Fest seines 25jährigen Jubiläums feiern unter Teilnahme und Ansprachen der Staatsregierung, der Stadtverwaltung, der Regierung von Oberbayern, der Fakultät, der Krankenkassen und der ärztlichen Spitzenverbände.

Die Idee der freien Arztwahl hat jedoch in München nicht, wie fast überall noch heute im Deutschen Reich,

vor den Krankenhäusern haltgemacht, sondern es wurde 1904 auch die freie Krankenhauswahl eingeführt in dem Sinne, daß dem Kranken bei Operationen die Wahl zwischen allen öffentlichen und privaten Krankenanstalten frei stand, und daß er sich von dem „Arzt seines Vertrauens“ operieren lassen konnte. Man wird einwenden, daß diese Vergünstigung dem Kranken in vielen Städten schon lange zusteht; man vergißt jedoch zu erwähnen, daß dieser Vorteil fast überall mit einer „Geldstrafe“ erkaufte werden mußte, indem entweder der Kranke einen Teil der Verpflegungs- oder Behandlungskosten aus eigener Tasche bezahlen mußte oder aber der Arzt auf einen Teil seines Honorars verzichtete. Diese Form der „freien Krankenhauswahl“ ist als unsozial durchaus abzulehnen, denn sie schafft Kranke einer höheren und einer niederen Klasse, da sie nur dem finanziell bessergestellten Teil der Versicherten erlaubt, von dieser Vergünstigung Gebrauch zu machen, und die Aermeren in die öffentlichen Krankenanstalten zwingt; andererseits ist es unbillig, dem Arzt die Gebühr für eine ordnungsgemäß zum Wohl des Kranken ausgeführte Leistung vorzuenthalten.

In München hat weder Arzt noch Kranker einen finanziellen Nachteil von der freien Krankenhauswahl, da die Verpflegssätze von den Kassen direkt an die Privatkliniken bezahlt, das ärztliche Honorar für Operation und jede Leistung in der Nachbehandlung nach den Mindestsätzen in den allgemeinen Krankenlisten über die ärztliche Organisation verrechnet wird. Freilich läßt ein solches System für die Krankenkassen wesentlich höhere Kosten erwarten, da ja die öffentlichen Krankenhäuser die ärztliche Leistung in der III. Klasse leider immer noch umsonst zu liefern pflegen. Es ist ein Ruhmesblatt der Münchener Krankenkassen unter Führung der Allgemeinen Ortskrankenkasse, schon 1904 mit ungewöhnlichem, hohem Verständnis die Berechtigung dieser allgemein-menschlichen und sozialen Forderungen anerkannt und erfüllt zu haben. Die Versicherten und Aerzte sind gut damit gefahren, Krankenhäuser

und Privatkliniken arbeiten in voller Harmonie nebeneinander, und die Bevölkerung Münchens, soweit sie den Krankenkassen angehört oder nahesteht, würde sich heute wohl kaum ohne schwere Kämpfe dieses Vorrecht wieder nehmen lassen. Aber auch die Krankenkassen selbst werden immer mehr einsehen, daß das, was sie ursprünglich aus ideeller Wertung heraus unter Erwartung finanzieller Opfer geschaffen haben, sich trotz höheren ärztlichen Honorars als kostensparender Faktor erweist, ja daß die Kassen direkt vielfach ein gutes Geschäft mit der freien Krankenhauswahl machen, wie aus Nachfolgendem errechnet werden kann. Und endlich hat auch die Allgemeinheit das größte Interesse an dem Bestehen der freien Krankenhauswahl, nicht zuletzt aus stadtpolitischen und steuerlichen Gründen.

Die Bedeutung der Privatanstalten für die ärztliche Versorgung der Städte wird im allgemeinen stark unterschätzt. Mangels genauer Statistiken über die Bettenzahl der einzelnen Anstalten und ihre Verteilung auf die verschiedenen Spezialfächer oder auf operative und interne Krankheitsfälle läßt sich eine Gegenüberstellung der Krankenkassenbewegung mit den öffentlichen (staatlichen und städtischen) Krankenhäusern vorerst nicht durchführen. Für München ist eine genaue Statistik in Vorbereitung; aber schon jetzt zeigen die Rohziffern den großen Anteil der privaten Anstalten an der verfügbaren Bettenzahl, insbesondere für operative Fälle. Den drei großen staatlichen und städtischen Krankenhäusern stehen zwanzig private Anstalten im Besitz von Ärzten oder Orden gegenüber, in denen sich Krankenkassenangehörige unter obigen Bedingungen aufnehmen lassen können\*). Es handelt sich fast ausschließlich um operative und geburtshilfliche Fälle. Die den Krankenkassen dort zur Verfügung stehenden Betten III. Klasse betragen zirka 700, d. i. ungefähr ein gutes Drittel der entsprechenden Betten der öffentlichen Krankenhäuser. Aus einer Aufstellung der Allgemeinen Ortskrankenkasse München ist zu ersehen, daß fast ein Drittel ihrer chirurgisch-gynäkologischen Fälle in Privatkliniken operiert wurde. Da die drei öffentlichen Krankenhäuser so gut belegt, ja oft überfüllt sind, so daß dauernd Erweiterungsbauten erstellt, ja die Erbauung eines großen vierten Krankenhauses ernstlich erwogen werden mußte, so bedeuten die 700 „operative Betten“ der Privatanstalten eine nicht mehr zu entbehrende Entlastung der staatlich-städtischen Krankenhäuser, besonders in Zeiten abnorm hohen Krankenstandes, bei Epidemien, Katastrophen, Krieg. Eine Aufhebung der freien Krankenhauswahl in München wäre gleichbedeutend mit der Errichtung eines neuen großen städtischen Krankenhauses.

Da mir die entsprechenden Statistiken der Privatanstalten Münchens noch nicht zugänglich sind, sei es mir gestattet, genaue Zahlen aus meiner eigenen Privatklinik (ausschließlich für operative Fälle) für das Jahr 1928 zu bringen. Nach den mir als Vorsitzenden des Vereins der Münchener Heilanstaltsbesitzer gewordenen Mitteilungen decken sich meine Ergebnisse im wesentlichen mit denen der übrigen Privatanstalten, so daß man berechtigt ist, bis zur Erstellung einer genauen allgemeinen Statistik die aus meinen Berechnungen zu ziehenden Folgerungen mit gewissem Spielraum zu verallgemeinern. Ich bemerke noch, daß ich, wie die Mehrzahl der hiesigen Privatanstalten, meine Klinik einer beschränkten Zahl von Operateuren aus allen Fachgebieten (ausgenommen Geburtshilfe) zur Verfügung gestellt habe, so daß die Ergebnisse zu aller Gunsten oder Lasten gehen.

\*) Daneben noch mehrere größere Anstalten, die den Krankenkassenvertrag nicht unterzeichnet haben.

## Privatklinik Dr. Gilmer, 1928.

Gesamtbettenzahl	100	III. Klasse (Kassen)	70
Stationär Behandelte	2265	Kassen:	1870
Verpflegstage	26803	„	19864
pro Fall	11,83	„	10,62
Zahl der Operationen	2985	„	2526
Ambulante Operationen	691	„	624
Todesfälle	45	„	38
der Verpflegten	1,98%	„	2,03%

## Operationen:

Laparotomien	<i>Lebersteine</i>	872
Hernien	<i>Lebersteine</i>	188
Strumen	<i>Lebersteine</i>	214
Größere Tumoren	<i>Lebersteine</i>	141
Kleinere Geschwülste		105
Thoraxchirurgie	<i>Lebersteine</i>	18
Knochen und Gelenke		138
Phlegmonen und Abszesse		198
Fremdkörper		54
Verletzungen		68
Kuretten einschl. Abortus		224
Vaginale Operationen		78
Operationen an den Augen		411
„ „ Nasen-Rachen		151
„ am Innerohr		60
Verschiedenes		65

Diese Zahlen lassen folgende für die Allgemeinheit, speziell die Krankenkassen, interessante Schlüsse zu:

1. Die Betten, besonders die „Kassenbetten“, sind fast das ganze Jahr voll belegt (Ein- und Austrittstag werden nur als ein Tag berechnet, Feiertage!). Bedürfnisfrage!

2. Die Zahl der Verpflegten (rund 2300) und der Operationen (rund 3000) bei nur 100 Betten ist so groß, wie sie in allgemeinen Krankenhäusern nur bei einem Vielfachen der chirurgischen Betten erreicht zu werden pflegt (Sache rationeller Disposition).

3. Die Verpflegsdauer des einzelnen Krankheitsfalles (bis zum Eintritt ambulanter Nachbehandlung) beträgt allgemein 11,83 Verpflegstage, für Kassenkranke sogar nur 10,62 Tage! (Günstige Heilungsergebnisse, große Einsparungen für die Zahlungspflichtigen!)

4. Auch bei einem großen chirurgischen Material läßt sich in einer Krankenanstalt die Zusammenarbeit zahlreicher und verschiedenartiger Operateure reibungslos und in freundschaftlichem kollegialen Einvernehmen durchführen (Sache gegenseitiger Rücksichtnahme bei einheitlicher Oberleitung).

Bei der Auswertung dieser Schlüsse sieht man, daß alle Beteiligten, Kranken, Aerzte, Kassen und Allgemeinheit, ihren Vorteil in diesem System finden und ein großes Interesse an der Beibehaltung, dem Ausbau und der Propaganda der „freien Krankenhauswahl“ haben müssen.

Vorteile für den Kranken: Der Kranke kann ohne Aufzahlungen auch bei Operationen den Arzt wählen, zu dem er das meiste Vertrauen hat, der ihn vielleicht schon früher behandelt oder operiert hat, oder den er von Behandlung seiner Angehörigen oder Bekannten her kennt, während er im allgemeinen Krankenhaus meistens nicht einmal den Namen des Arztes, der ihn operieren wird, weiß. Der Kranke braucht erst am Tage vor der beabsichtigten Operation seine Häuslichkeit und Familie zu verlassen und kann während der Untersuchung, Beobachtung und Vorbehandlung bis zur Indikationsstellung entweder in der Arbeit bleiben oder das volle Krankengeld seinen Angehörigen zugute kommen lassen; aus den gleichen Gründen hat der Kranke ein Interesse daran, möglichst bald wieder zur Familie zurückzukehren. Er hat die vielfach unangenehmen Prozeduren der Voruntersuchung nur einmal durchzumachen, während er bei

Ueberweisung in ein öffentliches Krankenhaus trotz Arztbericht nochmals mehrmals (Chefarzt, Assistenzarzt, Praktikant, womöglich noch Studenten) untersucht wird, was wiederum mehrere Tage manchmal Wochen völlig unnötig in Anspruch nimmt. Besonders zu bewerten ist noch das Gefühl des Kranken, in einer Privatklinik mit ihren kleineren Krankenzimmern und dem engeren Kontakt mit Arzt und Pflegepersonal persönlicher behandelt zu werden, anstatt in einem Großbetrieb mit riesigen Krankensälen und entsprechender dauernder Unruhe als Nummer aufzugehen.

**Vorteile für den Arzt:** Es ist für den behandelnden Arzt höchst unbefriedigend, einen Kranken, um den er sich womöglich in längerer Vorbehandlung mit Diagnosen- und Indikationsstellung redlich geplagt hat, in ein öffentliches Krankenhaus zur Operation abgeben zu müssen, zu der er nicht eingeladen wird; er erhält auch fast nie einen Bericht über den Operationsbefund und den weiteren Krankheitsverlauf, sehr häufig entschwindet der Kranke seinem Gesichtskreis für immer. Es kann dem Arzt passieren, daß unvorsichtige oder mißverständene Äußerungen des Krankenhauspersonals in dem Kranken das Gefühl wachrufen, er sei zu spät oder unnötig eingewiesen worden. Besonders verbitternd ist es, wenn der einweisende Arzt durch seine langjährige Ausbildung als Facharzt sehr wohl in der Lage gewesen wäre, die Operation selbst auszuführen. Bei der Einweisung in eine Privatklinik dagegen wird der vorbehandelnde Arzt zur Operation bzw. zur Hilfeleistung zugezogen; er kann sich durch gelegentlichen Besuch über den Heilungsverlauf orientieren und erhält den Kranken schon nach kurzer Zeit zur Schlußbehandlung zurück, er ist also wissenschaftlich und wirtschaftlich an jedem Fall interessiert. Noch mehr der Facharzt, dem es ja bei dem Aussterben der Privatpraxis nur noch auf diesem Wege möglich ist, seine durch große Opfer an Zeit und Geld erworbenen operativen Kenntnisse zu verwerten und zu vermehren.

**Vorteile für die Krankenkasse:** Durch die Abkürzung des Klinikaufenthaltes werden ganz erhebliche Einsparungen an den teuren Verpflegungskosten gemacht. Die Privatanstalten haben kein Interesse daran, einen Operierten länger, als unbedingt nötig ist, bei sich zu behalten, da die vereinbarten Verpflegungssätze in den meisten Fällen die Selbstkosten nicht decken und der Klinikbesitzer bei Kassenpatienten mit Unterbilanz arbeitet. Die öffentlichen Krankenhäuser ihrerseits können aus den schon angeführten Gründen niemals mit so geringen Verpflegstagen auskommen, sie sind auch nicht dazu gezwungen, da ihr Defizit durch Stadt oder Staat gedeckt wird, sie haben sogar vielfach direkt ein Interesse daran, den Kranken möglichst lang zu beobachten und, wenn zugänglich, bis zur völligen Heilung und Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit bei sich zu halten. Auf Grund langjähriger Beobachtungen und Erfahrungen wage ich zu behaupten, daß die Verpflegsdauer in den öffentlichen Krankenanstalten, gleiches Krankenmaterial vorausgesetzt, mindestens doppelt so hoch ist wie in den Privatkliniken. Eine lange Verpflegsdauer im Krankenhaus wird die Krankenkasse ebensoviel kosten als kurze Verpflegsdauer in der Privatklinik (zumal bei billigeren Sätzen!) + Krankengeld + ärztliches Honorar, wenn nicht sogar im letzteren Falle Ersparungen resultieren. Ich würde den Krankenkassen in beiderseitigem Interesse empfehlen, einmal eine derartige Statistik aufzumachen. Jede Krankenkasse weiß genau, daß bei Arbeitslosigkeit, Kündigung, Streik oder bei schlechter Witterung der Zufluß in die Krankenhäuser groß ist, und daß ihre Finanzen schwer bluten durch die passive Resistenz dieser „Spitalhocker“, die sie auf Notwendigkeit von Krankenhausaufenthalt nicht nachuntersuchen kann; in den Privatkliniken wird mit diesen Schädlingen schnell aufgeräumt.

**Vorteile für die Allgemeinheit:** Die öffentlichen Krankenhäuser, besonders in Städten, sind wohl ausnahmslos Zuschußbetriebe, deren Defizit aus den Taschen der Steuerzahler gedeckt wird, und zwar ist es die III. Klasse, welche das Budget belastet. Jedes neue Krankenhaus bedeutet Aufbringung eines hochverzinslichen Kapitals — schwerste Sorge einer Stadtverwaltung! — und neue jährliche Zuschüsse. Die zirka 700 chirurgischen Kassenbetten der Privatkliniken sind also eine fühlbare Entlastung der staatlichen und städtischen Finanzen und damit auch des Steuerzahlers, sie sind ferner für Zeiten der Not eine kosten- und risikolose Reserve und Entlastung für die öffentlichen Krankenhäuser. Die Allgemeinheit hat weiter ein großes Interesse an einem hochstehenden Fachärztestand, der brachliegen muß, wenn ihm der größte Teil seines Betätigungsfeldes versperrt ist. Durch die freie Krankenhauswahl wird der Wettbewerb der Tüchtigkeit bei Fachärzten und Klinikbesitzern wachgehalten; sie kann auf die Dauer nur gedeihen, wenn von Arzt und Anstalt dem Kranken so viele Vorteile und Annehmlichkeiten geboten werden, daß er die Privatklinik dem öffentlichen Krankenhaus vorzieht. Von größter Wichtigkeit endlich sind unsere Bemühungen, den für die Psyche des Kranken schädlichen Krankenhausaufenthalt möglichst abzukürzen und den Genesenden so bald als möglich der Familie zurückzugeben; in der gewohnten Umgebung wird er schneller das Gefühl seiner Wertigkeit zurückerlangen und schneller zur Arbeitsfähigkeit gelangen — und das bedeutet für die Allgemeinheit verringerte Soziallasten und vermehrte Arbeitsleistung. Jeder Arzt weiß, wie schwer, oft aussichtslos es ist, einen Kranken nach monatelangem Krankenhausaufenthalt der Arbeit wieder zuzuführen! Die freie Krankenhauswahl erfüllt endlich eine ethisch-soziale Forderung, daß bei Krankheit „gleiches Recht für alle“ gelten muß: sie räumt mit dem unhaltbaren Zustand auf, daß man dem Kranken für ambulante und Hauspflege die Wahl des „Arztes seines Vertrauens“ überläßt, ihn jedoch bei Operationen, dem eingreifendsten Geschehen im menschlichen Leben nächst Geburt und Tod, in ein bestimmtes Krankenhaus zwingt. Die freie Krankenhauswahl ist daher eine logische Folgerung der allgemein anerkannten „freien Arztwahl“.

Freilich erwachsen daraus auch Pflichten für alle Beteiligten: dem Arzt eine strenge Indikationsstellung für seine Operationen, dem Klinikbesitzer ein hohes Verantwortungsgefühl; der Kranke seinerseits darf aus dem Wort „Privatklinik“ keine versteigerten Forderungen an persönlichem Komfort und üppiger Verpflegung ableiten; die Krankenkassen dürfen die Verpflegungssätze und sonstigen Sachleistungen nicht derart drücken, daß die Selbstkosten der Privatanstalten bei einwandfreier Unterkunft und Verpflegung nicht mehr gedeckt werden können; und die Allgemeinheit, Staat und Stadt, darf nicht durch neue untragbare Steuern und Steuerschikanen den Privatanstalten, die ihr selbst viel Geld ersparen, die Lebensluft abdrücken.

### **Entwurf von Leitsätzen für die Reform der RVO. von seiten des Hauptverbandes deutscher Krankenkassen.**

Der Vorstand und Beirat des Hauptverbandes deutscher Krankenkassen haben nach umfangreichen Beratungen eine Kommission eingesetzt, die den Entwurf aufgestellt hat. Dieser Entwurf wird zur endgültigen Beschlußfassung dem Deutschen Krankenkassenlag vorgelegt werden. Nachstehend veröffentlichen wir einige Leitsätze des Entwurfes, die uns Aerzte interessieren. Wir Aerzte können aus diesen Leitsätzen erkennen, worauf die Krankenkassen hinauswollen.

**Leitsätze.****A. Organisation.****I. Außere Organisation der Krankenversicherung.**

1. Im Bezirk eines Versicherungsamtes darf es nur eine Allgemeine Ortskrankenkasse geben. Besonderes Gewicht ist auf die leichte Erreichbarkeit der Krankenpflege zu legen. Zu diesem Zwecke ist eine weitgehende Dezentralisation der Verwaltungseinrichtungen in Gestalt von Zweigstellen durchzuführen.

2. Errichtung von Krankenkassen ist nur mit Zustimmung der beteiligten Versicherten zulässig.

3. Die Kassen im Bezirk eines Versicherungsamtes bilden einen Kassenverband, der die Aufgaben der Krankenpflege und Gesundheitsfürsorge durchzuführen hat. —

4. Die Krankenkassen oder ihre Verbände sind verpflichtet, einem der für das Reichsgebiet errichteten Hauptkassenverbände anzugehören. Die Hauptkassenverbände sind rechtsfähig.

5. Die Hauptkassenverbände bilden einen Zentralausschuß, der aus 15 Mitgliedern besteht. Er ist berechtigt, den Behörden Anträge und Gutachten in allen die Krankenversicherung betreffenden Angelegenheiten zu unterbreiten. Er wirkt bei Vorbereitung von Entwürfen über Gesetze und Verordnungen des Reichs, die das Aufgabengebiet der Krankenversicherung berühren, durch Erstattung von Gutachten an den Reichsarbeitsminister mit.

**II. Umfang der Versicherung.**

1. Aufhebung aller Befreiungen von der Pflichtversicherung.

2. Versicherungspflichtgrenze bei 6000 Reichsmark Jahresarbeitsverdienst.

Übernahme der Krankenpflege für die nicht versicherten und von der Versicherung befreiten Sozial- und Kleinrentner sowie deren versicherungsfreie Angehörige, für die Arbeitslosen, die nicht der Arbeitslosenversicherung und Krisenfürsorge unterstehen oder aus dieser ausgeschieden sind, für andere Fürsorgeempfänger und für die versicherungsfreien Hinterbliebenen Versicherter gegen Ersatz der vollen Aufwendungen für den Einzelfall sowie eines angemessenen Teils der Verwaltungskosten oder Zahlung entsprechender Beiträge.

Einbeziehung der Kleingewerbetreibenden und Kleinbauern in die Krankenversicherung.

Wegfall des Kranken- und Wochengeldes für die vorbezeichneten, in die Krankenversicherung neu einzubeziehenden Gruppen (einschließlich der Beamten) bei entsprechender Ermäßigung der Beiträge.

Weiterversicherung am Wohnort des Versicherten.

**B. Leistungen.**

Rationalisierung der Leistungen bedeutet: Gestaltung der Leistungen nach den sozialen Bedürfnissen der Versicherten und der Leistungsfähigkeit der Versicherungsträger, wobei die Ergebnisse der sozialen Medizin zu berücksichtigen sind.

Hierfür werden folgende grundsätzliche Forderungen erhoben:

1. Neuordnung des kassenärztlichen Dienstes, Anstellung von Revisionsärzten, die bei der Feststellung der Diagnose und bei der Gestaltung des Heilplanes mitzuwirken sowie die Arbeitsunfähigkeit festzustellen haben. Die Kontrollärzte sind im Benehmen mit der kassenärztlichen Organisation anzustellen. Schadenersatzpflicht der Kassenärzte bei Schädigung

der Krankenkasse durch unwirtschaftliche Behandlungsweise.

2. Beschränkung der Praxis des Kassenarztes auf eine angemessene Höchstzahl von Krankheitsfällen und Leistungen. Das kassenärztliche Gesamteinkommen ist durch eine angemessene Pauschalsumme zu begrenzen.

3. Drei Wartetage der Arbeitsunfähigkeit. Abstufung des Kranken- und Hausgeldes nach dem Familienstande.

4. Entlastung der Krankenversicherung von den Kosten der Arbeitslosigkeit durch lückenloses Ineinandergreifen von Arbeitslosen- und Krankenversicherung.

5. Beteiligung an der Gesundheitsfürsorge ist Pflichtaufgabe der Kranken-, Invaliden- und Angestelltenversicherung. Infolgedessen:

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

Beteiligung der Invaliden- und Angestelltenversicherung an den Kosten des Heilverfahrens der Krankenversicherung für chronisch Kranke.

Gewährung ärztlicher Behandlung, unter Aufrechterhaltung des bisherigen Arztsystems, für versicherungsfreie Familienangehörige auf die Dauer von 13 Wochen als Regelleistung.

**Hygienische Volksbelehrung.**

6. Gewährung von Hausgeld in Höhe des Krankengeldes bei Krankenhaus-, Kurheim-, Genesungsheim- und Erholungsheimpflege.

7. Gewährung von Krankenhauspflege an Versicherte und Angehörige, die bei ansteckenden Krankheiten und Operationen notwendig ist, als Regelleistung, sofern die Krankenkasse einen Vertrag mit den Krankenanstalten zu angemessenen Bedingungen schließen kann.

8. Erhöhung des Wochengeldes Pflichtversicherter auf 85 Proz. des Grundlohnes für 6 Wochen vor der Entbindung, solange die Erwerbstätigkeit eingestellt ist; Krankengeld wird neben Wochengeld nicht gewährt.

9. Volle Ersatzpflicht der Unfallversicherung für Leistungen der Krankenkasse an arbeitsunfähige Unfallverletzte.

**Wirtschaftliche Verordnungsweise der Aerzte.**

In den „Mitteilungen für den Verband der Bayer. Betriebskrankenkassen“ (März 1929) schreibt Herr Dr. Dübell folgendes zur „Wirtschaftlichen Verordnungsweise“ in Bayern:

„Vom 1. April ab kommen die Listen I (Arzneimittel), II (Verbandstoffe), III (Kleine Heilmittel), V (Mittel der Kinderpraxis) in Wegfall. Bestehen bleibt die Liste IV (verbotene Mittel), doch kann diese durch örtliche Vereinbarungen der Kassen und Aerzte geändert werden.“

Die „Bayerische Aerztezeitung“ richtet in Nr. 12 vom 23. März folgenden Appell an die Kassenärzte:

„Sache der Kollegen ist es nun, zu beweisen, daß sie auch ohne Einschränkungsbestimmungen die berechtigten Interessen der Krankenkassen zu wahren gewillt und in der Lage sind. Die Kollegen werden deshalb gebeten, so sparsam als irgend möglich zu verordnen.“

Wir möchten uns dieser Bitte an die Kassenärzte anschließen. Nicht die Menge der Verordnung, auch nicht der Name eines Mittels macht es aus; umgekehrt ist aber auch ‚billig‘ nicht gleichbedeutend mit ‚sparsam‘, sondern das nach Lage des Falles zweckentsprechendste Mittel ist das wirkungsvollste und damit auch das sparsamste.

Ab 1. April — und das ist wirklich kein Aprilscherz — haben die bayerischen Kassenärzte in der Auswahl der für die Kassenmitglieder zu verordnenden Arzneimittel vollkommen freie Hand. Was die Aerzte nach Lage des Falles notwendig und am besten halten, das dürfen sie nicht bloß, sondern das sollen sie verordnen. Die Kassenmitglieder sollen sich nicht mehr in der Arzneiversorgung als Patienten zweiter Klasse fühlen, sie sollen und müssen die Ueberzeugung haben, daß sie das erhalten, was sie brauchen.

Was die Patienten aber im einzelnen Falle brauchen, das können diese nicht selbst wissen, das kann auch keine Zeitungsreklame und kein Gutachten oder Zeugnis eines angeblich glänzend Geheilten wissen, sondern das kann einzig und allein nur der behandelnde Arzt wissen und bestimmen.

Warum geht man denn zum Arzt? Doch nur, daß er einem raten und helfen kann. Wenn man es aber selber aus der Zeitung oder von der Nachbarin oder vom Vetter besser weiß, was einem hilft, dann braucht man doch erst gar nicht zum Arzt zu gehen oder ihn kommen lassen.

Kein Arzt soll aber auch für die Folgezeit mehr einem Kassenmitglied sagen, daß dies oder jenes Mittel gut wäre und helfen würde, daß er es aber nicht verordnen dürfe, weil die Kasse es nicht zuläßt. Wenn ein Arzt noch solche Sprüche machen sollte, so ist das eine gewissenlose Verhetzung der Kassenmitglieder. Denn daß ein Kassenarzt trotz aller Freiheit der Verordnung im Interesse der Kasse auch sparen muß, ist nicht bloß eine vertragliche Folge der Uebernahme der Kassenpraxis, sondern die Selbstverständlichkeit eines jeden anständigen Menschen, der als Treuhänder über fremde Gelder verfügt.

Weil die bayerischen Kassenverbände dieses Vertrauen zu den bayerischen Kassenärzten haben, deshalb räumen sie diesen bewußt das Recht der Verordnungsfreiheit ein, in der Ueberzeugung, damit kein gewagtes Experiment zu machen, sondern einen Stein des Anstoßes in den gegenseitigen Beziehungen beseitigt zu haben, in der Ueberzeugung auch, daß die bayerischen Kassenärzte eine Bevormundung in der Arzneimittelverordnung nicht nötig haben. Sollte eine solche aber im Einzelfalle doch notwendig sein, dann, das hoffen wir, wird die Aerzteorganisation selbst für Abhilfe sorgen.“

### Die Krankenkassen gegen die Einbeziehung der Aerzte in die Gewerbesteuer.

Der Beschluß des Preußischen Landtages, die freien Berufe in die Gewerbesteuer einzubeziehen, ist zwar wegen des Einspruches des Preußischen Staatsrates noch nicht endgültig Gesetz geworden; aber es besteht die ernste Gefahr, daß die Verfechter dieses steuerlichen Gedankens nach der Osterpause erneut den Versuch machen werden, ihre Absicht durchzusetzen. Was die Aerzteschaft anbetrifft, so ist schon wiederholt mit großem Nachdruck von den berufenen Stellen darauf aufmerksam gemacht worden, daß die Einbeziehung in die Gewerbesteuer zu einer Erhöhung der ärztlichen Honorare und somit zu neuen Auseinandersetzungen zwischen der Aerzteschaft und den Krankenkassen führen muß. Trotz dieser Warnungen hat die Mehrheit des Preußischen Landtages es für richtig gehalten, einen sozialpolitisch so bedenklichen Zustand durch diese unbegreifliche gesetzliche Bestimmung mitherbeiführen zu helfen. In der Praxis würde sich nämlich die Einbeziehung der Aerzte in die Gewerbesteuer als eine Steuer auf das Kranksein und schließlich auch als eine Erhöhung der sozialen Lasten auswirken.

Die Krankenkassen sind sich über diese Wirkung längst klar. Als im vorigen Jahre in Braunschweig eine ähnliche gesetzliche Maßnahme getroffen wurde, haben die braunschweigischen Krankenkassen ihre warnende Stimme erhoben. In einer Eingabe an den Braunschweigischen Landtag heißt es, daß die Aerzteschaft keineswegs geneigt sein werde, die steuerliche Mehrbelastung zu tragen. Sie werde vielmehr versuchen, diese dem Patienten aufzubürden. Da die Patienten jedoch zum überwiegenden Teile Mitglieder der Krankenkasse sind, würde sich die Steuerbelastung der Aerzte praktisch als eine Erhöhung der Kassenausgaben für Arzthonorare auswirken. Die gesamte Finanzgebarung der Krankenkassen würde hierdurch entscheidend beeinflußt werden. Beitragserhöhungen, die von der Wirtschaft und von den Arbeitnehmern nachdrücklich bekämpft würden, könnten infolgedessen notwendig werden.

Auch jetzt haben die Kassenverbände in großer Zahl Protest gegen die Heranziehung der Aerzte zur Gewerbesteuer eingelegt, so der Reichsverband der Deutschen Landkrankenkassen, der Ostpreußische und der Brandenburgische Krankenkassenverband. Sie wehren sich mit Recht gegen eine Mehrbelastung der Krankenkassen, wie sie durch die Einbeziehung der Aerzte in die Gewerbesteuer unvermeidlich wäre. Neue Lasten aber könnten die Krankenkassen nicht tragen, da sie Beitragserhöhungen für unmöglich halten. Man kann also feststellen, daß die von der neuen Steuer in erster Linie mitbetroffenen Krankenkassen sich mit guten Gründen energisch zur Wehr setzen, daß es sich also nicht um ein Sonderinteresse der Aerzteschaft, sondern um ein gesundheitliches Interesse des ganzen Volkes handelt, gegen das der unbegreifliche Beschluß des Preußischen Landtages verstoßen hat.

Sollte aber trotzdem im April dieser Beschluß erneut bestätigt und gegen den Willen des Staatsrates Gesetz werden, dann wären schwerwiegende Auseinandersetzungen zwischen der Aerzteschaft und den Krankenkassen unvermeidlich, da die Aerzteschaft, wie sich nachweisen läßt, finanziell nicht in der Lage ist, die Steuer zu tragen, und da die Krankenkassen eine Erhöhung der ärztlichen Honorare, wie es scheint, ablehnen zu müssen glauben. Die Leidtragenden solcher Auseinandersetzungen zwischen Aerzten und Krankenkassen sind aber bisher stets die Kranken gewesen. Um solche notwendig eintretenden Schädigungen zu vermeiden, hat die gesamte Oeffentlichkeit, nicht etwa nur einige Berufsstände, ein Interesse daran, daß der Beschluß des Preußischen Landtages über die Einbeziehung der freien Berufe in die Gewerbesteuer in den kommenden Verhandlungen nicht wiederholt wird.

### Bkk. Die gesundheitlichen Verhältnisse des deutschen Volkes im Jahre 1927

behandelt in einem reichen Zahlenmaterial eine Denkschrift, die herkömmlicherweise dem Reichstag in diesen Tagen zugeleitet wurde. Der Bericht stellt zusammenfassend eine gewisse Besserung des allgemeinen Gesundheitszustandes der deutschen Bevölkerung fest. Wenn auch die Todesfälle unter der Einwirkung der Grippe eine leichte Zunahme erfuhren, so hat die Säuglingssterblichkeit weiter abgenommen. Sehr ernst wird der Geburtenrückgang beurteilt; „darum wird den Bestrebungen, die auf die Sicherstellung eines planmäßig ausreifenden und lebenskräftigen Nachwuchses hinzielen, in Zukunft allergrößte Beachtung geschenkt werden müssen“. Die Tuberkulose ist weiter zurückgegangen, auch die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten habe besonders hinsicht-

lich der Eindämmung der Syphilis günstige Erfolge zu verzeichnen. Ebenso ist eine wesentliche Abnahme bei Erkrankungen und Todesfällen an Typhus und Ruhr eingetreten. Dagegen sind Scharlach und Diphtherie stärker aufgetreten, wenn sie auch, gemessen an den Vorkriegszeiten, einen wesentlich gutartigen Verlauf genommen haben. Zugenommen hat 1927 auch nochmal die epidemische Kinderlähmung, bei der erst im Jahre 1928 ein dann allerdings sehr starker Rückgang erfolgt ist. Eine unverkennbare Zunahme tritt ferner bei den nervösen Erkrankungen zutage. Der Ernährungszustand der deutschen Bevölkerung scheint den Berichten nach im ganzen befriedigend geblieben zu sein, doch hat sich die ungünstige Wirtschaftslage zahlenmäßig für sehr bedeutende Bevölkerungskreise in einem unerwünscht niedrigen Stand der Lebenshaltung ausgewirkt. Auch die Wohnungsnot setzt der günstigen Fortentwicklung des Gesundheitszustandes der Gesamtbevölkerung starke Hemmungen entgegen. In einem Ausblick auf das Jahr 1928, der der Denkschrift beigegeben ist, wird festgestellt, daß die gesundheitlichen Verhältnisse des Jahres 1927 auch im Jahre 1928, soweit Material vorliegt, sich nicht ungünstig entwickelt haben. Trotzdem erwachsen der Gesundheitspflege noch auf zahlreichen Gebieten große Aufgaben zur Hebung von Leistungsfähigkeit und Widerstandskraft der Bevölkerung. Die Schwierigkeit der Mittelbeschaffung hierfür darf kein Grund sein, in diesen Bemühungen nachzulassen.

#### Bkk. 4695 Millionen Reichsmark für Alkohol

hat das deutsche Volk für das Jahr 1927/28 nach dem Ergebnis der durch die amtliche Reichsstatistik gegebenen Verbrauchszahlen ausgegeben, und zwar: für Bier 3355 Millionen RM., für Wein und Schaumwein 513 Mill. RM. und für Branntwein 827 Mill. RM. In diesen Beträgen sind wohl an Steuern enthalten für Bier 360 Mill. RM., für Wein 16 Mill. RM. und für Branntwein 261 Mill. RM., insgesamt also 637 Mill. RM.; immerhin aber bleibt selbst nach Abzug dieser Steuern für alkoholische Getränke noch der ansehnliche Betrag von 1058 Mill. RM.

Legt man die Gesamtausgabe für Alkohol auf den Kopf der deutschen Bevölkerung mit rund 63 Millionen Einwohnern um, so entfallen auf die Einzelperson folgende Jahresausgaben: für Bier 53 RM., für Wein 8 RM., für Branntwein 13 RM. oder eine Gesamtjahresausgabe pro Kopf der Bevölkerung von rund 74 RM. Gegenüber dem Rechnungsjahre 1926/27 mit 4337 Mill. RM. zeigt die Gesamtausgabe für 1927/28 mit 4695 Mill. RM. eine Steigerung von nicht weniger als 358 Mill. RM.

#### Bkk. Von der öffentlichen Fürsorge unterstützte Sozialrentner

wurden nach einer Erhebung des Deutschen Städtetages im ersten Vierteljahr 1928 in 81 Städten des Reiches mit mehr als 50000 Einwohnern 210698 gezählt. Davon entfielen 143418 Rentner = 34,4 Proz. aller Unterstützten auf 18 Städte mit über 200000 Einwohnern, 30772 Rentner = 38 Proz. aller Unterstützten auf 21 Städte mit 100000—200000 Einwohnern und 36508 Rentner = 37,4 Proz. aller Unterstützten auf 42 Städte mit 50000 bis 100000 Einwohnern. Dabei hatten von den Städten mit über 200000 Einwohnern mehr als im Durchschnitt an Sozialrentnern zu unterstützen die Städte Berlin, Essen, Chemnitz, Magdeburg, Duisburg und Stettin.

#### Mitteilung des B.Ae.V.

Der neue Vertrag mit dem Verband kaufmännischer Berufskrankenkassen (Ersatzkassen) und dem Verband freier Krankenkassen (Ersatzkassen).

1. Für die Kaufmännischen Berufskrankenkassen (Kaufmännische Ersatzkassen) gilt ab 1. Januar d. J. die neue Allgemeine Deutsche Gebührenordnung (Adgo) von 1928, unter Berücksichtigung der in der Anlage 1 des Vertrages enthaltenen „Besonderen Bestimmungen zur Vergütung der vertragsärztlichen Tätigkeit“.

Die Sachleistungen des Abschnittes E der Adgo 1928 bedürfen bei den Kaufmännischen Berufskrankenkassen der vorherigen Genehmigung der betreffenden Krankenkasse **nicht**.

Wohl aber ist eine strenge Prüfung der ärztlichen Rechnungen, einschließlich der Sachleistungen, auf Vielgeschäftigkeit durch die Prüfungsausschüsse erforderlich. Die Beschwerdeausschüsse sind, soweit es noch nicht geschehen ist, ungesäumt zu bilden, am besten für einen ganzen Kreis.

Von den Prüfungsausschüssen sind ferner zu prüfen die Arzneiverordnungen und auf Verlangen der Kasse die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen (§ 17 des Vertrages).

Den ärztlichen Rechnungen sind die Krankenscheinabschnitte bzw. Ueberweisungsscheine beizufügen.

2. Für die Freien Krankenkassen (Gewerbliche Ersatzkassen) gilt ab 1. April d. J. die neue Allgemeine Deutsche Gebührenordnung (Adgo) 1928, unter Berücksichtigung der in der Anlage 1 des Vertrages enthaltenen „Besonderen Bestimmungen zur Vergütung der vertragsärztlichen Tätigkeit“.

Für die Sachleistungen des Abschnittes E der Adgo 1928 gilt der Vorbehalt, daß sie nur nach vorheriger schriftlicher Genehmigung der betr. Kasse vorgenommen werden dürfen, abgesehen von dringenden Fällen, bei denen die Genehmigung nachträglich einzuholen ist. Die genehmigten Anträge sind den Krankenlisten beizufügen.

Die vertragsärztliche Tätigkeit muß durch die Prüfungsausschüsse überwacht werden.

Von den Prüfungsausschüssen sind ferner zu prüfen die Arzneiverordnungen und auf Verlangen der Kasse die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen (§ 16 des Vertrages).

Den ärztlichen Rechnungen sind die Krankenscheinabschnitte bzw. Ueberweisungsscheine beizufügen.

#### Bezirksfürsorgeverband München-Stadt.

Die Herren Aerzte werden gebeten, die noch ausstehenden Rechnungen für ärztliche Leistungen im Geschäftsjahr 1928 (1. April 1928 mit 31. März 1929) bis spätestens 15. April 1929 beim Wohlfahrts- und Jugendamt, Abteilg. Gesundheitsfürsorge, Rathaus, Zimmer 102, einzureichen.

#### Personalnachrichten.

Herr Obermedizinalrat Dr. Henkel, München, beging am 8. April seinen 75. Geburtstag. Der Jubilar, der auch Ehrenbürger der Stadt Erding ist, ist durch seine langjährige Tätigkeit als praktischer Arzt und Amtsarzt in Erding, Garmisch, Freising und München, insbesondere als erster Bezirks- und geschäftsführender Amtsarzt der Stadt München sowie als Mitglied des Ober-

medizinalausschusses in weiten Kreisen Bayerns bekannt. Wir beglückwünschen den hochverdienten Kollegen zu seinem 75. Geburtstag. Ad multos annos!

### Vereinsnachrichten.

(Originalbericht der Bayerischen Aerztezeitung.)

#### Aerztlicher Bezirksverein und Aerztlich-wirtschaftlicher Verein Nordschwaben.

(Sitzung am 6. April in Donauwörth.)

Vorsitzender: S.-R. Dr. Mayr (Harburg). Anwesend 19 Mitglieder. Es werden die seit der letzten Sitzung eingegangenen Rundschreiben des Aerztevereinsbundes bekanntgegeben. Der Vorsitzende gibt in längeren Ausführungen die verschiedenen Punkte der Geschäftsordnung bekannt, wie solche auch bei den großen Aerzteverbänden gehandhabt wird. Nach längerer Aussprache kommt der einstimmige Beschluß zur Annahme, daß für den Aerztlichen Bezirksverein Nordschwaben als Geschäftsordnung die Geschäftsordnung des Deutschen Aerztevereinsbundes maßgebend ist. Nachdem sich in der in letzter Sitzung angeregten Vertreterfrage nur zwei Herren als interessiert gemeldet haben, muß leider von einer gemeinsamen Regelung im besprochenen Sinne abgesehen werden.

In der wirtschaftlichen Sitzung kommen meist persönliche Angelegenheiten verschiedenster wirtschaftlicher Form zur Sprache. Die neuen Verträge mit den kaufmännischen Ersatz- und Berufskrankenkassen werden nur kurz behandelt, da dieselben erst in der nächsten Sitzung des Aerztlichen Kreisverbandes Schwaben behandelt werden sollen.

Wer noch keine Adgo 1928 hat, möge sie sofort per Postkarte beim Vereinskassier Dr. Jahrsdörfer (Rain) bestellen, ebenso die Interessenten für das neue Merkbuch des Deutschen Aerztevereinsbundes, das auch die Geschäftsordnung enthalten wird.

I. A.: Dr. Meyr, Wallerstein.

### Amtliche Nachrichten.

#### Dienstesnachrichten.

Mit Wirkung vom 1. April 1929 wird der Assistenzarzt der Kreis-Heil- und Pflegeanstalt Haar Dr. Albert Rösch zum Anstaltsarzt dieser Anstalt in etatmäßiger Eigenschaft ernannt.

Mit Wirkung vom 1. April 1929 wird der im zeitlichen Ruhestand befindliche Oberarzt Dr. Emil Krapf der Kreis-Heil- und Pflegeanstalt Gabersee wegen fortwährender Dienstunfähigkeit auf die Dauer eines weiteren Jahres im Ruhestand belassen.

### Vereinsmitteilungen.

#### Aerztlicher Kreisverband Oberfranken.

Die diesjährige Sommertagung der oberfränkischen Aerzte findet am 22./23. Juni in Koburg statt. Einladung mit Bekanntgabe der Tagesordnung und Festfolge erfolgt später.

Doch werden jetzt schon die Herren Kollegen, die Vorträge zu halten beabsichtigen, höflichst gebeten, dieselben bis spätestens 10. Mai bei Herrn Geheimrat Dr. Herd (Bamberg) anzumelden, damit die Themen noch vor dem Aerztetag bekanntgegeben werden können. Einige Vorträge sind bereits angemeldet.

I. A.: Dr. Kröhl.

### Mitteilungen des Münchener Aerztereins für freie Arztwahl.

1. Die Mitteilungen des Bayer. Aerztereinsbundes (B. Ae.-V.) in diesem Blatte gelten selbstverständlich auch für die Mitglieder der freien Arztwahl in München. Es wird dringend ersucht, dieselben beachten zu wollen.

2. Zur Aufnahme in den Verein als außerordentliche Mitglieder haben sich gemeldet:

Herr Dr. Paul Keim, Facharzt für Haut- und Geschlechtsleiden, Residenzstraße 3/III;

Frau Dr. Irma Keim, praktische Aerzlin ohne Geburtshilfe, Residenzstraße 3/III;

Herr Dr. Hermann Scherpf, Facharzt für Augenheilkunde, Elvirastraße 4.

### Witwenkasse des Invalidenvereins.

#### Gabenverzeichnis, zugleich Quittung.

Vom 5. Januar 1929 bis 5. April 1929 eingelaufene Gaben: Dr. Leonhard Görl-Nürnberg 10 M.; Dr. Deininger-Uffenheim 20 M.; Dr. Häussner-Betzenstein: von Herrn Prof. Dr. Greve-Erlangen abgel. Honorar 20 M.; Dr. M. Steichele-Augsburg 15 M.; Dr. Emil Müller-Gunzenhausen 10 M.; Dr. Reiter-Wertingen 40 M.; Dr. Hans F. Riedel-Nürnberg (2. Weihnachtsgabe) 10 M.; Landgerichtsarzt Dr. Steidle Landshut (Weihnachtsgabe) 10 M.; San.-Rat Dr. Guttman-München (Weihnachtsgabe) 10 M.; Geh.-Rat Dr. Wiesner-Aschaffenburg 200 M.; Dr. Bergrath-Würzburg (Weihnachtsgabe) 15 M.; Dr. Köhl-Schöllkrippen 20 M.; San.-Rat Dr. Sedlmeyr-Augsburg (Weihnachtsgabe) 15 M.; Dr. B. in A. (abgelehntes Honorar für Weihnachtsgabe) 6 M.; Dr. K. St. in M. 10 M.; San.-Rat Dr. Casella-München 10 M.; Dr. Kaumheimer-München 10 M.; Frau Geh.-Rat Amalie Landerer-Langenargen: »Meine Liquidation von H. San.-Rat Dr. Sauter-Lindau« 10 M.; San.-Rat Dr. Adolf Simon-München 10 M.; Dr. Vinzenz Fischer-München 10 M.; Dr. Schiller-Berg ob Landshut 10 M.; San.-Rat Dr. Schnabelmair-Ortenburg 20 M.; Dr. Karl Kiefer-Nürnberg 50 M.; Dr. Willy Schreiner Simbach (Weihnachtsgabe) 10 M.; Prof. Dr. Hoffmann-Habana 10 M.; Aerztl. Bez.-Ver. Unterfranken-Nord: für versäumte Sitzungen 60 M.; Dr. K. St. in M. 10 M.; Allg.Orts K.-K. Aschaffenburg Stadt: Prof. Dr. Wintz-Erlangen, Vertrauensarzt Dr. Schmidt 25 M.; Ob.-Med.-Rat Dr. Redenbacher-Kempton 20 M.; Ob.-Med.-Rat Dr. Seiderer-München 41 M.; Ob.-Med.-Rat Dr. Seiderer-München: abgel. amtsärztl. Honorar 9 M.; Dr. Reiter-Wertingen 40 M.; Dr. K. St. in M. 10 M.; Dr. Wisbacher-Georgensmünd: abgel. Honorar 50 M.; Stadtarzt Dr. Bergmann-Fürth: von Herrn San.-Rat Dr. Ensin-Fürth abgelehntes Koll.-Honorar 50 M.

Allen edlen Spendern herzlichsten Dank.

Um weitere Gaben bittet die

Witwenkasse des Invalidenvereins,

San.-Rat Dr. Hollerbusch-Fürth, Mathildenstrasse 1.

Postscheckkonto nur Nr. 6080, Amt Nürnberg.

### Bücherschau.

Arzt und Bodenreform. Von Dr. Ludwig Pesl. Kabitzsch-Würzburg, 1929. 2. Auflage. 2.40 M.

Die Leser der Broschüre sind wohl hauptsächlich die Aerzte, und die Notwendigkeit der Wiederauflage nach kurzer Zeit beweist das Interesse der Aerzte an der Frage. Schon bei der Besprechung der ersten Auflage habe ich mich als warmen Anhänger Pesls bekannt; unterdessen haben sich leider die Verhältnisse so verschlechtert, dass man noch mehr von der Bodenreformidee abrücken muss. Der Vorwurf, dass die Bodenreformer Sozialisten sind, kann nicht abschrecken; aber die Frage ist, was dann? Drei Viertel des deutschen Bodens sind Eigentum der Klein- und Mittelbauern. Die Landwirtschaft, besonders in der Gegenwart, muss durch Ueberstunden, Sonntagsarbeiten, ohne Jahresurlaub, mit Heranziehung der Kinder sich notdürftig halten; die Städterarbeiter haben geregelte Arbeitszeit, sind durch staatliche Einrichtungen im Existenzminimum geschützt, wenn sie nur irgendwie Arbeitswillen aufbringen und Arbeitsfähigkeit besitzen. Das Land stösst ab, die Stadt zieht an. Nur die Idee des Bodeneigentums hält noch den Bauer an der Scholle; ohne sie zieht er mit seinen nachgeborenen Brüdern in die Stadt. Und unsere Hypertrophie der Städte bräuchte ein stärkeres Gegengewicht, als sie es haben. Man opfert das Volk dem Lustgefühl des Individuums. Das offen zu sagen, ist eine undankbare und

odiose Aufgabe. Mit Schlagworten, die dem Volke schmeicheln, wird man »berühmt«. Sollten wir Aerzte nicht die moralische Pflicht haben, auf die unabwiesbaren Schäden der Landflucht hinzuweisen? Glaubt irgendein Mensch, dass die Städterbeiter die enteigneten Bauern ersetzen werden? Und wie ist es mit dem Boden, der in Gemeinbesitz der Städte und der Staaten sich befindet? Der »Bodenwucher« gerade dieser Körperschaften ist doch recht abschreckend.

Dr. Grassl, Kempten.

### Kollegen

gedenkt der „Dr. Alfons Stauder-Stiftung“!

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

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

### Arzneimittelreferate.

Eine einfache Behandlungsmethode der Fissura ani mit Jodalcet. Von Dr. Egmont Orbach. (Aus der Chirurg. Privatklinik Prof. Frhr. v. Küster, Berlin.) Referat aus »Deutsche Med. Wochenschrift« Nr. 49, 1928. Der Sphinkterkrampf bildet wohl in den meisten Fällen eine Komplikation der Fissura ani, und führen diejenigen konservativen Methoden, welche den erhöhten Spinktertonus herabsetzen und über diesen Weg die Ausheilung der Anal-fissur erreichen wollten, häufig zum Erfolg. Eine erfolgversprechende konservative Behandlung der Anal-fissur musste die Bedingungen für den Heilverlauf in der gleichen oder ähnlichen Weise erfüllen, wie die operative. Die konservative Behandlung muss demnach bestehen in der Sphinkterdehnung und in der Anfrischung des alten Schleimhauteinrisses mit Bildung einer schützenden Wundbedeckung.

Eine sehr empfehlenswerte und schmerzlose Behandlung ist diejenige mit der Saugglocke unter gleichzeitiger Anwendung des Jodalcet (Hersteller: Dr. Rudolf Reiss, Rheumasan- und Lenicet-Fabrik, Berlin NW 87) als Wundschutzmittel nach Schaffung von frischen Wundflächen. Jodalcet verschorft auf Grund einer langen Reihe von Beobachtungen des Autors die oberflächlichen Schichten einer Wunde unter Bindung eines kaum sichtbaren Aetzhäutchens. Dasselbe besitzt eine gewisse Elastizität, dehnt sich mit der Wunde aus und zieht sich mit ihr zusammen. Ausserdem bildet das aus dem Jodalcet im Momente der Applikation frei werdende Jod mit der Blut- und Gewebeflüssigkeit ein desinfizierendes Koagulum. Unter diesem plastischen nicht einreissenden Aetzhäutchen und unter dem Jod-Koagulum geht nun die Epithelisierung der Fissur glatt vonstatten. Das Behandlungsverfahren wäre demnach folgendes: Ein mit 10proz. Kokainlösung durchtränkter Wattebausch wird in den After für die Dauer von 5 Minuten eingelegt. Nach Entfernung desselben bringt man sich die Fissuren durch Aufsetzen einer an den Rändern eingefetteten Saugglocke zu Gesicht. Dann werden sämtliche Fissuren mittels eines zugespitzten Holzstäbchens, das vorher in Jodalcet getaucht wurde, touchiert.

Mit Hilfe dieses Verfahrens gelang es, zahlreiche Anal-fissuren schon nach ein- bis zweimaliger Anwendung des Jodalcet zur Ausheilung zu bringen.

**Klinische Erfahrungen mit Rhodan-Calcium-Diuretin.** Von Dr. Max Leffkowitz, Assistenzarzt. Der Verfasser hat Rhodan-Calcium-Diuretin (Knoll) im ganzen bisher bei etwa 60 Hypertonikern verwendet. Der systolische Blutdruck betrug 160 bis 220, einige Patienten zeigten das Symptomenbild des Hochdruckes bei einem Druck von nur 140—150 mm Hg. Verabreicht wurde das Präparat nur bei vorhandenen stärkeren Beschwerden nach der Vorschrift von Askanazy. Nebenerscheinungen hat der Verfasser mit Ausnahme von leichter Dyspepsie nicht beobachtet.

In einer grossen Zahl der behandelten Fälle gingen die Beschwerden (Hinterhauptschmerzen, Herzklopfen, Angstgefühl usw.) schon nach wenigen Tagen zurück. Meist folgte auch bald eine Blutdrucksenkung um etwa 25—30 mm, maximal um 50 mm Hg. Mit Sicherheit konnte man einen guten Einfluss auf die subjektiven Beschwerden konstatieren. Naturgemäss sind bei Kranken mit schwer gestörter Nierentätigkeit Erfolge weniger zu erwarten; für die Behandlung kommen hauptsächlich Kranke mit essentieller und arteriosklerotischer Hypertonie in Frage.

(Knolls Mitteilungen für Aerzte, Oktober 1928.)

### Zur gefl. Beachtung!

Der Gesamtauflage unserer heutigen Nummer liegt ein Prospekt der Firma Albert Mendel, A.-G., Berlin-Schöneberg, über »Neuramag«, sowie ein Prospekt der Firma Adlerwerke, Frankfurt, Filiale München, Augustenstr. 40, über »Adler« — der deutsche Qualitätswagen bei.

Wir empfehlen diese Beilagen der besonderen Beachtung unserer Leser.

## Dolorsan

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

### ANALGETIKUM

von eigenartig schneller, durchschleudernd 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 1.80  
Klinikpackung RM 5.70; in den Apotheken vorrätig.

Johann G. W. Opfermann, Köln 64

# Goldhammer-Pillen

Gelatillen Carbobismenth.

gegen

**Chron. Darmkatarrhe,  
Flatulenz,  
Darmgärung,  
Gärungs-Dyspepsie**

3 mal täglich 2 bis 5 Pillen mit dem Essen.

Originalpackung zu Mk. 2.— / Bei den bayerischen Krankenkassen zugelassen: Kleinpackung zu Mk. 1.—

Fabrik Chemisch-Pharmazeutischer Präparate Fritz Augsberger / Nürnberg.

Die Spezialsalbe gegen



# Beinleiden

— Haemorrhoiden —

Vom Hauptverband deutscher Krankenkassen zugelassen.

## Dumex-Salbe

Reizlos, antiphlogistisch  
schmerz- u. juckstillend

Ein altbewährtes und zuverlässiges Wundmittel in der  
**Dermatologie, Chirurgie, Pädiatrie und Gynäkologie**  
Orig.-Packung Schachtel 20 g Mk. 0.65, 60 g Mk. 1.50, 150 g Mk. 3.—. Tuben Mk. 1.70.  
Haemorrhoidal-Packung mit Kanüle Mk. 2.—, Kassenpackung 20 und 60 g

Eine reichhaltige Literatur aus promin. Kliniken sowie Muster auf Wunsch  
**Laboratorium „Miros“ Dr. K. & H. Seyler, Berlin NO 18**

# Bayerische Ärztezeitung

BAYERISCHES ÄRZTLICHES CORRESPONDENZBLATT

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

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

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

Vorlag der Aerztlichen Rundschau Otto Gmelin München 2 NO3, Wurzerstr. 1 b, Tel. 20443, Postscheckkonto 1161 München.

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

№ 16.

München, 20. April 1929.

XXXII. Jahrgang.

**Inhalt:** Mitteilung des Bayerischen Aerzteverbandes. — Gesundheitsdienst der Lebensversicherung. — Vereinbarungen über periodische Nachuntersuchungen für Lebensversicherungen. — Keine Gewerbesteuer für die freien Berufe. — Zur Begutachtungsfrage von Kriegshysterikern. — Das Problem der deutschen Sozialpolitik. — Bedeutung und Wirkungsbereich der Psychotherapie. — Aerztemangel in den französischen Kolonien. — Der Begriff der Berufsunfähigkeit im Sinne des Angestelltenversicherungsgesetzes. — Adgo oder Preugo für die Ersatzkassen? — Landesbeirat für Leibesübungen. — Streitsachen zwischen Aerzten und Krankenkassen in Bayern. — Tätigkeit des Landesschiedsamts im Jahre 1928. — Behandlungskosten minderbemittelter Geschlechtskranker in Oberbayern. — Vereinsmitteilungen: München-Land; Münchener Aerzterverein für freie Arztwahl. — Bayer. Landesverband des Deutschen Aerztebundes zur Förderung der Leibesübungen. — Verzeichnis der dem V. k. B. angeschlossenen Ersatzkassen. — Dritte Studienreise österreichischer Aerzte. — Fachnormenausschuss Krankenhaus DIN „Fanok“. — Bücherschau.

## Einladungen zu Versammlungen.

### Aerztlicher Bezirksverein und Aerztlich-wirtschaftlicher Verein Kulmbach.

Am Sonntag, dem 28. April, nachmittags 3 Uhr, in der Köhlerschen Wirtschaft in Neuenmarkt Frühjahrsversammlung beider Vereine. Tagesordnung: 1. Behandlung des zurückgestellten Antrages Dr. Engel, 2. Besprechung des Vertrages mit einer Landkrankenkasse, 3. Einlauf, Wünsche und Anträge. Dr. Gaßner.

### Nürnberger Medizinische Gesellschaft und Poliklinik e. V.

Wissenschaftliche Sitzung am Donnerstag, dem 25. April 1929, abends 8 Uhr, im Gesellschaftshause. — Tagesordnung: Herr Prof. Dr. OIpp, Vorstand des Missionsärztlichen Institutes in Tübingen: Filmvortrag über Tropenkrankheiten. I. A. Voigt.

### Dermatologische Gesellschaft Nürnberg.

Einladung zur Sitzung am Mittwoch, dem 24. April 1929, abends 8¼ Uhr, in der Dermatolog. Abteilung des Städt. Krankenhauses, Bau 20/I. — Tagesordnung: 1. Demonstrationen der Hautabteilung. 2. Evtl. wissenschaftliche Mitteilungen. — Gäste sind willkommen. Für die Vorstandschaft: Prof. Nathan.

### Mitteilung des Bayerischen Aerzteverbandes.

Wir wiederholen die dringende Bitte, daß die Herren Kollegen bei Verordnungen für Krankenkassen so sparsam als irgend möglich verfahren.

Nachdem jetzt die Listen 1, 2, 3 und 5 der Wirtschaftlichen Verordnungsweise gefallen sind, können und sollen die Herren Kollegen beweisen, daß sie imstande und gewillt sind, auch ohne einschränkende Vor-

schriften das berechtigte Verlangen der Krankenkassen auf sparsame Verordnungsweise zu erfüllen.

Wir haben den Wunsch und die Ueberzeugung, daß, wenn die Kollegen diesen Beweis geliefert haben werden, auch die verbotene Liste fallen wird und fallen muß.

Wir sehen uns zu dieser nochmaligen Aufforderung auch dadurch veranlaßt, da die Erklärungen der „Obersten wissenschaftlichen Stelle für das Verordnungswesen der Münchener Krankenkassen“ und der „Arzneimittelkommission München“ in Nr. 13 der „Bayerischen Aerztezeitung“ geeignet sind, Verwirrung unter der bayerischen Aerzteschaft anzurichten.

Bayerischer Aerzteverband.

I. A.: Dr. Steinheimer.

### Gesundheitsdienst der Lebensversicherung.

Von Dr. med. Otto Neustätter, Berlin.

Die Lebensversicherung tut gut daran, sich um die Gesundheit ihrer Klientel zu kümmern. Es liegt dies ebenso im Interesse des Gedeihens ihrer Leistungsfähigkeit, das ja identisch ist mit dem der Gesamtheit ihrer Versicherten, deren Spareinlagen sie zu betreuen hat, wie in dem jedes einzelnen Versicherten. Das ist die Auffassung, die sich in den fortschrittlichen Lebensversicherungsgesellschaften, auch in Deutschland, immer mehr Bahn bricht. Es sind nur ganz vereinzelte Gesellschaften, die noch auf dem Standpunkte stehen, „daß sich die Lebensversicherung nur um die Toten, nicht um die Lebenden zu kümmern habe“, ein Standpunkt, der sich als vollkommen überholt und auch dem modernen Gefühl widersprechend erweist. Zur Zeit der Einführung der Lebensversicherung in Deutschland vor 100 Jahren mag er berechtigt gewesen

sein. Da durfte man den Gedanken der Lebensversicherung, um ihn überhaupt durchzusetzen, nicht mit den Erwartungen belasten, als könnte die Lebensversicherung gleichzeitig die Leistungen einer Krankenversicherung mit übernehmen. Es ist aber eine Verkennung der veränderten Verhältnisse, wenn man heute noch an dieser seinerzeit begreiflichen Vorstellung festhält.

Der neuen Richtung folgend, haben sich vor zwei Jahren zunächst fünf Gesellschaften in Deutschland zu einer „Zentrale für Gesundheitsdienst der Lebensversicherung“ zusammengeschlossen. Heute ist die Mitgliederzahl auf 23 angewachsen.

Diese Gesellschaften erkennen das neue Prinzip der Schadenverhütung auch in der Personenversicherung als das richtige an und führen den Gesundheitsdienst vor allem in zweierlei Art durch: in Form literarischer Mitteilungen, durch die sie ihren Versicherten gesundheitliche Ratschläge allgemein erteilen, oder aber in der Form individueller gesundheitlicher Beratung nach vorausgehender Untersuchung durch den Arzt ihrer freien Wahl. Manche Gesellschaften bieten den Gesundheitsdienst in beiden Formen.

Die allgemeine gesundheitliche Belehrung erfolgt durch Broschüren und durch eine illustrierte Zeitschrift, die in Hunderttausende von Händen gelangen. Es wird darauf gesehen, daß diese Ratschläge praktisch Durchführbares bringen und gleichzeitig Berichte über die Fortschritte in der Gesundheitswissenschaft und -pflege enthalten. Die Zeitschrift bzw. Merkblätter gehen den Versicherten von ihren Gesellschaften aus unentgeltlich zu und bilden ein Bindeglied, das sich größeren Anklangs erfreut.

Eine besondere wichtige Neuerung auf dem Gebiete der Gesundheitsfürsorge, die einen wesentlichen Aufwand seitens der Gesellschaften erfordert, ist die Vergünstigung, daß den Versicherten von einer gewissen Versicherungsgrenze an, die so niedrig gehalten ist, daß die meisten Versicherten sie erreichen dürften, das Recht zusteht, auf Kosten der Gesellschaft alle 3 Jahre einen Arzt konsultieren zu können, der sie durchuntersucht und auf Grund des Befundes ihnen Ratschläge erteilt, was sie zur Förderung, Erhaltung oder Wiedererlangung ihrer Gesundheit tun sollten. Dabei ist eine grundsätzlich sehr bedeutsame Eigenart in Deutschland, im Gegensatz zu Amerika, von wo diese Einrichtung übernommen worden ist, zu verzeichnen. Der Versicherte ist nicht gezwungen, zu einem bestimmten Arzt zu gehen, kann sich vielmehr auf Kosten der Versicherungsgesellschaft einen ihm erwünschten Arzt unter denen aussuchen, die mit den Vereinbarungen zwischen der Aerzteorganisation und den Lebensversicherungsgesellschaften einverstanden sind. Er braucht also, z. B. wenn er auf dem Lande wohnt, nicht eine besondere Reise zu unternehmen; er kann zu seinem Hausarzt oder einem ihm sonst vertrauten Arzt gehen, was besonders günstig ist, da ein solcher über das ganze Vorleben, die Lebensführung und die Verhältnisse des Versicherten Bescheid weiß. Die Konsultation spielt sich eben ab wie eine private: es erfolgt keinerlei Mitteilung über den Befund an die Lebensversicherungsgesellschaft, das Berufsgeheimnis bleibt vollkommen gewahrt. Die Untersuchung kann also keinerlei Einfluß auf die Versicherung haben, und der gewisse Gegensatz zu dem Arzt, wie er bei der Voruntersuchung zur Versicherung besteht, wo der Arzt nicht als Vertrauensmann des Versicherten, sondern der Gesellschaft seine Pflicht erfüllen muß, entfällt hier vollkommen.

Gerade darauf hinzuweisen, erscheint wichtig, weil hierüber noch gelegentlich Unklarheit besteht, obgleich der Gutschein für die Konsultation des Arztes, der dem Versicherten unentgeltlich ausgehändigt wird, darüber

deutliche Aufklärung gibt. Nur in einer Richtung wird ein gelinder, aber sehr heilsamer Zwang auf den Versicherten ausgeübt: Wenn der Gutschein 3 Jahre lang gültig wäre, dann würden die meisten ihn verfallen lassen, einfach weil sie gar nicht daran denken. Um das zu vermeiden, ist die Gültigkeit auf 3 Monate vom Ausgabetermin an beschränkt. Unter diesen Umständen steckt der Versicherte ihn schon mit dem Bewußtsein in die Brieftasche, daß er ihn in absehbarer Zeit verwerten muß!

Es bedarf keiner Klarlegung, wie segensreich diese periodischen Gesundheitsuntersuchungen sich erweisen können. Sind doch fast alle schweren Leiden in ihrem Beginn von einer Art, daß sie sich nicht subjektiv dem Gefühl oder dem Auge bemerkbar machen. Wie oft muß der Arzt sagen, daß der Patient zu spät gekommen ist, um eine rasche und leichte Heilung oder eine gründliche Besserung zu ermöglichen. Hier wird durch die Gesundheitsuntersuchungen eine wesentliche Hebung unserer Volksgesundheit zu erzielen sein. Es kommt nur darauf an, daß die Versicherten auch von der Vergünstigung Gebrauch machen! Da es schon jetzt über 500 000 Versicherte sind, denen sie zugute kommt, so ist es klar, daß mit dieser Einrichtung eine Massenfürsorge eingeleitet ist, die weit über die Grenze der Versicherung hinaus allgemeines Interesse beanspruchen darf und zweifellos bei den Versicherten als eine sehr erwünschte und bedeutungsvolle Neuerung in der Lebensversicherung immer mehr Anerkennung finden wird.

### Vereinbarungen über periodische Nachuntersuchungen für Lebensversicherungen.

Im Ständigen Ausschuß der Aerzte und Lebensversicherungsgesellschaften ist eine Vereinbarung über die Vornahme von periodischen Nachuntersuchungen beschlossen worden, wie sie schon mit dem Gerling-Konzern und dem Verband öffentlicher Lebensversicherungsgesellschaften bestand. Die Gesellschaften, die dieses Verfahren einführen, geben ihren Versicherten in gewissen Abständen mit dem Prämienschein einen Gutschein, auf den hin sie sich innerhalb einer bestimmten Zeit, gewöhnlich innerhalb 3 Monaten, von einem beliebigen Arzte untersuchen lassen können. Der Gutschein wird von dem betreffenden Arzt unmittelbar an die Gesellschaft eingesandt. Er hat lediglich zu bestätigen, daß die betreffende Person von ihm untersucht worden sei, insbesondere auf Lunge, Herz, Unterleibsorgane, Reflexe, Eiweiß, Zucker, und ihr die nötigen Ratschläge erteilt worden sind. Als Honorar ist der Betrag von RM. 6.— dafür vereinbart worden. Die Vorstände beider Parteien haben die Zustimmung zu dieser Abmachung erklärt.

Verband der Aerzte Deutschlands (Hartmannbund).  
Dr. Lautsch.

### Keine Gewerbesteuer für die freien Berufe.

Im Preußischen Landtag wurde am 16. April die Abstimmung über die Einbeziehung der freien Berufe in die Gewerbesteuer wiederholt. Nachdem der Preußische Staatsrat gegen die Vorlage Einspruch erhoben hatte, mußte zur Annahme des Antrages eine Zweidrittelmehrheit erzielt werden. In der namentlichen Abstimmung wurde die Zweidrittelmehrheit nicht erreicht; damit verfiel die ganze Gewerbesteuervorlage mit Einbeziehung der freien Berufe der Ablehnung. Wenn auch dieses Mal die Abwehr gegen eine ungerechte und unsinnige Steuer für die freien Berufe von Erfolg war, so müssen wir doch stets auf der Hut sein, um keine Ueberraschungen zu erleben.

## Zur Begutachtungsfrage von Kriegshysterikern.

Von Dr. Franz Junkenitz, Burgpreppach.

Bei der durch demoralisierende Einflüsse der Kriegs- und Inflationszeit hervorgerufenen, durch Fehler in der Sozialversicherung begünstigten, gegenwärtig besonders grassierenden „Renteritis epidemica communis“ sind den Versorgungsbehörden scharfe Ablehnungen unberechtigt erscheinender Rentenforderungen nicht zu verüben. Die Herren Kollegen bei den Versorgungsämtern und Berufungsgerichten möchten sich aber hüten, ihre berechtigten Notwehrmaßnahmen in gutachtliche Begründungen zu verhüllen, die in der Laienmentalität das ärztliche Ansehen herabzuwürdigen geeignet erscheinen.

Ich will heute nur von einem, fast regelmäßiger Ablehnung verfallendem Kriegsleiden sprechen, von der Hysterie.

Zur Begründung der Abwehr gegen die Flut der Kriegshysteriker heißt es regelmäßig: „Die nervösen Erscheinungen können nicht mehr als Kriegsfolgen anerkannt werden; die seinerzeit durch Kriegseinflüsse hervorgerufenen nervösen Störungen müßten heute nach 10 Jahren abgeklungen sein; der zweifellos noch bestehende nervöse Zustand ist deshalb auf Rentenbegehren zurückzuführen.“

Das begreift doch kein Laie, aber auch als Arzt muß man die Wahrheit dieser Behauptungen stark in Zweifel ziehen.

Die Hysterie setzt eine gewisse Disposition voraus; die Veranlagung zur Hysterie ist aber in unserer, auch auf dem platten Lande kulturgeschädigten Menschheit so allgemein wie etwa die Empfänglichkeit für Flecktyphus, wo ungefähr derselbe Prozentsatz Ausnahmen vorkommt, wie bekanntlich die jüdische Rasse gegen Fleckfieberinfektionen äußerst resistent ist. Es fällt uns nur schwer, diese allgemeine Disposition zu einer beschämenden, in Laienkreisen nur in der sexuellen Form bekannten und besonders verpönten Krankheit uns ehrlich einzugestehen.

Ich bin in vierjährigem Frontdienst auch etwas hysterisch geworden, obwohl ich aus einer nichtverweichlichten, elf Geschwister starken, robusten Familie stamme. Nicht die Angst vor Maschinengewehren, Minen und Granaten, wohl aber die ständige, beunruhigende Sorge um den Kriegsausgang hat meinen Nerven zugesetzt, um deren auffällige Gesundheit ich vor dem Kriege allseits beneidet wurde. Und wer von meinen Kameraden, die wochenlang in unterminierten Schützengrabenstollen saßen, im tagelangen Trommelfeuer am Rande des Wahnsinns standen, die eine alles zermalmende Feuerwalze vor sich hertrieb, wird bei einiger Selbsterkenntnis und Gewissenserforschung kein hysterisches Manko an sich entdecken? Wer von diesen Kollegen will seinen bei solcher Gelegenheit davongetragenen Nervenknacks auf ein Rentenbegehren zurückführen?

Die Herren, die am grünen Tisch Obergutachten ausklügeln, werden gleich mit dem Einwand kommen, daß die Hysterie eine im Unterbewußtsein geborene, logisch falsche Vorstellung sei, die natürlich ebenso logisch falsch ins Oberbewußtsein projiziert werde. Recht so! Aber wäre der Krieg nicht gewesen, so hätten sich neben anderen diese falschen Vorstellungen nicht in mein Gehirn eingestaltet, ebenso wie meine Luftschläuche, Mittelohr und Nebenhöhlen der Nase auch heute noch, nach zehn und zwölf Jahren, vom Gas verätzt bleiben und etliche Granatsplitter in bindegeweblicher Verkapselung ruhen. Eine gewisse Zeit zur Abklingung hysterischer Kriegsschäden gleichsam militärisch befehlen zu wollen, geht an, sobald sie mit einer militärischen Notwendigkeit begründet ist; sie aber mit

einem wissenschaftlichen Mäntelchen zu behängen, ist unwissenschaftliche Sophisterei. Denn bekanntlich geht die Hysterie wie viele andere Geisteskrankheiten mit Remissionen und selbst mit langen Perioden völliger Latenz einher. Daß ihre klinischen Erscheinungen sich beseitigen lassen, die Hysterie also heilbar ist, bleibt Erfahrungstatsache. Daß aber das ursächliche Moment aus erschütternden Kriegserlebnissen nach zehn Jahren aus den äußersten Sphären des unbewußten Denkens definitiv auf Lebensdauer verdrängt sein müßte, ist wissenschaftlich nicht zu erhärten. Um Gold zu zerlegen, braucht man Scheidewasser, um die feinen Gehirnvorgänge zu ergründen, braucht man schon seit den Tagen des hl. Augustin etwas Vollkommeneres als das menschliche Gehirn. Die Hysterie ist keine Krankheit, die sich durch gleichbleibende Intensität der Krankheitserscheinungen auszeichnet. Die Perioden absoluten Wohlbefindens und unverminderter Arbeitsfähigkeit sind weit in der Ueberzahl. Es muß sich schon um ganz schwere, lang anhaltende Krankheitserscheinungen handeln, wenn sie eine Rentengewährung von 25% rechtfertigen sollen. Der mitteilerregende Anblick eines Kriegsschüttlens oder einer, moderner Hysterietherapie widerstehenden Lähmung wird auch das hartherzigste Versorgungsamt erweichen können, selbst nach zehn Jahren, wo Kriegs- und Inflationserschrecken nur noch als ein böser Traum empfunden werden.

Man sage den Leuten, besonders den durch Kriegshysterie in ihrem Einkommen meist in keiner Weise geschädigten ländlichen Kreisen, die durch ärztliche Erfahrung gewonnene und an Beispielen demonstrierbare, laienverständliche Wahrheit über ihre Kriegskrankheit. Meinetwegen noch dazu, sie möchten damit zufrieden sein, daß ihnen nicht durch Bombensplitter der Kopf abgerissen worden sei, was 99 Proz. der Kriegsteilnehmer mit größter Wahrscheinlichkeit hätte begegnen können. Und die Leute werden sich zufrieden geben! Man versuche aber nicht, ihnen durch wissenschaftlich sein wollende, laienunverständliche, wohlgesetzte Schriftstücke ihren Glauben an ihr gebrachtes Kriegsnervenopfer grausam rauben zu wollen.

Denn glauben werden sie ihren Widersachern nie, ich nicht und meine Kriegskameraden, viel weniger noch der Laie, ob gebildet oder ungebildet. Der Gebildete erst recht nicht!

Die Folge ist nur ein weiteres Umsichgreifen der weitesten Kreise erfüllenden Verbitterung gegen die Versorgungsbehörden, die es zu vermeiden gilt.

## Bkk. Das Problem der deutschen Sozialpolitik

findet durch Univ.-Prof. Dr. v. Zwiedineck-Südenhorst eine hohe Bewertung. Dasselbe ist nach einer jüngsten Auslassung des Vorgenannten heute mehr denn je ein Menschenproblem, an allen Ecken und Enden ein Erziehungsproblem, ein Problem der Verbreitung von wahren Wissen über die Gesellschaftszusammenhänge und ein Problem des Wollens. Wie weit die Sozialversicherung zum Segen oder zum Nachteil gereicht, ist lediglich davon abhängig, was die Menschen aus dieser Windrichtung machen. Bei der Einführung der Sozialversicherung hat es nicht nur gegolten, eine Organisation in die Welt zu setzen als Träger des Gemeinschaftsgeistes, sondern daß auch die Menschen zu dem Geiste der Solidarität erzogen werden müssen. Wie mit den sozialen Machtverschiebungen immer mehr das Problem der Sozialpolitik in den Vordergrund tritt, die Menschen zu einer wirklichen Gesellschaftsauffassung, zum Pflichtgefühl gegenüber der Gesellschaft zu erziehen, so wird auch die Sozialversicherung die Entwicklung der Wirklichkeit nur dann nachhaltig und dauernd fördern können, wenn sich die einzelnen dar-

auf einstellen lernen, daß der persönliche Vorteil und die weitgehende Ausnutzung einer Vorteilmöglichkeit nicht der ausschlaggebende Grundgedanke der Gesellschaftsentwicklung sein kann.

### Bedeutung und Wirkungsbereich der Psychotherapie.\*)

Von Dr. W. Unger, Hohenpeißenberg (Obb.).

Die ehrenvolle Aufgabe, unsere Erörterungen mit einer allgemeinen Darstellung der seelischen Heilkunst einzuleiten, kann ich bei der Kürze der zur Verfügung stehenden Zeit nur in der unvollkommenen Weise lösen, daß ich einige wichtige Tatsachen und Gedanken aus dem reichen Problemgebiet der Psychotherapie herausgreife.

So werden wir auf die bei solchen Anlässen übliche kritische Gegenüberstellung der Methoden verzichten müssen. Ich darf wohl voraussetzen, daß Ihnen in den Grundgedanken das Lebenswerk des großen Sigmund Freud bekannt ist und daß Sie wissen, welche Abwandlungen, Ausgestaltungen und Bereicherungen der Psychoanalyse sich mit den Namen Frank, Jung, Adler und Stekel verbinden (psychokathartische Behandlung, Berücksichtigung des kollektiven Unbewußten, Individualpsychologie und aktive Psychoanalyse). Ich darf Sie dann gleichsam im Fluge noch an die wenig mehr diskutierte, aber viel benutzte einfache Methode der Persuasion nach Dubois erinnern und dieser ganzen Gruppe rationaler psychotherapeutischer Methoden jene andere gegenüberstellen, welche mit außerrationalen Mitteln die außerlogischen Zusammenhänge der mehr natur- und instinktnahen, dunkleren und passiven Seite der menschlichen Seele angeht: die Gruppe der suggestiven Methoden (direkte und larvierte Suggestion, Auto- und Heterosuggestion, Hypnose). Wir haben endlich noch zu bedenken, daß alle diese Einzelverfahren nur dienende Glieder einer umfassenden allgemeinen Psychagogik sein dürfen, welche alle psychotherapeutischen Handlungen nicht nach wissenschaftlicher Tiefe oder Gedankenfülle, sondern nur nach ihrem Wert als Hilfe in der Not kranker Menschen einschätzt.

Von den zahlreichen und wichtigen Ergebnissen der in den letzten drei Jahrzehnten wieder so reich entwickelten Psychotherapie glaube ich Ihnen trotz notwendig konzentriertester Darstellung am wenigsten vorzuenthalten, wenn ich versuche, sie in zwei Formeln zusammenzufassen. Es sind dies:

1. die Psychologisierung des Neurosebegriffs,
2. die psychologische Durchtränkung der ganzen Heilkunst.

Die Psychologisierung des Neurosebegriffs hat es uns eigentlich erst ermöglicht, die Neurosen mit einer Therapie anzugreifen, die sich der idealen „kausalen“ wenigstens nähert. Die Psycho-neurosen sind wesentlich seelisch bedingt, und wir wissen jetzt, daß (und zum Teil auch: wie) wir sie seelisch zu behandeln haben. Das in medizinischer Hinsicht sonst so fruchtbare ausgehende 19. und beginnende 20. Jahrhundert hat hier eine seiner sterilsten Stellen. Seiner materialistisch und mechanistisch eingestellten Welt- und Lebensanschauung konnte nur das als einer wissenschaftlich begründeten Medizin würdig erscheinen, was sich irgendwie mit Maß und Zahl feststellen ließ. So ging man auch an die Psycho-neurosen heran und konnte naturgemäß keine großen therapeutischen Erfolge haben. Daran änderte auch die physikalische Therapie dieser Zustände nichts. Diese ist zwar auch heute noch eine sehr willkommene Methode zur Beeinflussung der nervösen Erfolgsappa-

rate und zur allgemeinen Kräftigung und Beruhigung, aber eben nur als ein solches gleichsam peripher ansetzendes Hilfsmittel hat sie (und ebenso die medikamentöse und die diätetische Behandlung) Bedeutung bei der Behandlung der Psychoneurosen. Wir haben es als ein Unding ansehen gelernt, Liebeskonflikte durch kaltes Wasser heilen, allgemeine Lebensangst und Insuffizienzgefühle durch Elektrizität beeinflussen und die Abgründe zwischen Beruf und Neigung oder zwischen Individuum und Gesellschaft durch Brom ausfüllen zu wollen. Statt weiterer theoretischer Erörterungen möge Ihnen ein soeben erlebter Fall der Praxis den Wert dieser psychologischen Erfassung und Behandlung der Neurosen dartun:

Ein 35jähriges Mädchen ohne psychische Belastung in Familie und eigenem Vorleben, nach eigener und fremder Schilderung sonst ein fester, fröhlicher Mensch, sportliebend und sporttreibend, „klappt mit den Nerven zusammen“, was sich in heftigem Zittern der Hände und des Kopfes, in deprimierter Stimmung und vielem Weinen äußert. Als Grund wird Ueberarbeitung im Haushalt und Zusammenbruch der Ehe des Bruders angegeben. Das ist von vornherein nicht sehr einleuchtend, und als das Vertrauen der Kranken gewonnen ist, ergibt sich auch sofort pathogenetisch ungleich Wichtigeres: Pat. hat auf einer Sportreise vor zwei Jahren in einer Reisegefährtin die heimliche Geliebte des Vaters entdeckt und infolge eines unseligen Zufalls auch noch beide in flagranti ertappen müssen (ohne daß die Betroffenen es merkten). Ein furchtbarer psychischer Schock ist die Folge: Sturz des Vateridols und Konflikt wegen der Frage, ob sie ihr Wissen dem Vater und der Böses ahnenden Mutter verheimlichen darf. Sie tut es mit Aufbietung aller Willenskräfte, stürzt sich mit Verzweiflung in ihren allzu engen häuslichen Pflichtenkreis und kann erst dann nicht weiter, als nach fast 2 Jahren der Ehekonflikt des Bruders durch bestimmte Assoziationen jenes Erlebnis mächtig wieder aufbrechen läßt. — Damit ist die Psychotherapie gegeben. In nur 7 kathartischen Sitzungen in leichtester Hypnose reagiert Pat. das psychische Trauma so vollkommen ab, daß an Stelle der anfänglich verzweifelten Erregung geradezu Langeweile tritt. Die Kranke blüht bei unterstützender Sanatoriumspflege förmlich auf, nimmt etwa 20 Pfund zu und wird darauf hingewiesen, daß eine etwas freiere Gestaltung ihres Lebens ihr dienlicher sei als die jetzige, mit ihrem (auch sexuell) lebhaften Temperament und ihrem Selbstständigkeitsdrang schlecht zusammenstimmende Rolle der Haustochter. Dem Vater wird ein entsprechender Hinweis gegeben, Verlegung des bisherigen Wohnsitzes gemeinsam mit dem Bruder und dessen der Tante sehr anhängendem kleinen Sohn befürwortet.

Hier hat geeignete Psychotherapie zu einer vollkommenen Heilung (die vielleicht sogar eine dauernde sein wird) geführt. Die einfache Sanatoriumskur mit physikalischen, arzneilichen und diätetischen Mitteln hätte wohl auch eine Beruhigung, wahrscheinlich aber keine vollkommene Heilung erzielt, die Rückfallsgefahr wäre ungleich größer geblieben. Solche Fälle, bei denen die Prognose ganz überwiegend oder allein von dem Einsetzen der richtigen Psychotherapie abhängt, gibt es sicher in großer Menge, wenn auch die Aufspürung der seelischen Zusammenhänge oft viel tiefer dringender Bemühungen bedarf (Psychoanalyse) als in unserem Falle.

Wenn wir als zweites Hauptergebnis neuerer Psychotherapie die psychologische Durchtränkung der ganzen Heilkunst ansehen, so ist damit gemeint, daß wir heute grundsätzlich die seelische Beeinflussbarkeit jedes Leidens anerkennen und sie großenteils auch praktisch nutzen. Daß das möglich ist, muß angesichts

\*) Gekürzte Wiedergabe eines in der Ortsgruppe München der Allgemeinen Ärztlichen Psychotherapeutischen Gesellschaft am 5. März 1929 gehaltenen Vortrages.

neuerer Forschungsergebnisse auch derjenige zugeben, der darauf beharrt, als ärztlich beträchtlich nur solche Tatsachen anzusehen, die sich mit naturwissenschaftlichen Methoden beweisen lassen. Wir erinnern an Heyers bekanntgewordene Untersuchungen, bei denen er nach Suggestion der Aufnahme bestimmter Speisen qualitätsspezifische Aenderung des Magensaftes und nach Appetitsuggestion Beeinflussung von Tonus und Peristaltik des Magens radioskopisch nachweisen konnte; ferner an Laudenheimers psychotherapeutische Erfolge bei Asthmatikern auch in solchen Fällen, wo zweifellos Allergie bestand; endlich an die von Schindler suggestiv hervorgerufenen Hautblutungen an vorbezeichneter Stelle, welche die Stigmatisationserscheinungen unserem ärztlichen Verständnis soviel näher rücken. Weiter sei darauf hingewiesen, daß Marx durch die bloße hypnotische Suggestion des Wassertrinkens meßbare Polyurie und relative Hämoglobinverminderung (also Einströmen von Gewebsflüssigkeit in die Blutbahn) erzielen konnte, daß die seelische Beeinflussung von Temperatur und Stoffwechsel erwiesen ist. Auch die dem sorgfältig beobachtenden Arzt bekannte Erscheinung, daß die Resistenz gegen Infektionen von Stimmung und Affekten weitgehend abhängt, hat ihre experimentelle Bestätigung gefunden: Heilig und Hoff konnten nach hypnotisch gesetzten Unlustaffekten ebenso wie nach spontanen Depressionen ein Absinken der Agglutinationsfähigkeit für Typhusbazillen und des opsonischen Index für Koli-bazillen und verschiedene Kokken feststellen.

Solche Tatsachen sind uns heute besonders wertvoll für Verständnis und Behandlung der sogenannten Organneurosen. Wir wissen jetzt, daß ein großer Teil dieser diagnostisch so beliebten Krankheitsgruppe nichts anderes ist als der Ausdruck allgemeiner psychoneurotischer Spannungen, Konflikte und Haltungen an einem bestimmten Organ. Warum diese psychoneurotischen Zustände und Vorgänge sich gerade an diesem oder jenem einzelnen Organ äußern, können wir zwar nicht immer, aber in zahlreichen Fällen verstehen. Konstitutionelle und konditionelle Momente und die gesamte psychologische Konstellation des Einzelfalles erklären uns oft die „Symptomwahl“ der Neurose. Wichtig für ein solches Verständnis ist uns auch die Symbolik der Organe geworden. Was damit gemeint ist, mögen als Beispiele die Tatsachen andeuten, daß seelische Verletzungen und Dauerschäden, die mit dem Erleben von Druck, Belastung, Enge und Angst einhergehen, dazu neigen, sich am Herzen zu äußern, während andere, von Ekel, Widerwillen und ohnmächtigem Hinnehmenmüssen beherrschte besonders gern Ausdrucksbewegungen an Magen und Speiseröhre hervorrufen.

(Schluß folgt.)

### Aerztemangel in den französischen Kolonien.

In Frankreich kommt auf 1700 Einwohner 1 Arzt. Um diesen Status aufrechtzuerhalten, absorbiert das Land fast den ganzen Nachwuchs aus seinen medizinischen Fakultäten. Wenn man daran erinnert, daß Frankreich das zweitgrößte Kolonialreich der Welt besitzt, stellt sich das Problem von selbst: Wie soll Frankreich sein Kolonialreich mit Aerzten versorgen?

Die Verhältnisse in den Kolonien sind denn auch so traurig, daß man anfängt, für die Erhaltung der afrikanischen Neger zu fürchten, denen die Franzosen zwar die Krankheiten der Zivilisation gebracht haben, nicht jedoch die heilenden und schützenden Aerzte. Folgende interessante Statistik gibt über die tatsächlichen Verhältnisse Aufschluß:

Im afrikanischen Kolonialreich wohnen 50 Millionen Einwohner, und für diese riesige Bevölkerung stehen nicht mehr als 600 Aerzte zur Verfügung. Dabei wird der Hauptteil dieser Mediziner vom Militär beansprucht.

Die französische Regierung hat mit einer unbegreiflichen Gleichgültigkeit die Augen vor diesen Zuständen verschlossen, und das Resultat ist, daß die Negerbevölkerung unter tragischen Umständen Epidemien und ansteckenden Krankheiten, wie der Schlafkrankheit und der Syphilis, immer mehr zum Opfer fällt.

Sogar in Algier, das eine eigene Universität hat und auch sonst sehr vom Mutterland bevorzugt wird, gibt es für 6 Millionen Einwohner nur 682 Aerzte, davon leben 659 allein im nördlichen Teil dieser Kolonie. Für das riesige Gebiet weiter südlich, wo der größte Teil der Einwohner lebt, bleiben somit nicht mehr als 32 Aerzte.

Für die 4 Millionen Marokkaner stellt Frankreich 143 Aerzte. Im westlichen Teil Afrikas kommen auf die Bevölkerung von 13 Millionen Menschen, die auf der Flächenausdehnung Europas wohnen, etwa 156 Aerzte. Das äquatoriale Afrika ist an Flächenausdehnung viermal so groß als das Mutterland. Dreißig Aerzte kämpfen in diesem Tropenland gegen die verheerenden Krankheiten, die die Bevölkerung dezimieren.

Madagaskar hat 40 Aerzte, die nicht ausreichen, um in den Hospitälern der Küstenstädte auch nur den einfachsten hygienischen Anforderungen gerecht zu werden. Furchtbar sind die Zustände in Indochina, wo auf eine Bevölkerung von 25 Millionen Einwohnern 111 Aerzte kommen.

Man kann diesen Zahlen entgegenhalten, daß es auch eingeborene Aerzte gibt; aber, wenn man ihre Anzahl erfährt — es sind etwa 300 für das ganze Kolonialreich —, dann unterstreicht das gerade die Trostlosigkeit der Zustände.

In der französischen Presse trifft man in der letzten Zeit wiederholt die Anregung, man solle zur Behebung dieser Mißstände seine Zuflucht zur Verpflichtung ausländischer Aerzte mit guter Vorbildung nehmen. Aus diesem Gesichtspunkt heraus wird angeregt, an befreundete Nationen mit der Bitte heranzutreten, Aerzte für die französischen Kolonien zur Verfügung zu stellen. Der französische Staat hat sich schon bereit erklärt, diese Aerzte gut zu bezahlen. Sogar das äquatoriale Afrika bezahlt jungen Aerzten, die eben fertigstudiert haben, 8000 Mark im Jahr und freie Reise. Außerdem können sie auf Nebeneinkommen rechnen und erhalten nach 25 Jahren Praxis eine Pension.

Einem Deutschen drängt sich ein bitteres Gefühl auf, wenn er sieht, daß ein menschenarmes Land wie Frankreich die Einwohner seiner Kolonien in Massen umkommen lassen muß, weil ihm das Menschenmaterial und wissenschaftlich gebildete Kräfte fehlen, während man das kräftige Deutschland hindert, der Welt seine Hilfe zur Verfügung zu stellen.

### Bkk. Der Begriff der Berufsunfähigkeit im Sinne des Angestelltenversicherungsgesetzes

ist seit 1. März 1929 zum Schutze der älteren Angestellten nicht unbedeutend erweitert. Während nämlich bis zum vorgenannten Zeitpunkt Berufsunfähigkeit nur dann anzunehmen war, wenn die Arbeitsunfähigkeit des Versicherten auf weniger als die Hälfte derjenigen eines körperlich und geistig gesunden Versicherten von ähnlicher Ausbildung und gleichwertigen Kenntnissen und Fähigkeiten herabgesunken ist, gilt nunmehr als berufsunfähig auch jeder Angehörige der Angestelltenversicherung, der das 60. Lebensjahr vollendet hat und seit mindestens einem Jahre ununterbrochen arbeitslos ist. Diese Erweiterung des Begriffes der Berufsunfähigkeit hat zur Folge, daß künftighin alle 60 Jahre alten, seit mindestens einem Jahre ununterbrochen arbeitslosen Angestelltenversicherten auf Antrag und soferne sie die Wartezeit erfüllt haben und die Anwart-

schaft nicht erloschen ist, Ruhegehalt nach den Bestimmungen des Angestelltenversicherungsgesetzes erhalten, und zwar für die weitere Dauer ihrer Arbeitslosigkeit. Dabei beginnt bei Versicherten, die einen Anspruch auf Arbeitslosenunterstützung, Krisenunterstützung oder Sonderunterstützung bei beruflicher Arbeitslosigkeit haben, das Ruhegeld frühestens mit dem Wegfall dieses Anspruches. Was das Erlöschen des Rentenbezuges betrifft, so fällt das Ruhegeld erst mit dem Ablauf des Monats weg, in dem der Empfänger in eine invaliden- oder angestelltenversicherungspflichtige Beschäftigung eintritt.

### Adgo oder Preugo für die Ersatzkassen?

Die Hauptversammlung des Württembergischen Aerzteverbandes vom 24. März 1929 faßte folgenden Beschluß im Anschluß an das Referat über den neuen Ersatzkassenvertrag:

„An Stelle einer neuen, auf Grundlage der komplizierten und unübersichtlichen Adgo aufzustellenden Kassengebührenordnung für die Ersatzkassen soll in Zukunft die Preußische Gebührenordnung mit angemessenem Aufschlag (50—75 Proz.) verwendet werden. Dabei müssen die Beschränkungen nach §§ 8 und 9 der Preugo sowie die Bezugnahme auf die bisher gültigen Schiedsamtentscheidungen und Ergänzungen wegfallen, um eine glatte Abwicklung der Rechnungsaufstellung und Prüfung zu ermöglichen.“

### Landesbeirat für Leibesübungen.

In der Sitzung des Landesbeirates für Leibesübungen im Staatsministerium für Kultus und Unterricht am 15. April 1929 wurde die Sportarztfrage in Anwesenheit des Medizinalreferenten im Ministerium des Innern, Herrn Geheimrat Dieudonné, und seines Hilfsreferenten, Bezirksarzt Schätzel, eingehend und programmatisch besprochen. Als Referent war vom Ministerium Geheimer Sanitätsrat Hoellmayr, der Vorsitzende des Landesverbandes Bayern des Deutschen Aerzlebundes zur Förderung der Leibesübungen aufgestellt. Dieser erstattete ein ausführliches Referat und legte dem Landesbeirat nachstehende Leitsätze vor, die einstimmig angenommen und dem Staatsministerium für Kultus und Unterricht zur Würdigung übergeben wurden.

Das Ministerium für Unterricht und Kultus wird ersucht, an den Landtag mit nachstehenden Anträgen heranzutreten:

1. An den drei Landesuniversitäten und der Polytechnischen Hochschule in München Forschungsinstitute für Leibesübungen mit einem mit Lehrauftrag ausgestatteten a. o. Professor als Vorstand und den notwendigen Hilfskräften und entsprechendem Etat einzurichten. (Muster: Freiburg, Gießen, Berlin, Hamburg, Leipzig, Marburg.)

2. Die Städte München, Nürnberg, Augsburg, Würzburg, Erlangen, Regensburg, Bamberg, Passau, Aschaffenburg, Bayreuth zu veranlassen, baldigst sportärztliche städtische Beratungsstellen mit einem hauptamtlichen Arzt als Vorstand nach bekanntem Muster (Hamburg, Frankfurt, Halle, Berlin usw.) einzurichten und diese Beratungsstelle nicht dem Schul-, sondern dem Gesundheitsreferat zu koordinieren, eventuell mit der Zeit zu einem eigenen Referat („Der Mensch von der Geburt bis zum Grabe“) auszubauen.

3. Den Spitzenverbänden der Turner und Sportler genügende Mittel zur Verfügung zu stellen, um im Sinne vorbeugender Gesundheitsfürsorge den größten Teil der Jugend und besonders der werktätigen, aber auch der Erwachsenen

vor das Volksvermögen in hohem Grade laufend schädigenden Erkrankungen und teurem Krankenhausaufenthalt besser als bisher zu schützen und dadurch wahrhaftige tätige Gesundheitsfürsorge zu treiben.

Begründung: Siehe die in den Beilagen „Start und Ziel“, Jubiläumsnummer zur 30. Gründungsfest der Deutschen Sportbehörde, S. 336, und mein Vortrag: „Leibesübungen bei Bahn und Post“, S. 3, 4 und 5!

4. Die Amtsärzte zu veranlassen, sich von Amts wegen um den Betrieb und das Wohlergehen der Turn- und Sportvereine verantwortlich zu kümmern und jährlich über ihre diesbezügliche Tätigkeit und Erfahrungen und Beobachtungen amtlichen Bericht zu erstatten. Diese Berichte sind im Ministerium zusammenzufassen, zu bearbeiten und im Auszug zu veröffentlichen. Dies kann eventuell auch in Form von Doktorarbeiten geschehen.

5. Jeder Mediziner, der die amtsärztliche Laufbahn einschlagen will, hat nachzuweisen, daß er einen dafür eingerichteten Kursus für „Physikalkandidaten“ an der Landesturnanstalt mit Erfolg besucht und drei Jahre aktiv Leibesübungen getrieben hat.

6. Um letzteres zu erleichtern, sind an den Hochschulen entsprechend den Beschlüssen der Tagungen der Hochschulämter für Leibesübungen die Leibesübungen wirklich und nicht nur nach Belieben, sondern pflichtmäßig zu treiben und am Abschlusse des Studiums der Nachweis darüber von den Studierenden zu erbringen. An jeder Hochschule ist ein hauptamtlicher Turn- und Sportlehrer anzustellen und sind die notwendigen und genügend großen und schönen Turn-, Schwimm- und Spielhallen und Sommerspielplätze zu beschaffen. Nur solche Räume locken die jungen Studenten wirklich und sind ohne Schaden für die Gesundheit zu benützen.

7. Um die notwendigen Mittel hierfür aufzubringen, ist vom Ministerium mit den Trägern der verschiedenen Formen der sozialen Fürsorge in Verbindung zu treten und in eingehenden, ernsten Beratungen unter Beiziehung sachkundiger Referenten (auch aus den Kreisen der Turner, Sportler und Sportärzte, ferner der Jugendfürsorge und Fürsorgeärzte) diesen Kreisen klarzulegen, soweit das notwendig sein sollte, warum sie aus eigenem Interesse zu diesen gesundheitlichen Vorbeugungsmaßnahmen mit Hilfe der Pflege der Leibesübungen reichliche Mittel beisteuern müssen.

8. Es wäre dem Ministerium anheimzustellen, inwieweit zur Erlangung von Mitteln wegen Verleihung von Titeln für Spender für die Pflege der Leibesübungen mit dem Ministerium des Innern in anregende Verbindung zu treten wäre. Desgleichen ist selbstverständlich dem Ministerium für Unterricht und Kultus die Verbindung mit dem Reiche und dessen einschlägigen Stellen zur eventuellen gemeinsamen Behandlung der durch die Anträge gegebenen Anregungen zu empfehlen.

### Streitsachen zwischen Aerzten und Krankenkassen in Bayern.

1. Im Berichtsjahre 1928 sind beim Landesschiedsamt 26 Streitsachen gegen Entscheidungen der Schiedsämter anhängig geworden. Hierzu kamen noch 5 Streitsachen aus dem Vorjahr. Von diesen 31 Streitsachen sind 17 von Aerzten und ärztlichen Bezirksvereinen, 14 von Krankenkassen anhängig gemacht worden.

20 dieser Sachen wurden durch Entscheidung des Landesschiedsamtes, 8 auf andere Art erledigt, 3 gingen unerledigt auf das Jahr 1929 über, davon 3 aus dem letzten Vierteljahr 1928. Die Zahl der Verwaltungseingänge betrug 67.

**Tätigkeit des beim Bayer. Landesversicherungsamt gebildeten Landesschiedsamts im Jahre 1928.**

Schiedsämtler, gegen deren Entscheidung, d. Rechtsmittelgericht, waren	Zahl der					
	aus dem Vorjahr unerledigt übernommenen	im Berichtsjahr neu anhängig gewordenen	insgesamt zu bearbeitenden	mündlich erledigten	auf andere Weise	unerledigt auf das folgende Jahr übergegangenen
	Streitsachen zwischen Aerzten und Krankenkassen					
München	1	8	9	7	1	1
Landshut	—	6	6	4	2	—
Speyer	1	3	4	2	2	—
Regensburg	—	2	2	1	—	1
Bayreuth	—	1	1	—	1	—
Nürnberg	2	1	3	1	1	1
Würzburg	—	5	5	4	1	—
Augsburg	1	—	1	1	—	—
Summe 1928	5	26	31	20	8	3
„ 1927	15	10	25	16	4	5

**Landesversicherungsanstalt Oberbayern betreffend Behandlungskosten minderbemittelter Geschlechtskranker in Oberbayern.**

Nach den bayer. Vollzugsvorschriften zum Reichsgesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten vom 29. September 1927 MABl. 1927, S. 49) sollen die Kosten der Behandlung von minderbemittelten Geschlechtskranken von besonderen Arbeitsgemeinschaften übernommen werden. Nachdem für den Bezirk der Stadt München eine solche Arbeitsgemeinschaft unter Führung des Städt. Wohlfahrtshauptamtes, Abteilung Gesundheitsfürsorge, und unter Mitwirkung der Landesversicherungsanstalt Oberbayern, der hauptbeteiligten Krankenkassen und des Zweigvereins Bayern der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten anfangs des Jahres gegründet worden ist, wird im folgenden eine Regelung der Kostentragung für minderbemittelte Geschlechtskranke im übrigen Oberbayern bekanntgegeben:

Grundsätzlich macht das genannte Reichsgesetz dem an einer ansteckenden Geschlechtskrankheit Erkrankten die Behandlung durch einen approbierten Arzt zur Pflicht und verlangt, daß der Kranke, soweit er dazu in der Lage ist, für die Behandlungskosten selbst aufkommt. Für die Mitglieder einer reichsgesetzlichen Versicherung soll aber diese, d. h. in der Regel die Krankenkasse, nach Ablauf ihrer Krankenhilfezeit je nach Zugehörigkeit (als freiwillige Leistung) die Landesversicherungsanstalt, Reichsversicherungsanstalt für Angestellte, Knappschaft oder die Reichsbahnarbeiterpensionskasse die Behandlungskosten tragen. Bei Personen ferner, die hilfsbedürftig im Sinne der Reichsverordnung über die Fürsorgepflicht vom 13. Februar 1924 sind, hat der Fürsorgeverband für die Behandlungskosten aufzukommen. Darüber hinaus gibt es aber noch einen Kreis von Personen, die nicht eigentlich hilfsbedürftig sind, auch keiner reichsgesetzlichen Versicherung angehören und die doch die oft nicht unbeträchtlichen Behandlungskosten nicht gut selbst zahlen können, weil sie minderbemittelt sind. Hier erklärt sich nun die Landesversicherungsanstalt Oberbayern freiwillig und widerruflich bereit, die Behandlungskosten bei ansteckenden Geschlechtskrankheiten zu übernehmen, wenn diese Kostenübernahme ärztlicherseits beantragt wird; es handelt sich dabei:

1. um Personen, die bei ihrer Krankenkasse ausgerechnet sind oder die der versicherungspflichtigen Bevölkerung sozial und wirtschaftlich nahestehen;

- um Personen, für die zwar die Zuständigkeit einer reichsgesetzlichen Krankenkasse gegeben ist, denen aber die Behandlung dort (infolge persönlicher Verhältnisse usw.) wirtschaftliche Nachteile bringen könnte;
- um sonstige minderbemittelte Personen, denen die Aufbringung der Behandlungskosten erhebliche Schwierigkeiten macht, so daß zu befürchten ist, daß ohne die Kostenübernahme seitens der Landesversicherungsanstalt Oberbayern die Behandlung unterbleiben oder verzögert werden würde.

Als „minderbemittelt“ gelten nach den obengenannten bayerischen Vollzugsvorschriften jedenfalls diejenigen Personen, deren Einkommen zu der Wochenfürsorge nach der Reichsverordnung vom 7. September 1925 (RGBl. I, S. 332) berechtigen würde.

Soweit ein solcher Kranker nicht auf Grund des § 4 Abs. 2 des genannten Reichsgesetzes in ein Krankenhaus eingewiesen werden muß, sondern vom praktischen Arzt behandelt werden kann, kann letzterer mittels des dafür eingeführten Formblattes den Antrag auf Uebernahme der Heilverfahrenskosten beim Zweigverein Bayern der DGBG. in München 2 SO, Frauenlobstraße 9, stellen. In Uebereinstimmung mit der Landesversicherungsanstalt Oberbayern behält sich der Zweigverein vor, festzustellen, ob der Kranke zu den genannten minderbemittelten Personen zu rechnen und ob er etwa ins Krankenhaus einzuweisen ist; ferner muß vorbehalten werden, das Ausmaß der auf Grund der preuß. Gebührenordnung zu vergütenden Leistungen im Benehmen mit dem behandelnden Arzt zu bestimmen.

Antragsformblätter sind bei der Geschäftsstelle des Zweigvereins kostenlos zu erhalten.

**Amtliche Nachrichten.**  
**Dienstesnachrichten.**

Die Stelle des Hilfsarztes beim Bezirksarzt für den Verwaltungsbezirk Ludwigshafen a. Rh. ist erledigt. Bewerbungen sind bei der Regierung der Pfalz, Kammer des Innern, bis 1. Mai 1929 einzureichen. Bewerber, die die Prüfung für den ärztlichen Staatsdienst bestanden haben, erhalten den Vorzug.

**Vereinsmitteilungen.**

**Ärztlicher Bezirksverein München-Land.**

Die Mitglieder sind von der Bayerischen Landesärztekammer für Zahnärzte zur Tölzer Parodontose-tagung vom 9. bis 12. Mai 1929 eingeladen. Wer der Einladung Folge zu leisten beabsichtigt, wolle sich zur näheren Auskunft sofort an den unterzeichneten Vorsitzenden wenden.  
Dr. Schneider, Solln.

**Mitteilungen des Münchener Aerztervereins für freie Arztwahl**

1. Neuer Vertrag mit dem Sanitätsverband ab 1. April 1929. Die Vertragsbedingungen sind folgende:

a) Die Einkommensgrenze für die Mitglieder wird von 6000 M. auf 5000 M. herabgesetzt.

b) Zur Durchführung der Kontrolle über die Zugehörigkeit wird ein alphabetisches Mitgliederverzeichnis des SV. zur Einsichtnahme und eventuelle Einsprucherhebung auf der Geschäftsstelle des Vereins aufgelegt; ferner müssen alle Neuaufnahmen wöchentlich im „Roten Blatt“ bekanntgegeben werden. Die Mitglieder des Vereins haben das Recht, binnen acht Tagen nach Bekanntgabe gegen die Aufnahme beim Verein Einspruch zu erheben.

c) Als Honorar gelten die vollen Mindestsätze der Preugo vom 1. September 1921 unter Wegfall der §§ 7—9 plus 20 Proz. bis 1. Juli 1929, ab 1. Juli bis 31. Dezember 1929 ein Zuschlag von 25 Proz. Ab 1. Januar 1930 tritt eine neue Gebührenordnung in Kraft. Als Nachtbesuch gilt die Zeit von 8 Uhr abends bis 8 Uhr morgens; Sonntagsbesuche werden doppelt vergütet. Auszahlungsmodus sowie Prüfung der Arztrechnungen und Arzneiverordnungen wie bisher.

d) Der Vertrag mit den Privatheilanstalten bleibt aufrechterhalten.

e) Der Vertrag gilt bis zum 31. Dezember 1930 mit Ausnahme der Honorarbedingungen.

2. Zur Aufnahme in den Verein als außerordentliches Mitglied haben sich gemeldet:

Herr Dr. Hermann Roeder, Facharzt für Hals-, Nasen-, Ohrenkrankheiten, Maximilianstraße 34;

Herr Dr. Joseph Schöner, Facharzt für Röntgenologie, Max-Weberplatz 9.

einer Entfernung von über 160 km von München die Reise III. Klasse vergütet. Tagegelder können mit Rücksicht auf die schlechte Finanzlage des Staates nicht gewährt werden. Geh. San.-Rat Hoeflmayr.

### Verzeichnis der dem V. k. B. angeschlossenen Ersatzkassen, die sich dem neuen Vertrage mit dem Hartmannbund angeschlossen haben.

- Barmer Ersatzkasse, Barmen, Carnaper Straße 73.
- Berufskrankenkasse der Angestellten, Berlin SO 36, Oranienstraße 40/41.
- Berufskrankenkasse des Gewerkschaftsbundes der Angestellten, Berlin-Zehlendorf, Schweizerhof.
- Berufskrankenkasse Deutscher Techniker, Berlin NW 40, Werftstraße 7.
- Berufskrankenkasse des Polier-, Werk- und Schachtmeisterbundes für das Baugewerbe Deutschlands, Braunschweig, Schleinitzstraße 24.
- Berufskrankenkasse des Verbandes der weiblichen Handels- und Bureauangestellten, Berlin SW 11, Bernburgerstraße 24/25.
- Krankenkasse des Vereins Merkur, Kaufmännischer Verein Nürnberg e. V., Nürnberg, Weinmarkt 10/12.
- Deutschnationale Krankenkasse, Hamburg 13, Feldbrunnenstraße 7.

### Bayer. Landesverband des Deutschen Aertztebundes zur Förderung der Leibesübungen.

Der diesjährige „Sportärzte-Ausbildungskursus“ findet statt vom 30. September mit 12. Oktober in der Bayer. Landesturnanstalt in München. Den Kollegen wird bei

## Verband der Aerzte Deutschlands (Hartmannbund).

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

### Cavete collegae!

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

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

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

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

- |  |   |  |   |   |
|--|---|--|---|---|
| <p>Altenburg Sprengelarztstellen<sup>1)</sup> b. der früheren Altenburger Knappschaft (jetzt zur Halleschen Knappschaft gehörig).</p> <p>Altkirchen, Sprengelarztstellen<sup>1)</sup> b. d. früheren Altenburger Knappschaft (jetzt zur Halleschen Knappschaft gehörig).</p> <p>Anspach, Taunus, Gemeinde- u. Schularztstelle.</p> <p>Barmen, Knappschaftsarztstelle.</p> <p>Berlin-Lichtenberg und benachbarte Orte, Schularztstelle.</p> <p>Blankenburg, Harz, Halberstädter Knappschaftsverein.</p> <p>Blumenthal, Hann., Kommunalassistentenstellen des Kreises.</p> <p>Borna Stadt, Sprengelarztstellen<sup>1)</sup> bei d. früh. Altenburger Knappschaft (jetzt zur Halleschen Knappschaft gehörig).</p> <p>Breithardt, Untertaunus, Kreis, Reg.-Bez. Wiesbaden.</p> <p>Bremen, Fab.K.K. der Jutespinn- und Weberei.</p> <p>Bremen, Arzt- und Assistenzarztstelle am berufsgenossenschaftlichen Ambulatorium.</p> <p>Bremen, Fabrik-, Betriebs- und Werkarztstellen jeder Art.</p> <p>Breslau, Bezirks- und Armenarztstellen des städtischen Wohlfahrtsamtes.</p> <p>Buggingen, Arztstelle der Südd. Knappschaft, München, Gewerkschaft Baden, Kalisalbergwerk.</p> <p>Culm, S.-Altbg., Knappschafts-(Sprengel-) Arztstelle.</p> <p>Dieburg b. Darmstadt, Vertragliche Tätigkeit oder Anstellung beim Sanitätsverein.</p> <p>Dobitschen, Sprengelarztstellen<sup>1)</sup> bei d. früh. Altenburger Knappschaft (jetzt zur Halleschen Knappschaft gehörig).</p> | <p>Eckernförde, Vertrauensarztstelle d. A. O. K. K.</p> <p>Ehrenhain, Sprengelarztstellen<sup>1)</sup> b. d. früher. Altenburger Knappschaft (jetzt zur Halleschen Knappschaft gehörig).</p> <p>Elberfeld, Knappsch.-Arztstelle.</p> <p>Erfurt, Aerztliche Tätigkeit bei dem Biochem. Verein »Volksheil« u. d. Heilkundigen Otto Würzburg.</p> <p>Essen, Ruhr, Arztstelle an den von d. Kruppschen K.K. eingerichtet. Behandlungsanstalten.</p> <p>Frohburg, Sprengelarztstellen<sup>1)</sup> b. der früheren Altenburger Knappschaft (jetzt zur Halleschen Knappschaft gehörig).</p> <p>Glessmannsdorf, Schles.</p> <p>Gössnitz, Sprengelarztstellen<sup>1)</sup> b. der früheren Altenburger Knappschaft (jetzt zur Halleschen Knappschaft gehörig).</p> <p>Groitzsch, Sprengelarztstellen<sup>1)</sup> b. der früheren Altenburger Knappschaft (jetzt zur Halleschen Knappschaft gehörig).</p> <p>Güstrow, Arztstelle i. Landesfürsorgehaus u. Landeskindenheim in Güstrow, Landes Strafanstalt Dreiebergen und Zentralgefängnis Bützow.</p> <p>Halle'sche Knappschaft, fachärztl. Tätigkeit und Chefarztstelle einer Augen- und Ohrenstation.</p> <p>Halle a. S., Sprengelarztstellen<sup>1)</sup> bei d. früh. Altenburger Knappschaft (jetzt zur Halleschen Knappschaft gehörig).</p> <p>Hannover, Assistenzarztstelle an der berufsgenoss. Unfallklinik.</p> <p>Hartau, siehe Zittau.</p> <p>Hessisch-Thüring. Sprengelarztstellen und jede ärztl. Tätigkeit bei der Hessisch-Thüring. Knappschaft, Sitz Kassel.</p> | <p>Hirschfelde, siehe Zittau.</p> <p>Kandrzin, Oberschl. Eisenbahn BKK.; ärztliche Tätigkeit am Antoniusstift.</p> <p>Kassel, Sprengelarztstellen und jede ärztl. Tätigkeit bei der Hessisch-Thüring. Knappschaft, Sitz Kassel.</p> <p>Keula, O.L., s. Rothenburg.</p> <p>Knappschaft, Sprengelarztstellen<sup>1)</sup> bei d. früh. Altenburger Knappschaft (jetzt zur Halleschen Knappschaft gehörig).</p> <p>Knappschaft, Sprengelarztstellen und jede ärztl. Tätigkeit bei der Hessisch-Thüring. Knappschaft, Sitz Kassel.</p> <p>Knappschaft (Oberschlesische), sämtliche Sprengel- und Facharztstellen.</p> <p>Kohren, Sprengelarztstellen<sup>1)</sup> bei der früheren Altenburger Knappschaft (jetzt zur Halleschen Knappschaft gehörig).</p> <p>Kötzenau, BKK. d. Marienhütte.</p> <p>Langenleuba-Niederhain, Sprengelarztstellen<sup>1)</sup> b. d. früh. Altenburger Knappschaft (jetzt zur Halleschen Knappschaft gehörig).</p> <p>Löbau (Sachsen), Sc<sup>1</sup> ulärztliche Tätigkeit.</p> <p>Luecha, Sprengelarztstellen<sup>1)</sup> b. d. früh. Altenburger Knappschaft (jetzt zur Halleschen Knappschaft gehörig).</p> <p>Mengerskirchen, Oberlahnkreis, Gemeindearztstelle i. Bez. Merseburg. A.O.K.K.</p> <p>Münster i. W., Knappschaftsarztstelle.</p> <p>Muskau (O.-L.) und Umgegend, siehe Rothenburg.</p> <p>Naumburg a. S., Knappschaftsarztstelle.</p> | <p>Nobitz, Sprengelarztstellen<sup>1)</sup> b. d. früh. Altenburger Knappschaft (jetzt zur Halleschen Knappschaft gehörig).</p> <p>Nöhdnitz, S.-Altbg., Knappschafts-(Sprengel-) Arztstelle.</p> <p>Oberschlesische Knappschaft, sämtliche Sprengel- und Facharztstellen.</p> <p>Olbersdorf, siehe Zittau.</p> <p>Oschatz, hauptamtliche Fürsorgearztstelle.</p> <p>Pegau, Sprengelarztstellen<sup>1)</sup> b. d. früh. Altenburger Knappschaft (jetzt zur Halleschen Knappschaft gehörig).</p> <p>Pölzig, S.-Altbg., Knappschafts-(Sprengel-) Arztstelle.</p> <p>Raunheim (b. Mainz), Gemeindearztstelle.</p> <p>Regis Sprengelarztstellen<sup>1)</sup> b. d. früheren Altenburger Knappschaft (jetzt zur Halleschen Knappschaft gehörig).</p> <p>Rennerod (Westerwd.), Gemeindearztstelle.</p> <p>Ronneburg, S.-Altbg. Knappschafts-(Sprengel-) Arztstelle.</p> <p>Rositz, Sprengelarztstellen<sup>1)</sup> b. d. früheren Altenburger Knappschaft (jetzt zur Halleschen Knappschaft gehörig).</p> <p>Rothenburg, Schles., f. d. g. Kr., Brandenburg Knappschaft, L.K.K. u. A.O.K. des Kreises Sagan.</p> <p>Rottweil a. N., ärztl. Tätigkeit für das Naturheilinst. tut Friedr. Osberger, „Weisses Schloss“.</p> <p>Sagan, (f. d. Kr.) Brandenb. urg. Knappschaft.</p> <p>Schmiedeberg, Bez. Halle, leit. Arztstelle am städt. Kurbad.</p> <p>Schmitteln, T., Gem.-Arztstelle.</p> <p>Schmölln, Sprengelarztstellen<sup>1)</sup> b. der früheren Altenburger Knappschaft (jetzt zur Halleschen Knappschaft gehörig).</p> | <p>Singhofen, Unterlahnkreis. Gemeindebezirksarztstelle.</p> <p>Starkenbergl, Sprengelarztstellen<sup>1)</sup> bei der früheren Altenburger Knappschaft (jetzt zur Halleschen Knappschaft gehörig).</p> <p>Thüringen-Hessen, Sprengelarztstellen u. jede ärztl. Tätigkeit bei der Hessisch-Thüring. Knappschaft, Sitz Kassel.</p> <p>Treben, Sprengelarztstellen<sup>1)</sup> bei der früher. Altenburger Knappschaft (jetzt zur Halleschen Knappschaft gehörig).</p> <p>Turchau siehe Zittau.</p> <p>Waldenburg, Schles., Neubetzung von Assistenzarztstellen am Knappschafts-lazarett.</p> <p>Weissensee b. Berl., Hausarztverb. siehe Rothenburg.</p> <p>Weisswasser (O.-L.) u. Umgegend siehe Rothenburg.</p> <p>Wesel, Knappschaftsarztstelle.</p> <p>Westerburg, Kommunalverband.</p> <p>Windischleuba, Sprengelarztstellen<sup>1)</sup> b. d. früheren Altenburger Knappschaft (jetzt zur Halleschen Knappschaft gehörig).</p> <p>Wintersdorf, Sprengelarztstellen<sup>1)</sup> bei der früheren Altenburger Knappschaft (jetzt zur Halleschen Knappschaft gehörig).</p> <p>Zehma, Sprengelarztstellen<sup>1)</sup> bei der früheren Altenburger Knappschaft (jetzt zur Halleschen Knappschaft gehörig).</p> <p>Zimmerau, Bez. Königshofen.</p> <p>Zittau-Hirschfelde (Bezirk), Arztstelle bei d. Knappschafts-krankenkasse der »Sächsischen Werke« (Turchau, Glückauf, Hartau).</p> <p>Zoppot, A.O.K.K.</p> <p>Zwickau, Sa., Arztstelle bei der Bergschule.</p> |
|--|---|--|---|---|

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

- Berufskrankenkasse des Gesamtverbandes Deutscher Angestelltengewerkschaften, Hamburg 1, Sprinkenhof.  
 Hanseatische Ersatzkasse von 1826, Hamburg 1, Pölzerstraße 9.  
 Kaufmännische Krankenkasse Halle, Halle a. d. Saale, Magdeburger Straße 56.  
 Kranken- und Begräbniskasse des Kaufmännischen Vereins, Annaberg i. E.  
 Kranken- und Begräbniskasse des Kaufmännischen Vereins, Frankfurt a. M., Eschenheimer Anlage 31.  
 Krankenkasse des Kaufmännischen Vereins zu Magdeburg, Spiegelbrücke 13.  
 Krankenkasse des Verbandes katholischer kaufmännischer Gehilfen und Beamtinnen, Köln a. Rhein, Georgstraße 7.  
 Krankenkasse des Verbandes katholischer kaufmännischer Vereinigungen Deutschlands, Hannover, Schülerstraße 17.  
 Krankenkasse Deutscher Buchhandlungsgehilfen, Leipzig-Reudnitz, Hospitalstraße 25.  
 Krankenkasse für Kaufleute, Chemnitz, Theaterstr. 25.  
 Kranken- und Sterbekasse des Breslauer Kaufmännischen Vereins von 1834, Breslau, Neue Gasse 22.  
 Kranken- und Sterbekasse für Handlungsangestellte und Privatbeamte, Krefeld, Westwall 132.

Dr. Hardt.

### Dritte Studienreise österreichischer Aerzte.

Das vom Geschäftsausschuß österreichischer Aerztekammern und dem Reichsverband österreichischer Aerzteorganisationen eingesetzte Komitee zur Veranstaltung von ärztlichen Studienreisen in Oesterreich hat in seiner Sitzung vom 27. Februar d. J. nach Genehmigung des vom Präsidenten der Wiener Aerztekammer, Dr. Thenen, vorgelegten Berichtes und des Rechnungsabschlusses über die zweite Studienreise die Veranstaltung einer dritten Studienreise, und zwar in der Zeit vom 1. bis 15. September 1929, beschlossen. Diese Reise soll ebenso wie die vorangegangenen dem

Zwecke dienen, den Aerzten durch eigene Anschauung die notwendige Kenntnis von unseren klimatischen Stationen und Kurorten zu vermitteln und damit gleichzeitig eine Förderung der österreichischen Bäder und Kurorte zu verbinden.

Die diesjährige Studienreise wird hauptsächlich die Bundesländer Burgenland, Steiermark, Kärnten, Salzburg, Ober- und Niederösterreich zum Ziele nehmen, wobei auch Fahrten mit Schwebelbahnen und Autoausflüge in Aussicht genommen sind.

Die Reise geht zunächst an den Neusiedlersee und von dort über Eisenstadt und Sauerbrunn nach Aspang, sodann über Schloß Bernstein zu den Moor- und Kohlensäurebädern von Tatzmannsdorf. Die Weiterreise führt nach Steiermark zum Besuche von Gleichenberg und Bad Einöd und sodann nach Kärnten an den Wörthersee und nach Warmbad Villach. Von hier aus geht die Fahrt über Arnoldstein, Hermagor, Lienz nach Heiligenblut, von wo aus Gelegenheit zum Besuche des Glocknerhauses (mit Kleinautos) gegeben ist. Auf der Weiterreise wird Millstatt besucht und in Bad Gastein und Hofgastein Aufenthalt genommen. Nach einem kurzen Besuch von Wörschach fährt die Reisegesellschaft nach Aussee und Goisern und von dort nach Gmunden (evtl. Auffahrt auf den Feuerkogel und Seerundfahrt); Schallerbach, Kremsmünster und Bad Hall werden besucht, worauf die Weiterfahrt nach Mariazell erfolgt. Die Heimreise führt über Alland und Baden.

Ebenso wie bei der ersten und zweiten Studienreise werden auch diesmal in einzelnen Orten kurze fachwissenschaftliche Vorträge abgehalten werden.

Die Fahrt wird wie im Vorjahre in bequemen, eleganten Gesellschaftsautos zurückgelegt werden, wodurch den Teilnehmern Gelegenheit geboten wird, die landschaftlichen Schönheiten der Gegend und die kulturgeschichtlichen Schätze und Kulturstätten Oesterreichs kennenzulernen. Die Automobile der ganz neuen Type sind mit 19 gepolsterten Rohrklubsitzen ausgestattet, die alle nach vorne gerichtet sind.

Die Reise ist derart eingeteilt, daß lange und ermüdende Fahrten vermieden werden und hinreichend Zeit zur Erholung geboten ist.

Der Preis der Reise, einschließlich aller Fahrten, Unterkünfte, Verpflegung (ohne Getränke), Gepäcktransport und der normalen Trinkgelder beträgt 450 S. Bei der Anmeldung ist eine Angabe von 30 S zu erlegen, die im Falle des Rücktrittes von der Reise verfällt.

Mit Rücksicht auf die Unterkunftsschwierigkeiten und auf die festgesetzte Anzahl der Sitzplätze in den Autos muß die Höchst-

# ÄRZTLICHE RUNDSCHAU

Heft 7/8

**Inhalt:** Hans Prinzhorn: Das Ziel der Psychotherapie. — Dr. med Meyer, Hannover: Zur Therapie anämischer Zustände. — Dr. H. Berger, Fürstenberg (Mecklenbg.): Streiflichter aus dem Standesleben. — Dr. Gottfried Hübener, Bad Nauheim: Zweite Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kreislaufforschung in Bad Nauheim. — Hans Prinzhorn: Der praktische Arzt und die Psychotherapie. — Dr. August Heisler, Königfeld: Zeitgemässe Betrachtungen über Operationen im Privathaus sowie über das Schlafen im Freien. — Primärarzt Dr. Simon und Assistenzarzt Dr. Gerbatsch: Die praktisch wichtigen akut entzündlichen Erkrankungen der Haut und des Unterhautzellgewebes — Dr. Georg Zachariae, Wald-Sieversdorf: Zur Hormontherapie durch Hormotonebehandlung. — Kleine Mitteilungen. — Bücherschau. — Zeitschriftenübersicht. — Tagesneuigkeiten.

# DIE TUBERKULOSE

Heft 4

**Inhalt:** E. Fraenkel, Breslau: Akustische und Röntgendiagnostik bei der Lungentuberkulose in ihrem gegenseitigen Verhältnis zueinander. — H. Hennes: Ueber den praktischen Wert serologischer Untersuchungsmethoden bei Lungentuberkulose. — W. Schiller u. P. Hecht: Zur Frage der kochsalzarmen Kost nach Sauerbruch-Herrmannsdorfer-Gerson bei Tuberkulose. — Dr. K. Zehner, Nordrach (Schwarzwald): Bemerkungen zur Phrenikoexairese. — K. H. Blümel, Halle: Neue Gesichtspunkte bei der Fachbegutachtung Lungenkranker in bezug auf Kriegsdienstbeschädigung. — Dr. Scheiding, Hof: Tuberkulose-Fortbildungskursus für Reichsbahnärzte in Planegg vom 24. bis 27. Oktober 1928. — Referate.

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

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

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

vom ..... an.

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

anzahl der Teilnehmer auf 95 Personen beschränkt werden. Es empfiehlt sich, die Anmeldung möglichst bald an die „Studienreise österreichischer Aerzte“, Wien I, Börsengasse Nr. 1, zu richten, da die Teilnehmerliste mit 1. Juni geschlossen werden muß und spätere Anmeldungen nur nach Maßgabe allenfalls freierwerdender Plätze angenommen werden können.

Die Teilnahme erwachsener Familienmitglieder (Mindestalter 18 Jahre) ist gestattet.

Der Rücktritt von der Anmeldung ist bis 1. August zulässig; nach dem 1. August kann ein Rücktritt nur aus zwingenden Gründen und gegen allfälligen Ersatz der Autofahrkosten erfolgen, wenn der Platz nicht mehr anderweitig vergeben werden kann. Der Teilnehmerbetrag kann in beliebigen Raten eingezahlt werden, muß jedoch bis 1. August voll erlegt sein.

Auswärtige Kollegen können an dieser Studienreise unter den gleichen Bedingungen teilnehmen und werden herzlich willkommen sein.

## Fachnormenausschuß Krankenhaus DIN „Fanok“.

Geschäftsstelle Berlin C 2, Fischerstr. 39 42.

Der Fachnormenausschuß Krankenhaus veröffentlichte in Nr. 6 und 7 des Fanokteils der Zeitschrift für das gesamte Krankenhauswesen (Verlag Springer, Berlin) die Normblätter

DIN-Vornorm Fanok 4 Kranken-Nachtisch und

DIN-Vornorm Fanok 5 Eiserner Stuhl für Krankenanstalten.

Mit der Herausgabe dieser beiden DIN-Vornormen sind schwierige, aber wertvolle Arbeiten auf dem Gebiete der Normung im Krankenhauswesen vorläufig abgeschlossen worden.

In Nr. 7 des Fanokteils der Zeitschrift für das gesamte Krankenhauswesen wird ferner über die Zweite Sitzung der Gruppe „Personalzimmereinrichtung“ berichtet, die sich mit den von der Gruppe ausgearbeiteten Vorschlägen zu Richtlinien über Anzahl, Größe und Ausstattung der Zimmer für das Krankenhauspersonal einschließlich Aerzte und der für die Normung in Vorschlag zu bringenden Möbel befaßt.

Es ist dort auch ein Bericht über die Dritte Sitzung der Gruppe „Sonderbedürfnisse der Heil- und Pilegeanstalten“ veröffentlicht, die sich mit der Normung eines Anstaltsbettes für ruhige Geisteskranke beschäftigte.

## Spenden zur Stauder-Stiftung im I. Vierteljahr 1929.

Arzneimittelkommission München 384 M.; Verlag Otto Gmelin München 265 M.; Aerztlicher Bezirksverein Würzburg 50 M.; Dr. Steckelmacher Nürnberg 200 M.; Ungenannt 64 M. Summa 963 M.

## Bücherschau.

**Die Bekämpfung der Krankheitsdisposition als Heilmethode.** Von Adolf Theilhaber, München. Mit 9 Tafeln. Hippokratesbücher für Aerzte, Bd. III. Hippokratesverlag Stuttgart-Leipzig-Zürich, 1928. 436 S. Preis geb. M. 24.—.

Vor langen Jahren, als in München die ärztliche Fortbildung planmäßig ausgebaut wurde, sind wir auch zu den Füßen von Adolf Theilhaber gesessen und haben dabei manches gehört, was sich von der damals noch im Vordergrund stehenden Organbehandlung bei Frauenleiden recht wesentlich unterschied; er hatte seine eigenen Ansichten über die Symptomwirkung der Uterusverlagerung, über die Ursachen mancher Gebärmutterblutungen, über den Ursprung der abnormen Absonderungen aus den weiblichen Organen, über die Beziehungen der Frauenleiden zu der gesamten Persönlichkeit. Manches klang damals noch recht neuartig; aber die Entwicklung der Dinge hat in vielen Fragen seiner damaligen Auffassung recht gegeben.

»Nicht allein Art und Menge der auf den Körper einwirkenden Reize beeinflussen die Entstehung und den Verlauf der Krankheiten. Auch die Beschaffenheit der Gewebe des Körpers und die Art des von ihnen gegen die Reize geleisteten Widerstandes spielen eine sehr bedeutende Rolle. Die Krankheitsdisposition ist nicht ein Fatum, dem man nicht enttrinnen kann, ihre Auswirkung kann auf den Verlauf der Krankheit in vielen Fällen verringert oder abgelenkt werden durch vorbeugende und heilende Massnahmen.«

In dem fast 4 $\frac{1}{2}$ hundert Seiten umfassenden Bande hat Theilhaber alles aus der Literatur, welche er in staunenswürdigem Masse beherrscht, zusammengetragen, was diese seine Auffassung zu stützen vermag. Er beschäftigt sich zunächst mit dem Begriffe der Krankheitsdisposition, dann geht er den Fragen nach, wie Abweichungen von der Konstitution, wie der dem Geschlechte eigentümliche Entwicklungsgang, wie das Lebensalter Einfluss nehmen kann auf die Gesundheit, wie Ernährung, Stoffwechsel, akzidentelle Einflüsse, Beruf, soziale Lage, Rasse und anderes die Krankheitsdisposition zu beeinflussen vermag und bespricht dabei die Massnahmen, welche in vorbeugendem und heilendem Sinne

zur Verfügung stehen. Er greift dabei als Forscher, dem immer der ganze Mensch vor Augen gestanden ist, sehr oft über sein Spezialgebiet hinaus. In einem zweiten — speziellen — Teile gibt er dann seine Auffassung wieder, welche er auf dem Gebiete der Frauenkrankheiten und deren Grenzgebieten auf Grund seiner 40 Jahre umfassenden praktischen Erfahrungen in bezug auf Genese und Therapie gewonnen hat.

Referent ist natürlich nicht in der Lage nachzuweisen, in wieweit auf dem Spezialgebiet Theilhabers: der Krebsforschung und der Heilung dieses Leidens durch Heterotransplantation, dessen Beobachtungen sich mit den seiner Fachgenossen decken, aber die ganze neuartige Behandlung der Frage wird den Eindruck auf den Leser nicht verfehlen. Es ist keine kleine Arbeit, sich durch das grosse Werk durchzulesen, aber wer es unternommen hat, wird sich dem Zauber nicht entziehen können, dass hier ein ganz »Unbefangener« auf Grund der in der Literatur vertretenen Tatsachen und eigener Erfahrung seine Anschauungen kundgibt, und er wird sehr viel finden, was ihm in der Praxis zum Ausgangspunkt für Beobachtungen und therapeutischen Massnahmen dienen wird.

Neger, München.

**Ergebnisse kochsalzfreier Ernährung bei Lungentuberkulose.** Von Gg. Baer, A. Herrmannsdorfer und H. Kausch. Mit 29 Abb. 43 S. J. F. Lehmanns Verlag, München 1929. Sep.-Abdr. Münch. Med. Wschr. 1929, Nr. 1/2. Preis 2 M.

In München wurden seit 3 $\frac{1}{2}$  Jahren in dem mit der chirurgischen Klinik in Verbindung stehenden Ypsilon Pavillon im ganzen weit über 100 besonders schwere Fälle von Tuberkulose der Behandlung mit dem oben genannten Ernährungsverfahren unterzogen. Die andernorts gemachten Beobachtungen über die Heilwirkung dieser Ernährung scheinen sich zu widersprechen. Es ist deshalb zu begrüssen, dass über eine so wichtige Frage in der Tuberkulosetherapie von der massgebenden Stelle, wo eine gleichheitliche Durchführung an einem grossen Material gewährleistet ist, berichtet wird. Da es unmöglich war, eine detaillierte Uebersicht über die gesamten Erfahrungen zu geben, wurden für einzelne Erscheinungsformen der Lungentuberkulose typische Beispiele besprochen unter Wiedergabe von Auszügen aus den Krankengeschichten und Beigabe von Röntgenbildern. Bezüglich der Einzelheiten muss auf das Original verwiesen werden, hervorgehoben soll hier nur die Tatsache werden, dass eine Anzahl der schweren Fälle vorher schon in anderen klinischen Anstalten lange Zeit gewesen waren, dort trotz guter Ernährung und Einhaltung der üblichen Massnahmen schlechter geworden waren und erst unter dieser speziellen Ernährungsbehandlung in allerdings viele Monate umfassender Kurdauer zu ganz überraschender Besserung hinsichtlich Entfieberung, Ernährungszustand und klinischem Befund gelangt sind.

Neger, München.

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

## Allgemeines.

Das große Reiseprogramm der Hamburg-Süd. Nachdem die diesjährigen vier Mittelmeerreisen der „Hamburg-Süd“ nahezu ausverkauft sind, gibt die Gesellschaft ihr für den Sommer 1929 vorgesehene Programm für die volkstümlichen Touristenreisen mit ihren beliebten Monteschiffen bekannt. Es finden außer einer acht-tägigen Fjordreise durch die schönsten norwegischen Fjorde vom 6. bis 14. Juli zu einem Fahrpreis von 140 RM. an zwei Spitzbergenreisen mit dem neuen Motorschiff „Monte Cervantes“ in der Zeit vom 17. Juli bis 7. August und 8. August bis 26. August statt. Das Schwesterschiff der „Monte Cervantes“, die „Monte Olivia“, wird neben zwei Nordkapreisen vom 3. Juli bis 18. Juli und vom 20. Juli bis 4. August (Fahrpreis von 270 RM. an) vom 22. Juni bis 1. Juli zum ersten Male auch eine London-Schottlandreise unternehmen. An interessanten Ausflügen während dieser Reise sind u. a. eine Besichtigungsfahrt durch London, ein Ausflug nach Windsor und Hampton Court, nach der Isle of Wight, Rundfahrt durch Edinburgh, Ausflüge nach den nördlichen und westlichen Seengebieten von Schottland geplant. Eine Teilnahme an dieser interessanten Fahrt ist schon zu einem Preise von 150 RM. an möglich. Auskunft und Prospekte kostenlos durch die Generalagentur für Bayern, Amerikanisches Reisebureau Carl Bierschenk, München, Briener Straße 53, gegenüber Café Luitpold, Telefon 296032.

## Zur gefl. Beachtung!

Der Gesamtauflage dieser Ausgabe liegt ein Prospekt der Firma Dr. R. & Dr. O. Weil, Frankfurt a. M., über »Papavydrin« sowie ein Prospekt der Firma Albert Mendel A.-G., Berlin-Schöneberg, über »Jobramag« bei.

Wir empfehlen diese Beilagen der besonderen Beachtung unserer Leser.

# Bayerische Ärztezeitung

BAYERISCHES ÄRZTLICHES CORRESPONDENZBLATT

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

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

Schriftleiter San.-Rat Dr. H. Scholl, München, Pettenbeckstrasse 8. Tel. 92 001.

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

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

Nr. 17.

München, 27. April 1929.

XXXII. Jahrgang.

**Inhalt:** Zur Reform der deutschen Krankenversicherung. — Selbstzucht! — Vertrag mit den kaufmännischen Berufskrankenkassen. — Zur Begutachtungsfrage von hysterischen Kriegsteilnehmern. — Zur Rationalisierung in der Krankenversicherung. — Pläne des Reichsarbeitsministeriums. — Bedeutung und Wirkungsbereich der Psychotherapie. (Schluss.) — Zur Frage der Gewerbesteuer für die freien Berufe. — Zum vertragslosen Zustand zwischen Zahnärzten und Ersatzkassen. — Die Besteuerung des Stoffwechsels. — Leitsätze zur Facharztfrage. — Vereinsnachrichten: Kreisverband Schwaben. — Vereinsmitteilungen: Münchener Aerzteverein für freie Arztwahl. — Bücherschau.

## Einladungen zu Versammlungen.

### Aerztlicher Bezirksverein Ansbach.

Nächste Sitzung: Dienstag, den 7. Mai, nachmittags 5 Uhr, Hotel Zirkel. Tagesordnung: Fortbildungsvortrag des Herrn Univ.-Prof. Geheimrat Dr. Benno Schmidt (Würzburg) über: Nierenpathologie.

I. A.: Dr. L. Meyer.

### Aerztlicher Bezirksverein und Aerztlich-wirtschaftlicher Verein Fürth.

Donnerstag, den 2. Mai, abends 8½ Uhr, im Berolzheimmerianum Versammlung. Tagesordnung: 1. Einlauf, 2. Anträge und Gegenanträge zum Beschluß vom 21. 3. über die Honorarverteilung der Ortskrankenkassen, 3. Mitteilungen, 4. Verschiedenes. G. Wollner.

## Zur Reform der deutschen Krankenversicherung.

In der „Sozialen Praxis“ Nr. 15, vom 11. April 1929, ist ein Artikel „Zur Reform der deutschen Krankenversicherung“ enthalten, von Dr. Rudolf Knabe, Berlin, aus dem wir einiges veröffentlichen wollen. Der Verfasser macht grundlegende Vorschläge zu einer Aenderung der ärztlichen Versorgung in der Krankenversicherung, die für uns Aerzte ganz unannehmbar sind, da sie in der Richtung der Sozialisierung des Heilwesens liegen.

### 1. Die ärztliche Versorgung.

Die Arztfrage ist innerhalb der deutschen Krankenversicherung das Problem, von dessen Lösung die Beseitigung von mancherlei Unstimmigkeiten in anderer Beziehung abhängig sein wird. Nun wird allerdings die freie Arztwahl im Augenblick nicht zu beseitigen sein, da in diesem Punkte sich die Aerzteorganisationen ihren Mitgliedern gegenüber so festgelegt haben, daß sie zurzeit nicht davon abgehen können; außerdem würde es dem ärztlichen Nachwuchs in vielen Fällen die Aus-

sicht auf Gründung einer Existenz nehmen. Nicht unbillig aber wäre es, wenn jetzt eine Gesetzesbestimmung zustande käme, daß ab 1. April 1935 keinerlei Zulassungen zur Kassenpraxis mehr erfolgen, bis durch natürlichen Abgang von Kassenärzten die in den Richtlinien des Reichsausschusses für Aerzte und Krankenkassen festgesetzte Richtzahl erreicht ist. Durch eine solche Maßnahme würden die zur Zeit Medizin Studierenden die Möglichkeit haben, noch zur Kassenpraxis zugelassen zu werden, während alle diejenigen, die erst jetzt das Studium der Medizin ergreifen wollen, über ihre zukünftigen Existenzbedingungen nicht im unklaren sein können.

Außer dieser sofortigen Maßnahme, die den Ausgleich der beiderseitigen Forderungen in die Zukunft verlegt, wird für die künftige Regelung der Arztfrage folgendes vorgeschlagen:

In der Erkenntnis, daß die Gesundheitsfürsorge eine Angelegenheit des Staates bzw. der Kommunen ist, wird die kassenärztliche Versorgung den unteren Verwaltungsbehörden, also den Kommunen bzw. den Kommunalverbänden und den Kreisen übertragen. In weniger dicht besiedelten Bezirken können sich die Kreise zur Durchführung der ärztlichen Versorgung zusammenschließen. Zur Sicherstellung der Aerzteversorgung der Versicherten haben die Kommunen Gesundheitsämter zu errichten, in die die bisherigen mannigfachen Fürsorgestellen, wie z. B. Tuberkulose-, Geschlechtskranken-, Grippefürsorge u. dgl. m. einzubeziehen sind. Auch die vorbeugenden Heilverfahren, die bisher von der Invaliden-, Angestellten- und Knappschaftsversicherung durchgeführt worden sind, sowie die bisherigen Heilverfahren der Reichs-, unfallversicherung werden in Zukunft von den Gesundheitsämtern übernommen. Die notwendigen Aerzte, auf 1000 Versicherte je ein Arzt, sind von den Gesundheitsämtern zu bestellen, die selbstverständlich auch deren Bezahlung zu übernehmen haben; jedoch erhalten sie von den Krankenkassen und den sonstigen Versicherungsträgern, die bisher Gesundheits-

fürsorge betrieben haben, ein bestimmtes Kopfpauschale pro Jahr und Versicherten erstattet.

Der ärztliche Dienst wird im einzelnen wie folgt geregelt: In erster Linie liegt die Versorgung in den Händen der praktischen Aerzte, die planmäßig über den Bezirk der Kommunen verteilt sind und in ihrer Wohnung Sprechstunde abhalten. Jeder Versicherte muß sich und seine Familie bei einem praktischen Arzt einschreiben lassen und darf während eines Kalenderjahres seinen Arzt nicht wechseln. Grundsätzlich darf kein behandelnder Arzt mehr als 1000 Versicherte bei sich einschreiben lassen.

Die für die Behandlung der Versicherten erforderlichen Spezialärzte werden in poliklinikähnlichen Instituten zusammengefaßt, denen die erforderlichen diagnostischen Hilfsmittel, wie Röntgenlaboratorium, medizinisch-diagnostische Institute sowie die Behandlungsarten mit dem elektrischen Strom, angeschlossen sind.

Ist bei einem Versicherten spezialärztliche Behandlung erforderlich, so hat der behandelnde Arzt ihn an die nächste Poliklinik zu überweisen. In gleicher Weise ist bei Röntgenaufnahmen usw. zu verfahren. Den praktischen Aerzten ist es unter allen Umständen verboten, „Sachleistungen“ den Versicherten zu verabfolgen.

Zum Zwecke der ärztlichen Kontrolle sowie zur Begutachtung von Anträgen auf Verschickung in Heilstätten und zu Badekuren wird beim Gesundheitsamt eine ärztliche Kontrollkommission errichtet, die sich zusammensetzt aus dem Leiter des Gesundheitsamtes, einem praktischen Arzt und einem Polikliniker. Der Polikliniker ist aus den Reihen der Fachärzte zu nehmen, die für die Begutachtung des Streitfalles bzw. für die besondere Art der Verschickung maßgebend sind.

Bei den Gesundheitsämtern wird ein Beirat gebildet, in dem außer Vertretern der Kommunen solche der Krankenkassen, der anderen Versicherungsträger, der Aerzte und Zahnbehandler sitzen. Aufgabe dieses Gesundheitsbeirates wird es sein, gemeinsame Bestimmungen über Art und Umfang der ärztlichen bzw. zahnärztlichen Versorgung zu erlassen, den Finanzausgleich zwischen den Versicherungsträgern und den Gesundheitsämtern besonders im Hinblick auf die Heilverfahren zu bewirken und im übrigen für ein harmonisches Zusammenarbeiten der beteiligten Kreise Sorge zu tragen. —

Krankenhäuser, Sanatorien, Heilstätten und dergleichen dürfen in Zukunft nicht mehr von den Versicherungsträgern als Eigenbetriebe unterhalten werden; vielmehr wird es Sache der Kommunen sein, die erforderliche Anzahl von Krankenhäusern und Heilstätten zur Verfügung zu stellen. Den Kommunen ist jedoch gestattet, sich zum Betriebe gemeinschaftlicher Krankenhäuser oder Sanatorien oder dergleichen mehr zu einem Zweckverbande zusammenzuschließen.

## 2. Arznei und kleine Heilmittel.

Um das Verantwortungsbewußtsein der einzelnen Kassenmitglieder zu heben, wird vorgeschlagen, daß in Zukunft Arznei, Heil- und Stärkungsmittel, deren Verkaufspreis von 0.50 M. nicht übersteigt, vom Versicherten aus eigener Tasche zu bezahlen sind, daß für alle sonstigen Arzneien, deren Verkaufspreis die Höchstgrenze übersteigt, der Versicherte 25 Proz. zuzahlen muß. Dadurch würden für die Kasse nicht nur Ersparnisse eintreten in Höhe von 25 Proz., sondern die Aufwendungen für Arznei und kleine Heilmittel würden ganz bedeutend herabgehen; außerdem würde die Beanspruchung des Arztes auf ein vernünftiges Maß zurückgeführt werden. Zu überlegen wäre vielleicht noch,

ob es nicht organisatorisch möglich wäre, Versicherte von der 5. mit Arbeitsfähigkeit verbundenen Woche an von der 25proz. Zuzahlung im Wege der Kannvorschrift zu entbinden.

## 3. Krankenscheine.

Die Kannvorschrift des § 187b RVO. ist durch eine Mußvorschrift zu ersetzen und die Gebühr für Ausstellung eines Krankenscheines in jedem Falle auf 25 Pfg. festzulegen. Eine solche Regelung würde weniger auf Erzielung neuer Einnahmen abgestellt sein, als vielmehr an das Verantwortungsbewußtsein des Versicherten, besonders gegenüber der Gesamtheit, appellieren.

## Selbstzucht!

Der neue Vertrag mit den kaufmännischen Ersatzkassen kennt ein Bewilligungsrecht der Kassen nicht mehr. Das muß als ein Fortschritt begrüßt werden: Eine oft lediglich durch kassenfiskalische Rücksichten bestimmte Einengung ärztlicher Entschlüsse ist aus der Welt geschafft, eine stetige Reibungsfläche zwischen Aerzten und Kassenorganen beseitigt, die Freiheit ärztlichen Handelns auf einem begrenzten Teilgebiet in bescheidenem Umfang wiederhergestellt.

Freiheit indessen, soll sie nicht in wildernde Zuchtlosigkeit ausarten, bedingt stets und überall Selbstbeschränkung. Und gerade in diesem Falle, der einen noch viel umstrittenen Bezirk ärztlicher Tätigkeit dem wägenden Ermessen des einzelnen Arztes erschließt, ist eine solche aus tieferem Verständnis der Zusammenhänge, aus innerster Ueberzeugtheit stammende Begrenzung des eigenen Tuns in besonders hohem Maße erforderlich. Handelt es sich im wesentlichen doch um die physikalischen Untersuchungs- und Heilmethoden, und gerade diese Methoden sind es, die, weil die Grenzen ihrer Wirksamkeit von der Wissenschaft noch nicht eindeutig festgelegt, von wirtschaftlich interessierten Kreisen aber ungebührlich weit gezogen wurden, zu übermäßigen, sachlich ungerechtfertigten Anwendungen nur allzusehr verlocken. Deshalb ist gewiß die Mahnung am Platze, nur wirklich völlig Erprobtes, bedingungslos Anerkanntes in Angriff zu nehmen — und sollte das selbst einmal das Opfer eines diagnostischen oder therapeutischen Verzichtes erheischen.

Diese Einsicht ist es jedoch nicht allein, die zu haushälterischem Umgehen zwingen müßte; es gibt da noch Gründe weit praktischerer Art. Schließlich hat ja die mit Gesetzeskraft ausgestattete Vorschrift der Reichsversicherungsordnung, nach der nur das „Notwendige“ geleistet werden darf, auch für die Ersatzkassen uneingeschränkt Geltung. Allerdings ist das ein recht deutbarer Begriff. Da aber nach dem Wortlaut in der Anlage 2 zum Verträge die Richtlinien des Reichsausschusses für die Anwendung elektrophysikalischer Heilmethoden vom 15. Mai 1925 „Bestandteil des Vertrages“ sind, so ist es klar, daß mit dem Inhalt dieser Richtlinien für den größten Teil der Sachleistungen das sogenannte „Notwendige“ nach Möglichkeit umschrieben ist. Die Tatsache, daß diese Richtlinien unzulänglich und mit der doch gleichzeitig geltenden Adgo von 1928 vielfach unvereinbar sind, vermehrt wohl die Schwierigkeiten ihrer Handhabung, und so kann es nur empfohlen werden, durch örtlich vereinbarte Abänderungen der Richtlinien — was der Vertrag als möglich vorsieht — diese Schwierigkeiten auszuschalten; aber bis das geschehen ist, müssen die Reichsrichtlinien in ihrem gegenwärtigen Umfang nun einmal als Maßstab des Zulässigen angesehen werden. Das

ärztliche Handeln im Rahmen dieses Umfanges zu halten, fordert somit gebieterisch Gesetz wie Vertrag.

Fordert überdies die persönliche Vorsicht des Arztes, will anders er nicht nachträglich peinliche Enttäuschungen erleben. Denn das kann gar nicht scharf genug hervorgehoben werden, daß mit dem Wegfall des Bewilligungsrechts der Kassen dem einzelnen Arzte ein Risiko erwachsen ist, das bei den bisherigen Verfahren nicht gegeben war. Hatte bisher die Kasse einen Antrag genehmigt, so konnte ein nachträglicher Abstrich nur in jenen seltenen Fällen erfolgen, in denen seine Begründung gegen die anerkannten Indikationen verstieß. Jetzt aber haben Prüfungs- und Beschwerdeausschüsse auf Antrag einer Kasse nicht bloß etwa beanstandete Verordnungen, nein, auch die gesamte Verordnungsweise eines Arztes zu prüfen, und je nach dem Ergebnis dieser komplexen, sozusagen charakterologischen Prüfung kann der Arzt zum Schadenersatz herangezogen werden. So enthält also auch dieser so großzügig anmutende Vertrag Fußangeln, die die mühsam erworbene Freiheit ein wenig fragwürdig erscheinen lassen, und die zum mindesten mahnen müssen, bei der Ausführung von Sachleistungen wenn möglich noch größere Zurückhaltung als früher walten zu lassen: Es ist wirtschaftlich immer noch erträglicher, wenn der eine oder andere Antrag vor seiner Ausführung von einem ärztlichen Vorprüfer abgelehnt wird, als wenn schon durchgeführte Maßnahmen ohne Rücksicht auf die bei ihrer Ausführung aufgewandten Kosten schließlich unehonoriert bleiben.

So gebietet denn jedem einzelnen Kollegen sein eigenes Interesse äußerste Selbstbeschränkung gerade bei der Anwendung dieser viel gepriesenen, viel gescholtenen Maßnahmen. Und wohlverstandenes Eigeninteresse ist es auch, wenn er bei jeder Verordnung über den Horizont seines Behandlungszimmers hinaus sich das Schicksal vergegenwärtigt, das dem Vertrage und vor allem den unleugbaren Fortschritten hinsichtlich der Wertung und Behandlung der physikalischen Diagnostik und Therapie droht, sofern das Ergebnis des Probejahres auch nur den Anschein erweckt, als hätten die Aerzte die neuen Errungenschaften zu eigennützigem Zwecke ausgebeutet. Jene Gefahren sind wiederholt geschildert worden; man hat dargetan, „wie eine unverantwortliche Kassenpolitik offenbar nur darauf lauert, daß ein allzu großes Vertrauen die Aerzte auf die listig ausgelegten Leimruten lockt“. Diese ein wenig hämische Erwartung wird, das hoffen wir, das sachlicher denkende Verständnis der Ärzteschaft auf schwerste enttäuschen; ist jeder einzelne Arzt an seinem Platze sich der Verantwortung bewußt, die er der Berufsgemeinschaft wie sich selbst gegenüber trägt, so wird er, ohne etwa seine ärztlichen Pflichten gegen die kranken Kassenmitglieder zu versäumen, sorglich genug die Grenzen seiner Tätigkeit abstecken. Es gibt in unserer gegenwärtigen Situation nur ein Mittel, sinnwidriger, rein wirtschaftlicher Denkweise den Boden scheinbarer Rechtfertigung zu entziehen, nur einen Beweis für die Möglichkeit, ja für die Notwendigkeit eines von unsachverständiger Bevormundung befreiten ärztlichen Handelns: sachgemäße Selbstbescheidung, bedingungsloseste Selbstzucht!

Pinner (Königsberg).

(Ostdeutsche Aertzliche Grenzwarde 1929/8.)

## Milch!

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

## Vertrag mit den kaufmännischen Berufskrankenkassen.

Aus den Ausführungen von Dr. med. R. Cohn (Berlin) in der „Berliner Aerzte-Correspondenz“ 1929/5.

„Alle im Prüfungsgeschäft erfahrenen Kollegen wissen, daß in der Verordnung von Sachleistungen von einer großen Anzahl von Aerzten weit über das Ziel hinausgeschossen wird, und werden überzeugt sein, daß die Zahl der Verordnungen mit dem Fortfall jeder Genehmigungspflicht ins Ungemessene steigen würde. Im Interesse der Erhaltung der freien Arztwahl für diese Leistungen müssen daher die ärztlichen Organisationen, denen damit eine große Verantwortung aufgebürdet wird, von sich aus die Prüfung dieser Verordnungen vornehmen, die bisher den Kassen oblag. Für Berlin erfolgt die Regelung auf Beschluß des Vorstandes des Groß-Berliner Aerztbundes und mit Zustimmung des erweiterten Ausschusses in der Weise, daß die Verordnungen von Sachleistungen vor ihrer Ausführung der für diesen Zweck bei der Tarifgemeinschaft eingerichteten Prüfungsstelle zur Genehmigung einzureichen sind. Nur von dieser Stelle genehmigte Verordnungen können den ausführenden Aerzten vergütet werden. Wir rechnen auf die verständnisvolle Mitwirkung aller Kollegen, wenn wir sie auch an dieser Stelle auffordern, ihre Verordnungen auf das notwendige Maß zu beschränken, und dabei die Richtlinien des Reichsausschusses genau zu beachten. Sollten die Aerzte in diesem Punkte versagen, so sind die Folgen für die Erhaltung der freien Arztwahl — zum mindesten der freien Arztwahl für diese Leistungen — unabsehbar.“

## Zur Begutachtungsfrage von hysterischen Kriegsteilnehmern.

Eine Erwiderung.

Von Oberregierungs-Medizinalrat Dr. Weiler, München, Leiter der Nerven-Abteilung der Versorgungsärztlichen Untersuchungsstelle.

In einem Aufsatz, betitelt: Zur Begutachtungsfrage von Kriegshysterikern\*), glaubt Dr. Franz Junkenitz den bei den Versorgungsämtern und Berufungsgerichten als Gutachter tätigen Aerzten den Vorwurf machen zu müssen, daß sie die auch von ihm für notwendig erachtete Abwehr unberechtigter Rentenwünsche in ihren gutachtlichen Begründungen mehr durch eine dialektische als wahrhaftige Stellungnahme an den Tag legten und damit das ärztliche Ansehen herabwürdigten.

Nachdem im Bereiche des Hauptversorgungsamtes München, der den südlich der Donau gelegenen Teil Bayerns umfaßt, so gut wie alle Kriegsteilnehmer mit psychisch abartigen Erscheinungen der von Dr. Junkenitz offenbar gemeinten Art durch die von mir geleitete Abteilung gehen, muß ich diesen Vorwurf wohl auch auf meine gutachtliche Tätigkeit beziehen und demnach dazu Stellung nehmen. Ich bedauere dies, weil es mir im allgemeinen widerstrebt, solche Entgegnungen abzugeben, welche die Sache doch nur recht oberflächlich berühren können, und weil die in dem vorliegenden Aufsatz deutlich zutage tretende tendenziöse und wenig ärztlich-wissenschaftliche Art der Ausführungen mir meine Aufgabe noch erschwert. Nicht leichter wird sie endlich noch dadurch, daß Dr. Junkenitz anscheinend keinen genügenden Einblick in die von ihm beurteilten Verhältnisse hat und die Aufgabe des ärztlichen Gutachters verkennt. Trotzdem will ich versuchen, in aller

\*) „Bayer. Aerztezeitung“ 1929, Nr. 16, S. 187.

Kürze das richtig- und klarzustellen, was für die Sache wesentlich ist, um eine Verwirrung in der Aerzteschaft, die durch solche Vorwürfe und mißverständlichen Ausführungen gezeitigt werden könnte, hintanzuhalten.

Dr. Junkenitz spricht von „Kriegshysterikern“ und meint damit offenbar jene Kriegsteilnehmer, die während des Kriegsdienstes in der Heimat oder im Felde auf die Erlebnisse im Dienste mit hysterischen Ausdruckerscheinungen reagierten. Die Bezeichnung Kriegshysterie führt jedoch sehr leicht zu der irrümlichen Auffassung, daß die Hysterie als solche durch den Kriegsdienst verursacht worden sei. Schon aus diesem Grund sollte man das Wort Kriegshysterie überhaupt vermeiden.

Selbstredend kann ich hier keine eingehendere Darstellung des Hysteriebegriffes geben und muß mich darauf beschränken, hervorzuheben, daß hysterische Erscheinungen lediglich den Ausdruck einer seelischen Schwäche oder Schwächung des damit Behafteten darstellen und jeweils nur dann zutage treten, wenn dieser einer entsprechenden Belastungsprobe unterworfen wird. Dementsprechend wurden derartige seelische Schwächen bei ungezählten Männern erst offenkundig, als sie den Einwirkungen des Kriegsdienstes ausgesetzt wurden, während die an sich etwas größere Bereitschaft der Frauen zu hysterischen Reaktionen bei diesen die Schwäche schon im alltäglichen Lebenskampfe an den Tag brachte. Dem erfahrenen Psychiater waren diese Verhältnisse allerdings schon vor dem Kriege bekannt, so daß ihn die dann so zahlreich beobachteten männlichen Hysteriefälle nicht gerade sehr in Erstaunen setzten.

Wir wußten jedoch nicht nur, daß hysterische Ausdruckerscheinungen beim Menschen überhaupt dann einzutreten pflegen, wenn an ihn seelische Anforderungen gestellt werden, denen er sich nicht gewachsen fühlt; wir wußten vielmehr aus den Friedenserfahrungen auch, daß diese hysterischen Erscheinungen wieder von selbst verschwinden oder doch leicht mit sachverständiger ärztlicher Hilfe zum Verschwinden zu bringen sind, wenn die sie auslösende Belastung in Wegfall gekommen. Der Gesundheits- und Arbeitswille überwand in mehr weniger kurzer Zeit alle störenden Aeußerungen solcher Erlebniswirkungen. Daß die Erlebnisse an sich damit nicht der Vergessenheit anheimfielen und die ganze Lebensanschauung und Lebenseinstellung der Betroffenen für die Zukunft nicht unwesentlich zu beeinflussen geeignet waren, bedarf keiner Erörterung. Die Kriegserfahrungen zeigten uns dann ebenfalls, daß bei an sich gesunden und charakterlich gefestigten Menschen durch ganz außergewöhnliche Einwirkungen ausgelöste hysterische Erscheinungen nicht zu einer dauernden Schwächung führten. Wenn alle Kriegsteilnehmer, die in ihrer ersten Schlacht mit hysteriformen Erscheinungen auf die ihnen noch ungewohnten und die menschliche Widerstandskraft aufs äußerste und darüber hinaus anspannenden Erlebnisse reagierten, dauernd geschwächt worden wären, würde der Krieg wohl sehr schnell beendet gewesen sein.

Unsere Zeitgenossen sind leider nur zu sehr geneigt, die Ausdruckerscheinungen menschlicher Schwäche und Unvollkommenheit mit willkürlich aufgestellten Krankheitsbegriffen zu bemänteln und sich damit der Verantwortung für die Folgerungen zu entziehen. Deshalb schleichen sich Schlagworte, wie Kriegshysterie, Unfallhysterie usw., leicht ein und findet die Aufstellung der geradezu endlosen Reihe verschiedenster Neurosen heute nicht nur den Beifall oberflächlich urteilender Laien. Die dadurch angerichtete Verwirrung in den Köpfen von Medizinern und Nichtmedizinern führt nicht zuletzt mit zu der auch von Dr. Junkenitz beklagten Verallgemeinerung der Rentensucht.

So wenig wie diese (fälschlich auch Renten-,neurose“ genannt) eine Krankheit darstellt und sich nicht unter die oben benannten hysterischen Reaktionen einreihen läßt, ebensowenig sind alle hysterischen Erscheinungen Folgen einer konstitutionellen abartigen seelischen Veranlagung. Wir wissen, daß hysteriforme Erscheinungen auch bei organisch bedingten Geistes- und Nervenkrankheiten wie im Gefolge schwerer körperlicher Erkrankungen auf Grund einer dadurch hervorgerufenen allgemeinen Schwächung der seelischen Widerstandskraft vorkommen können. Es ist Sache des ärztlichen Beurteilers, diese Fälle abzuschneiden, und sie interessieren uns hier nicht weiter. Sehr schwer ist es oft, die im Zusammenhang mit einer allgemeinen Erschöpfung auftretenden hysteriformen Erscheinungen von den rein reaktiv hysterischen abzusondern; aber auch diese haben auszuschneiden, wenn wir von „Kriegshysterikern“ im Sinne von Dr. Junkenitz sprechen.

Dieser bemängelt nun, daß in den versorgungsärztlichen Gutachten oft die Wendung zu finden sei, die jetzt bestehenden nervösen Störungen könnten keine Kriegsfolgen mehr darstellen, weil durch den Kriegsdienst ausgelöste Erscheinungen hysterischer Art inzwischen abgeklungen sein müßten. Er meint, dies begreife weder der Laie, noch könne der Medizinglehrte dafür Verständnis aufbringen. Man könne das Abklingen solcher Störungen wohl „militärisch befehlen“, aber damit sei es wissenschaftlich nicht bewiesen.

Daß das Versorgungswesen gar keine militärische Angelegenheit ist, sondern zum Bereich des Reichsarbeitsministeriums gehört, sollte doch eigentlich auch den nicht enger damit befaßten Aerzten längst bekannt sein. Wenn es jedoch auch militärisch geleitet wäre, so würde sich der ärztliche Gutachter seine Stellungnahme ebensowenig befehlen lassen, da die ärztliche Gutachter-tätigkeit eine vollkommen unabhängige Gewissensangelegenheit ist, die Befehle nicht kennt. Dies nur nebenbei. —

Die von Dr. Junkenitz kritisierte Wendung wird in den Gutachten tatsächlich des öfteren gebraucht, so auch von mir selbst. Wir gehen dabei von der Erfahrungstatsache aus, daß hysterische Reaktionen nie dauerhaft sind. Auch die bei den Kriegsteilnehmern früher beobachteten verloren sich so gut wie immer mit oder ohne ärztliche Nachhilfe, nachdem die Gefahr, ins Feld zu müssen, vorbei war. Später traten bei einzelnen gelegentlich wieder hysterische Erscheinungen auf, die jedoch offenkundig durch andersartige seelische Belastungen (z. B. verschlechterte wirtschaftliche Verhältnisse, Möglichkeit der Rentenerlangung u. a. m.) hervorgerufen wurden und dementsprechend nicht mehr auf den Kriegsdienst bezogen werden konnten. In ganz seltenen Fällen ließ sich allerdings der Weiterbestand von hysterischen Erscheinungen seit dem Kriege nicht in Abrede stellen. Dabei handelte es sich dann entweder um eine so hochgradige konstitutionelle seelische Abartigkeit, daß diese an sich die Störungen bedingte, oder es war von vornherein ein dauernder andersartiger Reiz oder Anreiz wirksam, wie z. B. unsere Rentengesetzgebung. Lediglich diesen Erkenntnissen geben wir in unseren Gutachten Ausdruck. Eine Rentenentziehung kommt im übrigen schon nach den Gesetzesbestimmungen, die den Nachweis der Besserung erfordern, in den letztgenannten Fällen nicht in Betracht.

Wir Aerzte haben als Gutachter bekanntlich nichts weiter zu tun, als unser auf Grund der Untersuchung, der Aktenlage, der allgemeinen wissenschaftlichen Erkenntnis und unserer eigenen Erfahrungen gewonnenes ärztlich-wissenschaftliches Urteil abzugeben. Rücksichten auf die Person des Rentenbewerbers oder die Parteien dürfen dabei ebensowenig eine Rolle spielen wie die Frage, ob die entstehende Rentenlast für die Allge-

meinheit tragbar ist. So sehr uns Aerzte die Frage der Versorgungsgesetzgebung auch im Interesse der Gesunderhaltung unseres Volkes bewegen muß, so wenig werden Gedanken darüber unsere Gutachten beeinflussen.

Für ganz unangebracht würde ich es erachten, wenn ein Gutachter den Rentenansprüchen eines Hysterikers gegenüber auf schwerere Schäden anderer Kriegsteilnehmer hinweisen würde. Wenn Dr. Junkenitz der Anschauung Ausdruck gibt, daß ein solcher Rentenbewerber sich mit diesem Hinweis und einer Aufklärung über die Unannehmbarkeit seiner behaupteten Arbeitsbeschränktheit zufrieden geben werde, jedoch nicht mit einer Darstellung des wahren, ihm selbst auch recht gut bekannten wirklichen Sachverhaltes, so zeigt mir dies nur, wie wenig Dr. Junkenitz über das Wesen solcher „Kriegsbeschädigter“ unterrichtet ist. Seinen Angriff auf die ärztlichen Gutachter im Versorgungsdienste kann ich daher nur bedauern. Seine Befürchtung, daß eine aufrechte, sachlich begründete Beurteilung der von ihm als Kriegshysteriker bezeichneten Rentenbewerber „ein weiteres Umsichgreifen der weitesten Kreise erfüllenden Verbilligung gegen die Versorgungsbehörden“ mit sich bringen werde, halte ich nicht für beachtlich, da es mir doch eher im Sinne der Aufrechterhaltung des ärztlichen Ansehens zu liegen scheint, die Wahrheit zu bekennen, als sich einer Laienmeinung zu beugen und unser ärztliches Gewissen zugunsten unserer Beliebtheit zu belasten.

### Zur Rationalisierung in der Krankenversicherung.

Ergänzung zu dem obigen Artikel von Dr. M. Epstein (München).

Von Sanitätsrat Dr. Neger, München.

In obigem Aufsatz, der soviel treffende Feststellungen enthält, welche von uns Aerzten ohne weiteres unterschrieben werden können, ist ein Satz enthalten, welcher zu einer irrtümlichen Auffassung hinsichtlich der Tätigkeit der Honorarprüfungsstelle führen könnte, wenn ihm nicht rechtzeitig widersprochen würde.

Der Satz heißt: „Mißgriffe einzelner Aerzte zugegeben, wegen deren wir vor mehr als zwanzig Jahren die Durchschnittsziffer eingeführt haben, muß vor der Verallgemeinerung, wie sie heute üblich ist und sich schematisch gegen alle Aerzte richtet, welche die Durchschnittsziffer überschreiten, dringend gewarnt werden.“ Verfasser stellt sich offenbar die Tätigkeit der Honorarprüfungsstelle im wesentlichen so vor: Es wird von jedem Arzt der Kopfkostendurchschnitt ausgerechnet; was davon den Fachgruppendurchschnitt übersteigt, wird abgestrichen.

Außerdem wendet sich der Verfasser gegen die Verwertung der, wie ihm scheint, aus nicht genügend großen Zahlen errechneten und sich nicht auf genügend große Zahlen von Aerzten beziehenden Durchschnittsziffern.

Auch die Arbeit der Honorarprüfungsstelle hat ihre Geschichte und ihre Entwicklung, und diejenigen, welche seit Jahren mitgetan haben, haben viel lernen müssen, bis sie in mühevoller Arbeit zu dem gekommen sind, was sie als wohlbegründete Erfahrung besitzen. Daß eine Arbeitsstelle, welche zwischen den subjektiven Ansprüchen des einzelnen und den Belangen der Gesamtheit steht, Zielpunkt nicht freundlicher Gesinnung werden kann, ist ja begreiflich. Der Unwillen richtet sich ja bekanntlich mehr gegen das Steueramt als gegen den Gesetzgeber.

Es hat eine Zeit gegeben, da hat die Prüfungsstelle versucht, lediglich durch Richtigstellung der formalen Einträge und durch gefühlsmäßige Würdigung des Gesamtbildes der Krankenliste ihres Amtes zu walten.

Nur Fälle ganz großer Ueberschneidung konnten erfaßt werden. Daneben traten aber andere Listen in großer Zahl in die Erscheinung, wo im Einzelfall eine Ueberschneidung nicht nachgewiesen werden konnte, wo aber durch die Häufigkeit der Leistungen und Sonderleistungen, die lange Dauer der Behandlung der Gesamteindruck der Ueberschneidung geweckt wurde. Was sollten wir tun? Geben lassen? Das bedeutete das Versagen der Prüfungsstelle. Rein gefühlsmäßig den einzelnen Prüfungsärzten die Beurteilung zu überlassen, hätte zu ungleicher = ungerechter Beurteilung geführt. Es mußte also eine objektive Ergänzung zur gefühlsmäßigen Erfassung geschaffen und in unendlich mühevoller Arbeit an großen Zahlen die einer Anzahl von Behandelten entsprechenden Durchschnittskopfkosten pro Fachgruppe errechnet werden.

Nun haben wir Prüfungsärzte ausgezeichnete Bundesgenossen bei unserer Arbeit — nicht die Kassentöwen, worauf Kollege Epstein anspielt — im Gegenteil, über die haben wir uns unsere besondere Meinung gebildet —, sondern die erfreulicherweise sehr große Anzahl von Kollegen mit vielen und wenigen Behandelten, deren sachgemäße Arbeit sich — wie ich in diesem Blatte anderwärts dargelegt habe — in recht eindrucksvoller Form in ihren Krankenlisten widerspiegelt —, auch sie haben schwere Pneumonien, auch sie untersuchen auf Gonokokken, behandeln Paratuberkulosen und Ulcera cruris; aber ihre Arbeit ist eben doch anders und zeigt, daß man vor allem bei chronischen Leiden „auf lange Sicht“ behandeln kann und nicht jeden oder jeden zweiten Tag die Kranken bestellen muß, kurz, daß von ihnen die Kranken wieder loskommen. Ich will damit keinen Vorwurf ad personam erheben und verweise auf meine Ausführungen im „Bayer. Aezzl. Correspondenzblatt“ Nr. 12/1928. Die Arbeitsweise dieser wertvollen, seit Jahren bekannten Helfer müssen wir zum Vergleich heranziehen in den Fällen, wo über die wirtschaftliche Seite ärztlicher Arbeit entschieden werden muß.

Bei der Prüfung der Listen wird folgendermaßen vorgegangen: Die Liste wird auf ihre formelle Richtigkeit und die einzelnen Ansätze geprüft; sehen wir, daß besonders hohe Kopfkosten den Durchschnitt der Gruppe — natürlich unter Berücksichtigung der Zahl der Behandelten — übersteigen, dann muß geprüft werden, ob die Art der Fälle, die Zahl der berechneten Besuche, die Belastung durch Narkosen, Assistenz, Salvarkuren, Nachtbesuche die Höhe der Kopfkosten erklärt. Aber auch, wenn diese Prüfung die Höhe der Kopfkosten nicht restlos erklärt, wird — es kann ja ein Zufall vorliegen — nicht gleich gestrichen, sondern gewöhnlich 1 bis 2 Quartale beobachtet, bis der Zufallsmoment ausgeschaltet ist; erst wenn die Liste gewissermaßen ein Programm kostspieliger Arbeit erkennen läßt, dann findet unsere gefühlsmäßige Beurteilung an den errechneten relativen Kopfkosten eine sehr willkommene und möglichste Gerechtigkeit verbürgende Stütze.

Kritik anlegen ist leicht, aber solange als uns von irgendeiner Seite nichts Besseres, d. h. was in noch höherem Maße den Anforderungen der Billigkeit und Gerechtigkeit entspricht, vorgeschlagen wird, muß es also wohl bei der bisherigen Methode bleiben. Es würde zu weit gehen, auch auf vom Verfasser berührte praktische Fragen der Krankenkontrolle Bezug zu nehmen. Hier soll nur hervorgehoben werden, daß diese Kontrollarbeit durch Mithilfe der Kollegen sehr erleichtert werden und ein großer Teil des Odiums beseitigt werden kann. Die Kontrollärzte tragen, wie sich jeder Kollege davon überzeugt haben wird, allen Aufklärungen und Wünschen der behandelnden Aerzte gerne und

weittragend Rechnung. Nur müssen die Kollegen sich der Mühe unterziehen, dem Vorgeladenen ein paar diesbezügliche Zeilen mitzugeben, was allerdings bei überbeschäftigten Aerzten schwer durchführbar sein mag. Also auch hier eine Arbeit nicht gegeneinander, sondern miteinander im Dienste der großen Sache!

### Pläne des Reichsarbeitsministeriums.

Im Haushaltsausschuß des Reichstags gab Reichsarbeitsminister Wissell eine Uebersicht über die größeren Gesetzgebungsarbeiten seines Ministeriums nach dem Stande vom 1. April 1929. Danach befinden sich in Vorbereitung auf dem Gebiete der Sozialversicherung: eine vierte Novelle zum zweiten Buch der Reichsversicherungsordnung (Krankenversicherung) und Entwürfe von Gesetzen über Unfallversicherung, über Ausdehnung der Unfallversicherung, über Unfallfürsorge für Gefangene, zur Aenderung des Reichsknappschaftsgesetzes, über den Ausgleich von Leistungen der Sozialversicherung aus Anlaß des Vertrages von Versailles; auf dem Gebiete der sozialen Fürsorge: Entwürfe von Gesetzen zur Abänderung der Verordnung über die Fürsorgepflicht und über das Wandererwesen.

Zur Krankenversicherung führte der Reichsarbeitsminister aus: „Ich teile den Wunsch, daß der Anleihezugriff des Reichs auf die Kassen der Sozialversicherung, wie er dieses Jahr erfolgen mußte, künftig unterbleiben kann. Man sagt, die Sozialversicherungen lähmen den Willen zur Selbsthilfe, schwächen den Arbeitssinn und züchteten nur Faulenzer. Man bedenkt dabei nicht, daß die Sozialversicherung nur der Form nach Staatsfürsorge, ihrem tieferen Wesen nach aber nichts anderes als organisierte Selbsthilfe ist. Die Sozialversicherung ist eine kollektiv-sparmäßige Fürsorge für die Zukunft. Sie hat eine wichtige sozialethische Bedeutung dadurch, daß der Stärkere, Gesündere mitspart für den weniger Starken und weniger Gesunden. Diesem gemeinnützigen, solidarischen, sozialen Sparen der Gesamtheit der Werktätigen gegenüber erscheint der private Sparer als ein Egoist. Ich bin bestrebt, die Sozialversicherungen weiter auszubauen. Die Vereinfachung der Sozialversicherung wird entscheidungsreif, wenn der in einer Entschließung bekundete Wille des Reichstages, in die Unfallversicherung alle Betriebe und Dienste aufzunehmen, verwirklicht sein wird.“

### Bedeutung und Wirkungsbereich der Psychotherapie.

Von Dr. W. Unger, Hohenpeißenberg (Obb.).

(Schluß.)

Mit dieser verbesserten Erklärungs- und Behandlungsmöglichkeit der Organneurosen wie der Psychoneurosen ist die Bedeutung der Psychotherapie noch längst nicht erschöpft. Es gibt schlechthin kein ärztliches Handeln, das von der Berücksichtigung seelischer Zusammenhänge nicht profitieren kann. Auch so massive körperliche Geschehnisse wie ein Knochenbruch, eine falsche Geburtslage, eine Lungenentzündung können besser behandelt werden, wenn man die psychotherapeutischen Möglichkeiten nicht außer acht läßt, und man wird der Bedeutung dieser Möglichkeiten nicht gerecht, wenn man sie mit der Selbstverständlichkeit, daß der Kranke zum Arzt Vertrauen haben und der Arzt die Psyche des Kranken berücksichtigen müsse, abtut. Wie man uns mit Recht lehrte, daß eine klinische Anamnese nie vollständig sei ohne die Fragen nach Alkohol- und Nikotinmißbrauch und geschlechtlichen Ansteckungen, so sollten auch einige

psychologische Fragen (nach Familienmilieu, erregenden Einzelerlebnissen, Schwierigkeiten im Sexual- und Berufsleben) in einer Anamnese nicht fehlen.

Wie wichtig die Erkennung solcher Zusammenhänge auch bei der Behandlung organischer Krankheiten werden kann, möge der vor Jahren von uns behandelte Fall eines Typhuskranken zeigen, der seit seinem Eintritt in die Klinik an vollständiger Harnverhaltung litt. Diese konnte weder auf die (mäßige) Schwere des Gesamtzustandes noch auf irgendwelche organischen Befunde zurückgeführt werden, fand aber sofort ihre Erklärung durch einige nach psychoanalytischen Gesichtspunkten geführte Aussprachen: Patient war vor einiger Zeit unter den primitiven Verhältnissen einer Sommerfrische beim Wasserlassen durch eine hinzukommende Krankenschwester in Tracht gestört worden, hatte dieses peinliche Erlebnis verdrängt, und erst beim Eintritt in die Klinik wurden die Hemmungen durch den Anblick von Schwestern in Tracht assoziativ wieder lebendig. Das Bewußtmachen dieses Zusammenhanges genügte, um die Harnverhaltung, gegen die man bei der Wirkungslosigkeit von Wärme, Beruhigungsmitteln und Ermahnungen mit zweimaligem täglichen Katheterisieren fünf Tage lang hatte angehen müssen, mit einem Schlage und, wie spätere Nachfrage ergab, endgültig zum Schwinden zu bringen. Welchen Gefahren dadurch der Kranke entzogen wurde, liegt auf der Hand.

So sehen wir in der Psychotherapie nicht nur eine neu ausgebildete Einzelmethode, die allen anderen Heilmethoden gleichwertig zur Seite steht, sondern gleichsam die zwar nicht neue, aber von neuem entdeckte seelische Dimension, die im Bau keiner Diagnose und keines Heilplanes mehr unberücksichtigt bleiben darf.

Aus dieser Auffassung der seelischen Heilkunst ergibt sich sehr einfach die Beantwortung der uns heute beschäftigenden Frage: ob die Psychotherapie weiteren Kreisen zugänglich gemacht werden soll. Ihre soziale Bedeutung geht aus dem oben Gesagten klar hervor. Es ist für den verantwortungsbewußten Arzt schlechthin unerträglich, daß die wichtigen und umfangreichen psychotherapeutischen Möglichkeiten nur einem begüterten kleinen Kreis von Kranken zugänglich sein, der überwiegenden Mehrzahl unserer Volksgenossen aber vorenthalten bleiben sollen. Ist wirklich unser ärztliches Tun „Gesundheitsdienst am deutschen Volke“, so darf es nicht dabei bleiben, daß ein wesentlicher Teil unserer ärztlichen Arbeit dem größten Teil des Volkes vorenthalten bleibt. Nun wäre es gewiß uns Aerzten bei der gerade in psychologischer Hinsicht unvollkommenen heutigen Form der Sozialversicherung das Liebste, wenn wir jeden Patienten psychotherapeutisch in freier Form betreuen könnten. Da wir aber nicht wissen, ob und wann es zu der vielverlangten Reform der Sozialversicherung kommt, müssen wir als nächstes die Forderung erheben, daß die sozialen Versicherungsträger die Psychotherapie in vollem Umfang unter ihre Leistungen aufnehmen.

Wirtschaftliche Bedenken dürfen dem nicht entgegenstehen. Gewiß kann sorgfältige Psychotherapie nicht ganz billig sein, weil sie sehr viel Zeit kostet. Aber so wenig wie man Kostspieligkeit etwa als Gegengrund gegen notwendige körperliche Operationen geltend machen darf, ist dies bei den seelischen Operationen erlaubt. Vom Psychotherapeuten als Seelenchirurgen werden nicht weniger Vorbildung, Geschick und Verantwortungsgefühl gefordert als vom Körperchirurgen. Vor allem aber muß den Versicherungsträgern immer und immer wieder gezeigt werden, daß richtig angewandte Psychotherapie nicht teuer, sondern umgekehrt billig ist, weil sie oft die Krankheitsdauer abkürzen und die Ausgaben für körperliche Behandlung verschiedener Art ersparen kann. Als Beweis möge folgender Fall eigener Erfahrung dienen:

Ein schwächlicher und schlaffer, 28jähriger Kaufmann leidet an Atembeschwerden. Man vermutet infolgedessen eine Lungenerkrankung, findet bei Untersuchung zwar gar nichts, schickt aber „vorsichtshalber“ den Kranken in eine Lungenheilanstalt. Hier erlebt er seelisch ein wahres Martyrium. Als Schwindsuchtskandidat glaubt er sein Leben vernichtet, der Zynismus einiger offenbar schwerkranker Mitpatienten bedrückt ihn tief. Die dauernd mit angesehenen Auswurfentleerungen vereckeln ihm das Essen. Trotz aller Mastversuche hat er nach 13wöchiger Kur nur 1 Pfund zugenommen und verläßt auf seinen eigenen Wunsch verzweifelt und mit vermehrten Beschwerden die Heilstätte. Er geht weiter von Arzt zu Arzt und wird endlich auf Verlangen einer seiner Versicherungen in einem bekannten klinischen Krankenhaus beobachtet. Trotz der Untersuchung mit allen möglichen modernen Methoden ist hier der Organbefund ein ganz negativer, und jetzt (!) erkennt man, daß das Leiden nervös ist. In dem nun aufgesuchten, auch psychotherapeutisch arbeitenden zweiten Sanatorium ergibt sich ohne weiteres, daß es sich um einen Neuropathen handelt, der mit seinem Vater in Konflikt lebt, von schweren Insuffizienzgefühlen bedrückt wird und in bestimmten Momenten der Erregung krampfhaft vertieftes Atmen produziert, das demnach nur als übertriebenes Ausdrucksphänomen zu werten ist. Durch ein mit Husten verbundenen Ekelerlebnis und die Beobachtung anscheinend echter asthmatischer Anfälle bei seiner Schwester scheint das Symptom determiniert zu sein. Pat. wird nun mit allen Mitteln ermutigt, seine Befürchtungen wegen der Lunge werden zerstreut. Er erhält Gelegenheit, eine Reihe von Komplexen abzureagieren und wird auch körperlich gekräftigt. Er nimmt in 10 Wochen 8 Pfund zu, wird ruhiger und frischer. Die Atemstörung ist geringer geworden und bedrückt den Kranken nicht mehr nennenswert, weil er ihre Natur als verstärkte Ausdrucksbewegung kennt. Er wird als arbeitsfähig entlassen. — Wirtschaftliche Bilanz dieses Falles ist: Die Kur in der Lungenheilstätte hat 1800 M. gekostet, nichts genützt, wohl aber geschadet. Die billigere zweite Kur, welche die Psychotherapie heranzog, hat mindestens eine erhebliche Besserung gebracht. — Daß Fälle mit so großem unnützen Kostenaufwand nichts Vereinzelt sind, beweist auch einer der oben angezogenen Fälle von psychogenen Hautblutungen, in welchem nach einer freundlichen Mitteilung des Herrn Kollegen Schindler die Patientin 6 Jahre lang schwer krank war und alle erdenklichen körperlichen Behandlungen ergebnislos durchgemacht hat, bis eine nur zweimonatige Psychotherapie sie nachhaltig heilte. — Die Möglichkeit, durch Psychotherapie kleinere Ersparnisse zu machen, ist sicher sehr häufig gegeben.

Außer aus sozialem und wirtschaftlichen Gründen müssen wir weitere Ausbreitung der Psychotherapie auch aus wissenschaftlichen Gründen fordern. Die bisherigen psychotherapeutischen Forschungen entstammen ganz überwiegend der Behandlung eines eng begrenzten Kreises von begüterten und meist intellektuell und individualistisch gerichteten Kranken. Wie sich Neurosen bei den breiten Massen auswirken, deren Leben vom Gefühl der Abhängigkeit und teilweise von dagegen ankämpfender Gemeinschaftsbildung beherrscht wird, davon wissen wir noch sehr wenig. Selbst unsere Kenntnis der Unfallsneurose bedarf wohl noch einer umfassenderen Betrachtung als nur des immer wiederholten Blickes auf den Rentenkampf. Auch die oft geäußerte Meinung, daß die psychoanalytischen Methoden sich mehr für die Behandlung gebildeter, die suggestiven mehr für die ungebildeteren Patienten eignen, wird bei verbreiteter Forschungsgrundlage voraussichtlich revidiert werden müssen. Mir ist es nicht

zweifelhaft, daß die Indikationsgrenze zwischen beiden Methoden (die man übrigens sehr oft auch kombinieren wird) nicht zwischen Bildungsschichten verläuft, sondern zwischen Temperamenten und psychologischen Konstellationen.

Ich möchte diese notgedrungen sehr skizzenhaften Bemerkungen nicht schließen, ohne im voraus ein drohendes Mißverständnis zurückzuweisen. Wenn hier der Wert der Psychotherapie stark unterstrichen wurde, so soll damit keiner Uebertreibung das Tor geöffnet werden. Nachdrücklich sei vielmehr betont, daß wir es als ein Unglück ansehen würden, wenn die bewährten Methoden körperlicher Behandlung durch das Interesse für Psychotherapie im geringsten beeinträchtigt würden. Es hat noch kein Psychotherapeut eine unverkörpernte Seele zu behandeln gehabt — ebenso wie noch niemals ein seelenloser Leib ärztlicher Hilfe bedurft hat. So wird der Arzt am besten helfen können, der Leib und Seele in ihrer lebendigen Einheit gleichermaßen beachtet. So gemäßigt und kritisch gezügelt, andererseits aber auch in die Tiefe dringend, wird die Psychotherapie zu den besten Mitteln zählen, die viel genannte „Krise der Medizin“, die man nicht mit Unrecht auch eine Vertrauenskrise genannt hat, zu überwinden. Denn sie ist ein echtes Kind des ewigen Geistes der Heilkunst.

### Entschliessung zur Frage der Gewerbesteuer für die freien Berufe.

Der IV. Allgem. ärztliche Kongreß für Psychotherapie wendet sich in letzter Stunde an die Volksvertretung des größten deutschen Landes und bittet dringend, daß der Preußische Landtag seinen Beschluß über die Einbeziehung der freien Berufe in die Gewerbesteuer widerrufen möge.

Der Kongreß ist um so eher zu dieser Bitte berufen, weil die ausschließlich oder hauptsächlich seelische Behandlung ausübenden Aerzte ein typisches Beispiel dafür sind, daß der ärztliche Beruf kein Gewerbe ist.

Auch wenn der Arzt seine Tätigkeit mit Betriebsmitteln ausübt, tut er es in der Hauptsache auf Grund seiner ärztlichen Wissenschaft und mit Einsatz seiner gesamten Persönlichkeit.

### Zum vertragslosen Zustand zwischen Zahnärzten und Ersatzkassen.

Zwischen den Zahnärzten und den Ersatzkassen besteht seit dem 1. April 1929 vertragsloser Zustand, weil die Zahnärzte die von den Ersatzkassen verlangten Beschränkungen in der Zulassung ablehnen mußten. Der Hartmannbund macht seine Mitglieder auf folgende Vertragsbestimmung nach Anlage 1 Ziffer 23 des Vertrages aufmerksam:

„Die Ausführung von Zahnbehandlungen ist nur auf Grund des Zahnärztlichen Vertrages zulässig.“

Ist also kein Zahnärztlicher Vertrag vorhanden, so ist zahnärztliche Behandlung als Privatbehandlung anzusehen.

### Die Besteuerung des Stoffwechsels.

Eine Stadtgemeinde im Thüringischen, die eine neue Kläranlage baut, will, wie jüngst gemeldet wurde, die gemachten Aufwendungen durch eine Steuer wieder einbringen, die nach der Zahl der WC.-Anlagen umgelegt werden soll. Bei der Suche nach ergiebigen Steuerquellen scheint man also, wenn es sich bei der beregten Meldung nicht um einen Aprilscherz handelt, schon

bei der Besteuerung des Stoffwechsels angelangt zu sein. Theoretisch dürfte es dabei, solange sich die menschliche Natur nicht ändert, Steuerfreiheit auch für die Aerinsten der Armen nicht geben. Das mag für die Gemeindefinanzen ein Segen sein. Die „Steuerpflichtigen“ werden natürlich darüber etwas anders denken. Es ist aber zu hoffen, daß es sich nur um eine irrtümlich und mißverständlich gefaßte Meldung handelt, d. h. daß kommunalabgabentechnisch nicht eine „Steuer“, sondern nur ein „Beitrag“ beabsichtigt wird.

### Leitsätze zur Facharztfrage.

Im Verlage des Hartmannbundes in Leipzig sind nunmehr erschienen: Leitsätze zur Facharztfrage und Richtlinien für Anzeigen und Schilder, beschlossen auf den Aertztagen in Bremen 1924 und Danzig 1928, nebst Auslegungen des Geschäftsausschusses des Deutschen Aertzvereinsbundes und Erläuterungen von Prof. Dr. Stuelp, Mülheim a. d. Ruhr.

Der Einzelpreis des Heftes ist — 50 M. Der Inhalt ist sehr übersichtlich geordnet. Es empfiehlt sich, daß möglichst alle ärztlichen Bezirksvereine und die wirtschaftlichen Vereine dieses Heft anschaffen, da es für die Facharzausschüsse unentbehrlich ist.

### Vereinsnachrichten.

(Originalbericht der Bayerischen Aerztezeitung.)

#### Aerztlicher Kreisverband Schwaben e. V.

Am Sonntag, den 14. April, fand in Augsburg eine Sitzung des Aerztlichen Kreisverbandes Schwaben statt. Daran nahmen teil 15 Vertreter aus 9 Vereinen.

Zu Beginn der Sitzung widmete der Vorsitzende, Herr Geh. San.-R. Dr. Hoerber, einen warmen Nachruf dem verstorbenen Medizinalreferenten der Regierung von Schwaben und Neuburg, Herrn Obermediz.-Oberreg.-Rat Dr. Uebl. Hierauf erstattete er den Jahresbericht und der Geschäftsführer den Kassenbericht. Herr San.-R. Dr. Schmidt-Bäumler, der Kassier der Sterbekasse, erstattete ebenfalls Kassenbericht über die Sterbekasse. Von einer Erhöhung des Mitgliedsbeitrages für den Kreisverband sowohl als auch der Umlage für die Sterbekasse mußte in Anbetracht der großen Höhe der übrigen Beiträge für die ärztlichen Standes- und Wirtschaftsorganisationen abgesehen werden. Für die bevorstehende Wahl der Beisitzer des Schiedsamtes beim Oberversicherungsamt wurde eine Vorschlagsliste zusammengestellt. Im Interesse der Vereinfachung des Wahlganges werden die Kollegen gebeten, weiter keine Wahlvorschläge zu machen. Ein Antrag, gemäß dem Ersatzkrankenkaservertrag einen Beschwerdeausschuß für ganz Schwaben mit dem Sitz in Augsburg zu errichten, wird zum Beschluß erhoben. Um die vielen Unklarheiten zu beseitigen und den Kollegen eine richtige Rechnungsstellung zu ermöglichen, soll ein kurzes Merkblatt in übersichtlicher Form ausgearbeitet und allen schwäbischen Aerzten zugeleitet werden, das alle zur Zeit geltenden Gebühren bei den reichsegestzlichen Krankenkassen, Ersatzkassen, Berufsgenossenschaften usw. enthält.

Der Wegfall der Listen I, II, III und V der „Wirtschaftlichen Verordnungsweise“ ab 1. April 1929 wird einstimmig gebilligt und begrüßt und den um diese Errungenschaft verdienten Kollegen der Dank ausgesprochen. Hingegen sprechen die anwesenden Aerztvertreter ihren einstimmigen Protest aus gegen die geplante Unterwerfung der freien Berufe unter die Gewerbesteuer.

Dr. Schaffert, Geschäftsführer.

### Amtliche Nachrichten.

#### Dienstesnachrichten.

Dem mit dem Titel und Rang eines Obermedizinalrates ausgestatteten Bezirksarzt des Bezirksamts Augsburg, Dr. Joseph Büller in Augsburg, der wegen Erreichung der Altersgrenze am 1. Mai in den dauernden Ruhestand tritt, wurde die Anerkennung seiner Dienstleistung ausgesprochen.

#### Vereinsmitteilungen.

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

1. Die Barmer Ersatzkasse schreibt uns folgendes:

„Wir erlauben uns, Sie darauf hinzuweisen, daß nach unseren Feststellungen von Vertragsärzten Ueberweisungen an das Bestrahlungsinstitut von Zeileis in München vorgenommen werden. Die Mitglieder erscheinen in unserer Verwaltungsstelle und verlangen Ersatz von Kosten, was wir auf Grund des neuen Aerztlevertrages verweigern müssen. Wir bitten Sie, in geeigneter Weise die Herren Aerzte darauf aufmerksam zu machen, daß solche Ueberweisungen unzulässig sind und nur Schwierigkeiten hervorrufen, die vermieden bleiben müssen.“ Kommentar überflüssig!

2. Die Monatskarten für den Monat April sind am Mittwoch, dem 1. Mai 1929, bis spätestens nachmittags 5 Uhr auf der Geschäftsstelle abzugeben. Die Auszahlung des Honorars erfolgt am Freitag, dem 10. Mai, auf der Bayer. Hypotheken- und Wechselbank.

3. Die persönliche Abrechnung für das vierte Vierteljahr 1928 ist fertiggestellt und kann ab Montag, den 29. April 1929, auf der Geschäftsstelle abgeholt werden.

Eventueller Einspruch gegen die Abrechnung kann unter Beigabe der Monatskarten und kurzer Begründung bis spätestens Samstag, den 11. Mai 1929, geltend gemacht werden.

4. Zur Aufnahme in den Verein als außerordentliche Mitglieder haben sich gemeldet die Herren: Dr. F. Längst, Facharzt für Chirurgie, Ickstattstr. 5; Dr. Cajetan Tambosi, Facharzt für Dermatologie, Sophienstraße 5c/0.

### Bücherschau.

**Therapeutisches Vademecum.** Die Firma C. F. Boehringer u. Söhne G. m. b. H. in Mannheim-Waldhof bringt in diesem Jahre wieder ihr Therapeutisches Vademecum, nach Indikationen geordnet, heraus. Der Jahrgang berücksichtigt die Vorschläge und Erfahrungen, die im Jahre 1928 auf dem Gebiete der medikamentösen Therapie gemacht wurden, unter genauer Angabe der Literaturstellen. In übersichtlichster Form ist hier dem Praktiker ein handliches Taschenbuch therapeutischen Inhaltes, dem wissenschaftlich arbeitenden Arzt ein Wegweiser durch die verstreut in der Literatur befindlichen Abhandlungen über die einzelnen Heilmethoden gegeben.

Der Bezug kann nur durch direkte Bestellung bei der Firma erfolgen, die das Vademecum — ausschliesslich an Aerzte — kostenlos abgibt.

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

Für die Inserate: Adolf Dohn, München.

### Allgemeines.

**Ditonal**, ein neues gynaäkologisches Schmerzstillungsmittel (Sedativum und Hypnotikum). Von Dr. Wilhelm Düker, Assistenzarzt. (Aus der Chirurgisch-gynaäkologischen Abteilung des St.-Norbert-Krankenhauses zu Berlin-Schöneberg, Direktor F. Kuhn.) Bei der großen Fülle brauchbarer Analgetika und Hypnotika muß eine pharmazeutische Neuheit schon besondere Vorzüge bieten, wenn sie auf ärztliche Empfehlung Anspruch erheben will.