

Ärzteblatt

für Bayern

vormals Bayerische Ärztezeitung (Bayerisches Ärztliches Correspondenzblatt)

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

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

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

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

Alleinige Anzeigenannahme: Walzel & Co. Anzeigen-Gesellschaft München-Berlin. Anschrift: München 23, Leopoldstraße 4, Fernsprecher 356 53, 34 872.

Nummer 14

München, den 6. April 1935

2. Jahrgang

Inhalt: Julius Friedrich Lehmann †. — Zum Gesetz vom 16. März 1935. — Wilhelm Conrad Röntgen. — Zur Frage der „Handapotheke“. Die zivilrechtliche Haftung des Arztes. — Was das Aufbaugesetz den Krankentassen gibt und nimmt. — Vertrag über die ärztliche Versorgung des freiwilligen Arbeitsdienstes vom 18. März 1935. — Bekanntmachungen. — Verschiedenes. — Fragelasten. — Bücherschau.

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

Julius Friedrich Lehmann †.

Julius Lehmann, der Besitzer des bekannten medizinischen Verlags in München, ist am 24. März d. J. gestorben. Mit ihm hat eine Persönlichkeit die Augen geschlossen, die im Kampf um die deutsche Sache immer in vorderster Linie gestanden hat.

Wegen seiner großen Verdienste um das deutsche Schrifttum wurde Lehmann vom Führer durch die Verleihung des Adlerschildes und des Goldenen Ehrenzeichens der Partei ausgezeichnet.

Die deutsche Ärzteschaft schuldet dem hervorragenden Verleger medizinischer Werke dauernd Dank und Anerkennung.

Zum Gesetz vom 16. März 1935.

Mit größter Genugtuung gedenkt auch die bayerische Ärzteschaft der Wiedereinführung der allgemeinen Wehrpflicht.

Der Versuch einer dauernden Wehrlosmachung eines großen, in Krieg und Frieden immer mannhaft gewesenen Volkes ist damit durch einen heroischen Entschluß des Führers zuchanden gegangen.

Ein Volk wie das deutsche hat wie jedes andere Volk ein Recht auf seine Geschichte.

Stets bereit zum Frieden und zur Verständigung, wird es auch seine Waffen einsatzbereit halten müssen zur Verteidigung seines Rechts, von Heimat und Volk.

Wir Ärzte sind uns über die Bedeutung des Heeres als Erziehungsanstalt der Jugend voll im klaren. Wer vermöchte in der heranwachsenden Jugend die Tugenden der Pflichttreue, der Einfachheit, der Disziplin, des Gehorsams mehr zur Entwicklung bringen als die Schule des Soldaten!

Der 16. März 1935 bleibt ein Tag der Ehrung für die 1914/18 als todesmutige Samariter gefallenen Kollegen und für alle jene noch lebenden Mitkämpfer aus den Reihen des ehemaligen Sanitätsoffizierskorps, die vor dem Feind und in den Lazaretten ihre Pflicht bis zum letzten taten und diesen selbstlosen, dem Vaterland geweihten Opfergeist wieder hineintragen lassen wollen in die Seele jedes wehrhaften deutschen Menschen.

Die Schriftleitung.

Wilhelm Conrad Röntgen.

Es ist Ehrenpflicht einer ärztlichen Landespresse, Wilhelm Conrad Röntgens zu gedenken, dessen neunzigster Geburtstag vor kurzem (27. März) zu feiern gewesen wäre.

In Lennep (Rheinland) als Sohn eines Tuchhändlers geboren, verbrachte Röntgen seine Jugendjahre in Holland. Seine Gymnasialstudien gelangen ihm nicht ohne Mißgeschicke. Nach Studien technischer Art an der Maschinenbauschule Apeldoorn in Holland arbeitete Röntgen am Züricher Polytechnikum. Seine Habilitation in Straßburg fällt in das Jahr 1874. Im Jahre 1888 erhielt er von Gießen aus den Lehrstuhl der Physik in Würzburg übertragen — 1871 war ihm dort mangels Abitur die Habilitation verweigert worden!

Unter den bescheidenen Verhältnissen des kleinen Würzburger Institutes gelang dem zeit lebens bescheidenen Forscher am Abend des 8. Novembers 1895 die epochale Entdeckung der nach ihm benannten Strahlen.

Rasch bekam sein Name Weltruf. Als der Lehrstuhl für Physik an der Universität München frei geworden war, fiel selbstverständlich die Wahl des Inhabers auf den Würzburger Gelehrten.

Alle durch seine Entdeckung unvermeidbar gewordenen Ehrungen und Einladungen lehnte Röntgen höflich ab, er wollte das von ihm entdeckte Rätsel ganz und gar der weiteren Forschung überlassen und die gewonnenen Wohltaten der Allgemeinheit der ganzen Welt uneigennützig zur Verfügung stellen.

Eine der größten Entdeckungen aller Zeiten trägt den Namen Wilhelm Conrad Röntgens. Daß es ein deutscher Gelehrter war, ist unser Stolz.

Auf dem ganzen Weltentund entsalten seither die „Röntgenstrahlen“ ihre erkennende und heilende Wirkung. Wieviel Leid konnten sie bisher schon heilen und lindern, wieviel Unglück und Seelennot werden sie in Zukunft noch zu bekämpfen wissen! Dem Armen wie dem Reichen dienen sie. Hier fehlen Maßstäbe und Wertmesser, um die Bedeutung dieser Entdeckung für das Schicksal der Menschheit im entferntesten festlegen zu können.

Heute, in einer Zeit eines wilden und unverantwortlichen Wetttrüstens zum Kampfe aller gegen alle, ragt der Name Wilhelm Conrad Röntgens in leuchtender Größe über den Erdball hin, als Kündler wahren Forschartums und reinsten völkerverbindender Menschenliebe.

Wir Aerzte gedenken in diesen Tagen des großen Toten. Viele von uns haben ihn als Lehrer persönlich gekannt, geehrt und im Examen gefürchtet. Die stille Größe seiner Persönlichkeit lebt in unserer Erinnerung fort.

Wir neigen uns in Verehrung und Dankbarkeit vor einem der Größten unserer Zeitgenossen. Dr. Oechsner.

Zur Frage der „Handapotheken“.

Nachstehend bringen wir zwei Artikel zu den Ausführungen Dr. Hirtreiters in Nr. 10 des Aerzteblattes für Bayern zum Abdruck. Die Schriftleitung.

Im Aerzteblatt für Bayern war kürzlich ein Vortrag veröffentlicht, den der Vertrauensmann für ärztliche Hausapotheken — was wohl besser „Hausapothekeninhaber“ heißen dürfte — Dr. Hirtreiter gehalten hat, der auch in der Süddeutschen Apothekerzeitung unter Bayern „Zur Frage der ärztlichen Hausapotheken“ erschien.

Um das Kapitel „Ärztliche Hausapotheken“ in seiner Behandlung verstehen zu können, ist es notwendig, zu wissen, was die Ursache der Ausrottung des Problems „Ärztliche Hausapotheken“ war.

Die in Bayern in überreichem Maße bestehenden ärztlichen Hausapotheken haben in der Mehrzahl von der Behörde eine bestimmte Lieferapotheke vorgeschrieben, aus der sie verpflichtet sind, ihren ganzen Bedarf für die Hausapotheke zu beziehen.

Diese Bestimmung wurde wohl in den meisten Fällen außer acht gelassen und erfolgte der Bezug entweder aus dem Großhandel oder von sogenannten Versandapotheken, die hier mit ersteren gleichzusetzen sind. Diese konnten naturgemäß billiger liefern als die zumeist kleineren Lieferapotheken, die ja selbst auch vom Großhandel beziehen müssen. Bei der Festlegung auf eine bestimmte Lieferapotheke ging die Behörde von der berechtigten Ansicht aus, daß die einer ärztlichen Hausapotheke zunächst liegenden kleinen Landapotheken die durch sie am meisten Geschädigten sind und ihnen durch die Belieferung eine geringe teilweise Entschädigung zukommen solle, wobei immer bedacht wurde, daß die ärztliche Hausapotheke nur ein Notbehelf für das arzneibedürftige Publikum, nie aber eine Einnahmequelle für den Arzt sein solle, dem aber durch die Hausapotheke für seine Bemühung in dieser trotzdem noch eine Entschädigung bleiben sollte und blieb.

Durch den Umstand, daß auch mit den ärztlichen Hausapotheken ein Apothekenschacher getrieben wurde, der teilweise den der Vollapotheken übertraf, entwickelte sich eine ungesunde Lage. Bei der Abgabe einer Arztpraxis, die mit ärztlicher Hausapotheke verbunden war, wurden für diese, obwohl die Bewilligung zur Führung ärztlicher Hausapotheken jederzeit widerrechtlich ist, Ablösesummen verlangt, die geradezu unglaublich sind und die in gar keinem Verhältnis zum realen Werte des abzulösenden standen.

Daraus ergab sich, daß von seiten des neuen Inhabers der Hausapotheke versucht wurde, möglichst billig in den Besitz von Waren zu kommen, um damit den durch die Ablösung erlittenen Schaden wieder wettzumachen.

Beim weiteren Uebergang dieser Hausapotheken wurde dann immer wieder mindestens die gleiche Summe für die Ablösung der Hausapotheke in Ansatz gebracht und so das Spiel fortgesetzt.

Da diesem Verfahren nunmehr Einhalt geboten wird, wird dem Inhaber einer ärztlichen Hausapotheke in der Folge der Nutzen, der ihm bei Bezug aus seiner Lieferapotheke verbleibt, genügend erscheinen dürfen.

Wenn der Vortragende darauf hinweist, daß manchem Arzt in kleiner Landpraxis mit gesunkenen Einnahmen der kleine Verdienst aus seiner Hausapotheke nicht gleichgültig sein kann, so muß immer und immer wieder darauf hingewiesen werden, daß bereits von jeher die ärztlichen Hausapotheken als ein Notbehelf für die Bevölkerung, nie aber als eine Einnahmequelle für den Arzt gelten sollten. Mit demselben Rechte können auch die kleinen Notstandsapotheken darauf hinweisen, daß auch ihr Einkommen gesunken ist und sie auf den kleinen Verdienst, der ihnen durch Belieferung der ärztlichen Hausapotheken zufällt, nicht verzichten können, und erst die kleine Einnahme, die sie aus der Belieferung erzielen, den Ausgleich für das Existenzminimum schaffen soll, dieses aber meistens nicht erreichen.

Während dem Arzte, der eine Hausapotheke führt, auf der einen Seite zugesprochen werden soll, daß er durch diese sein Einkommen erhöht, ist es dem Apotheker auf der anderen Seite nicht möglich, sein Einkommen auf irgendeine Weise zu erhöhen.

Er kann nicht durch Beratung des Publikums der Erreichung des Existenzminimums nachhelfen, da ihm dies verboten ist, während dies einem großen Teile des Volkes ohne besondere Vorbildung erlaubt ist.

Der Apotheker will auch gar nicht dem Arzte ins Handwerk pfeuschen, sondern nur das, was ihm gemäß seiner langen Aus- und Vorbildung zusteht, er will Arzneimittelbereiter sein und als solcher eben auch seine Existenz gesichert wissen wie jeder andere Volksgenosse auch.

Daß gerade in Bayern die Zahl der ärztlichen Hausapotheken im Vergleich zu anderen Teilen des Reiches unendlich groß ist, läßt sich auf keinen Fall bestreiten, doch wird sich kaum die Behauptung aufstellen lassen, daß deswegen in den anderen Teilen des Reiches die Arzneiversorgung eine schlechtere sei als in Bayern, lediglich bequemer ist sie der Bevölkerung gemacht. Es kann auch nicht bestritten werden, daß sich die Verkehrrsverhältnisse und Verkehrsmittel in einer Weise gebessert haben, daß von einer Gefährdung der Gesundheit durch verspäteten Erhalt der Arzneimittel nicht mehr gesprochen werden kann. Lediglich die Kostenfrage bei der Herbeischaffung der Medikamente könnte schließlich angezogen werden, doch auch diese spielt keine so große Rolle, daß sie ins Gewicht fallen könnte.

Von der Apothekerschaft wird die Existenznotwendigkeit ärztlicher Hausapotheken nicht bestritten, nur muß diese auch gegeben sein, was in vielen Fällen jedoch nicht zutrifft, weshalb auch eine Ueberprüfung dieser Frage vom Staatsministerium seinerzeit angeordnet wurde. Eine Bewilligung zur Führung einer Hausapotheke nur zu verlangen, damit ein Arzt sein Auskommen findet, ist unbillig und würde allmählich zur Vernichtung der Landapotheken führen, ein Umstand, der gewiß nicht im Interesse der Volksgesundheit wäre. Die Notwendigkeit der Hausapotheken in schwer zugänglichen oder regelmäßig von starken Schneefällen heimgesuchten Gegenden wird

nie bestritten, teilweise entbehrt werden könnten sie aber in mit guten Verbindungen versehenen Landstrichen.

Die Apothekerschaft hat genau so wie die Aerzteschaft in erster Linie das Volkswohl im Auge und ist bestrebt, zum Besten dieses seine Kräfte einzusetzen. Notwendig hierfür aber ist ein enges Zusammenarbeiten zwischen den beiden Berufsständen, das aber nur dann sein kann, wenn dem einen wie dem anderen das Lebensrecht gewahrt und zugesprochen wird.

Wir geben zu, daß von seiten der Apotheker Fehler gemacht worden sind, wie auch die Aerzteschaft ihre Fehler eingesehen hat. Daß aber von den Apothekern bereits vor längerem der Anfang zu einem gedeihlichen Zusammenarbeiten gemacht wurde, erweist die Tatsache, daß eine für sämtliche bayerischen Apotheken verbindliche Lieferpreisregelung getroffen wurde, die nicht mehr auf den Einkaufspreisen aufgebaut ist, sondern die amtliche Arzneitaxe zur Grundlage benutzte. Hierdurch werden einerseits die Preise einheitlich festgesetzt, andererseits die unvermeidlichen Differenzen, die sich bei der Berechnung nach den Einkaufspreisen ergaben, vermieden.

Es erübrigt sich deshalb, die Frage des Bezuges vom Großhandel oder von Versandapotheken, der von je ungeseglich war, weiter zu behandeln, jedoch muß dem Wunsche nach der Möglichkeit, auch bei anderen als der vorgeschriebenen Lieferapotheke beziehen zu dürfen, widersprochen werden.

Eine etwas größere oder kleinere Entfernung von der Lieferapotheke selbst, wenn keine direkte Bahn- oder Postverbindung besteht, spielt hier keine Rolle, denn genau so wie die Vollapotheke Vorräte haben muß, muß sie eben eine Hausapotheke auch haben, und sie kann und darf nicht sozusagen von der Hand in den Mund leben.

Ob dann die Belieferung 12 oder 24 Stunden dauert, bleibt sich gleich. Ebenso ist es auch, wenn der Arzt seinen Bedarf mittels Auto selbst holt oder die nahe Großstadt mittels bequemem und billigen Vorortsverkehrs erreichen kann. Die meisten Lieferapotheken sind im allgemeinen doch höchstens 12 bis 15 km vom Sitze des Hausapothekeninhabers entfernt. Die Entfernung der Großstadt beträgt meist etwas mehr, da sich gerade in der Nähe der Großstadt die wenigsten Hausapotheken befinden. Hier dürfte der Wunsch, einen Grund zur Fahrt nach München, das mehr Reize und Anziehungskraft als das Land hat, zu bekommen, der Vater des Gedankens sein, für die Möglichkeit eines Bezuges auch aus anderen als der Lieferapotheke eine Lanze zu brechen.

Da die ärztlichen Hausapotheken einerseits dem Apotheker einen Teil seines Arbeitsfeldes, das ihm durch die Bereitung der Arzneimittel Verdienst bringt, beschneiden, andererseits dem Arzte eine Arbeit aufbürden, die eigentlich nicht in sein Bereich fällt, ist ein neuer Gedanke aufgetaucht, der für beide Teile eine befriedigende Lösung bringen könnte, nämlich die Errichtung von Arzneimitteldepots an Stelle der Hausapotheken. Eine derartige Einrichtung ist allerdings in den gesetzlichen Bestimmungen nicht vorgesehen, ließe sich aber jedenfalls durch einen Ministerialerlaß verwirklichen.

Diese Depots sind in der Weise gedacht, daß ganz nach Wunsch und Bedarf des betreffenden Arztes von seiten der Lieferapotheke Arzneimittel in eigener Zusammensetzung als fertige Medikamente zur Verfügung gestellt würden, und dieses Depot je nach Bedarf immer wieder ergänzt würde. Der Arzt hätte lediglich für das abgegebene Medikament ein Rezept zu schreiben. Die ganze Verrechnung würde durch die Apotheke erfolgen. Alle für den Arzt lästigen Schreibarbeiten würden in Wegfall kommen, ebenso wie die Arbeit der Herstellung der Medikamente, für die ein Arzt mit einigermaßen weitläufiger Praxis sowieso kaum die nötige Zeit findet.

Die Befürchtung, daß bei Einrichtung von derartigen Depots die Rezeptur mit individueller Verordnungsweise noch mehr verdrängt würde wie seither, dürfte wohl kaum sich in die Wirklichkeit verwandeln; denn es wird sich ein vielbeschäftigter Landarzt, wenn er ermüdet von der Praxis heimkommt, nicht noch mit der Anfertigung komplizierter Rezepte beschäftigen wollen, was ihm schließlich auch gar nicht so zu verübeln wäre. Viel eher wird sich der Arzt ihm zusagende gute Rezepte von der beliefernden Apotheke anfertigen und sich ins Depot geben lassen.

Wenn auch die materielle Seite der Frage hier nicht weiter erörtert werden soll, so muß doch angefügt werden, daß auch in dieser Beziehung von seiten der Apothekerschaft ein Modus gefunden wurde, der für beide Teile befriedigend sein dürfte.

Apothekenbesitzer P ü n d t e r,
Sachbearbeiter für Handapotheken.

Zur Frage der „Handapotheke“.

Der Vortrag von Herrn Kollegen Hirtreiter berührt eine Frage, die, in diesem Referat ausgeführt, für 190 Arztsitze in Bayern von lebenswichtiger Bedeutung ist. Da ich früher zehn Jahre selbst Freud und Leid eines Handapothekenbesitzes kennen lernte, möchte ich einige Bemerkungen dazu machen.

Es besteht seit langem die Tendenz, aus einer Einrichtung, die im Interesse einer schlecht versorgten Landbevölkerung geschaffen wurde, einen Zankapfel zwischen Apothekern und Ärzten zu schaffen. Warum eigentlich? Was würde z. B. ein Vollapotheker sagen, wenn man ihm zumuten würde, seinen Laden zu schließen, weil sein Nachbar nicht mehr existenzfähig sei? Warum darf ein Krämer aus seiner „Schrankdrogerie“ Sachen verkaufen, der Arzt im selben Ort nicht? Vielleicht weil letzterer eine bessere Erfahrung in der Pharmazie hat?

So kann das Problem nicht angepackt werden! Entweder dort, wo es nötig ist, ärztliche Handapotheken, die dann ebenso frei in ihrer Bewirtschaftung sind und dieselben steuerlichen und krankenkassenmäßigen Vorteile genießen wie Vollapotheken, oder keines! Ich weiß, wieviel Geld mit Ferngesprächen, mit Porti usw. bei einer Handapotheke hinausgeht, wofür von nirgendher der Ersatz geleistet wird. Darum auch keine Depotlieferung, die dem Arzt zwar die Spesen, dem Apotheker aber den Gewinn zuführt. Man denke auch an den Zeitverlust durch solche indirekte Lieferung in verkehrsarmen Gebieten.

Rein krankensicherungsstechnisch ist auch eine Depotlieferung schlecht durchzuführen (25 Pf. Gebühr bei Mitgliedern, Zuzahlung bei Fh.). Wer soll die Zuzahlung einkassieren? Der Arzt? Er kennt ja den Preis der Lieferung zunächst gar nicht! Und warum soll er den Kassierer für einen dritten machen? — Der Apotheker? Der kommt mit dem Patienten gar nicht zusammen. Es wird ein heillooses Durcheinander geben, besonders weil die Leute oft nicht zahlen können.

Auch sonst gibt es noch Zeitverlust. In einer Handapotheke führt der Arzt seine Mittel. Wie oft kommt es vor, daß Patienten aus der Apotheke zurückkommen mit der Angabe: „Die Medizin ist nicht da, sie muß erst bestellt werden.“ Soll man dazu denn die Leute kilometerweit über Land schicken?

Die Not der Vollapotheken ist anerkanntermaßen oft groß. Man kann ihr aber besser beikommen durch Unterbindung illegalen Hausiererhandels usw. als durch das Abwürgen der Handapotheken!

Noch eines! So angenehm ist es gar nicht, eine Handapotheke zu führen. Wenn man müde heimkommt und soll dann noch seine Recepturen machen, ist das oft bitter. Oder man

muß schnell verreisen. Woher gleich mit einem Vertreter mit Dispensiererlaubnis? Das sind so einzelne Punkte, die ich erwähnen wollte. Daß Kapital in einer Handapotheke steckt, daß man, wenn man eine solche aufgeben muß (Tod, Uebertritt in eine Beamtenstellung) dieses Kapital zum größten Teil einbüßt, sei nur nebenbei bemerkt!

Also: Erhaltung von ärztlichen Handapotheken da, wo schon bisher ein Bedürfnis war. Sollte der Betrieb irgendwo wirklich zu groß werden, dann keine halben Maßnahmen, dann Einrichtung einer Dollapotheke, nicht aber die Depotlieferung!

Dr. Wolfgang Schmidt, Aschaffenburg.

Die zivilrechtliche Haftung des Arztes.

Von Rechtsanwalt Hermann Egli, Bern,
Adjunkt beim Generalsekretariat Schweiz. Aerzteorganisationen.

Unter der zivilrechtlichen Haftung des Arztes verstehen wir die Verantwortlichkeit, die ihm in Ausübung seines Berufes gegenüber Klienten oder Drittpersonen für Vermögensschäden erwachsen kann, im Gegensatz zur strafrechtlichen Haftung, die dann gegeben ist, wenn sein Verhalten unter eine Norm des Strafgesetzes fällt.

Die gleiche Handlung kann sowohl die strafrechtliche als auch die zivilrechtliche Haftung des Arztes begründen, beispielsweise die fahrlässige Tötung, die Verletzung der ärztlichen Schweigepflicht usw. In anderen Fällen ist zwar die zivilrechtliche, nicht aber die strafrechtliche Verantwortlichkeit gegeben. So wird zum Beispiel die fahrlässige Körperverletzung regelmäßig die Schadenersatzpflicht des Schuldigen nach sich ziehen, während in verschiedenen Kantonen die fahrlässige Körperverletzung, wenn es sich nicht um schwere Verletzungen handelt, die dauerndes Siechtum oder einen bleibenden Nachteil zur Folge haben, nicht unter Strafe gestellt ist.

Endlich ist es möglich, daß für die gleiche Handlung strafrechtlich die Schuld verneint, zivilrechtlich dagegen bejaht wird. So kann zum Beispiel ein Arzt vom Strafrichter mangels Verschuldens von der Anklage der fahrlässigen Tötung freigesprochen werden, während der Zivilrichter in der gleichen Sache das Verschulden bejaht und den Arzt zu einer Entschädigung an die Hinterlassenen des Verstorbenen verurteilt; denn nach ausdrücklicher Gesetzesvorschrift ist der Zivilrichter bei der Beurteilung der Schuld an eine Freisprechung durch das Strafgericht nicht gebunden.

Welches sind nun die Voraussetzungen und welches ist das Maß der zivilrechtlichen Haftung des Arztes?

Diese Fragen sind nicht unwichtig; denn auch der gewissenhafteste Arzt kann in die Lage kommen, sich gegen Schadenersatzforderungen wehren zu müssen, um so mehr, als man zur Zeit eine gewisse Leichtigkeit feststellen kann, mit welcher solche Entschädigungs- und Genugtuungsansprüche geltend gemacht werden. Es besteht die Tendenz, jede noch so unbedeutende Verletzung und jeden wirklichen oder vermeintlichen Schmerz in Geldeswert umzusetzen, eine Tendenz, die nicht nur bei Haftpflichtprozessen gegenüber Aerzten, sondern ganz allgemein festzustellen ist und die zum großen Teil ihren Grund hat in der wachsenden Bedeutung des Haftpflichtversicherungswesens. Die unbegründetsten und unbescheidensten Ansprüche werden oft geltend gemacht mit dem Hinweis, „der Andere sei ja versichert“. Leider können sich auch viele Gerichte bei der Beurteilung von Haftpflichtprozessen von dieser Vorstellung nicht ganz freimachen, obschon das Bestehen einer Haftpflichtversicherung mit der Frage der Haftbarkeit absolut nichts zu tun hat.

Die Haftung ist entweder eine solche aus Vertrag oder eine solche aus unerlaubter Handlung, je nachdem der Schädigende und der Geschädigte in einem Vertragsverhältnis stehen oder nicht.

Ein Beispiel macht den Unterschied klar: Ein Mieter beschädigt die Mietsache. Diese Handlung ist eine unerlaubte, in erster Linie aber auch eine vertragswidrige, da der Mieter nach Mietvertrag verpflichtet ist, mit der Mietsache mit aller Sorgfalt umzugehen. Der Vermieter wird deshalb seinen Schadenersatzanspruch mit der Verletzung dieser Vertragsbestimmungen begründen.

Bei einer Schlägerei wird eine Person verletzt. Eine vertragswidrige Handlung des Täters liegt hier nicht vor, wohl aber eine unerlaubte, widerrechtliche, nämlich die Verletzung der Vorschrift, ohne Berechtigung die Sicherheit und die körperliche Integrität des Nächsten nicht zu gefährden. Die Klage des Verletzten wird sich auf die Bestimmung des Obligationsrechtes stützen, laut welcher derjenige zum Ersatz des Schadens verpflichtet ist, der einen andern widerrechtlich und schuldhaft (durch „unerlaubte Handlung“) schädigt.

Mit der Uebernahme der Behandlung eines Patienten tritt der Arzt zu diesem in ein Vertragsverhältnis (Auftrag). Der Beauftragte (Arzt) haftet dem Auftraggeber (Patient) vertraglich „für getreue und sorgfältige Ausführung“ der ihm übertragenen Aufgabe. Verleßt der Arzt schuldhaft diese Pflicht, so haftet er dem Patienten aus Vertrag für den erlittenen Schaden.

Verleßt ein Arzt die ihm obliegende Schweigepflicht, indem er sich gegenüber Drittpersonen über die Leiden eines früheren Patienten äußert, so haftet er diesem aus unerlaubter Handlung.

Bei beiden Klagen sind die Voraussetzungen für die Zurechnung der Schadenersatzforderungen dieselben. In beiden Fällen ist notwendig ein schuldhaftes und vertragswidriges, beziehungsweise (bei der Klage aus unerlaubter Handlung) widerrechtliches Verhalten des Arztes und ein dadurch entstandener Schaden.

Für den Geschädigten ist allerdings die Klage aus Vertrag aus zwei Gründen vorteilhafter:

a) Während bei der Klage aus unerlaubter Handlung der Geschädigte das Verschulden des Arztes beweisen muß, wird bei der Klage aus Vertrag, sobald das vertragswidrige Verhalten gegeben ist, das Verschulden präsumiert und es ist dann Sache des Arztes, seine Nichtschuld zu beweisen. Diese verschiedene Beweislastverteilung wird wichtig in den Fällen des Beweisnotstandes.

b) Die Schadenersatzklage aus unerlaubter Handlung verjährt in einem Jahr, diejenige aus Vertrag dagegen erst in zehn Jahren.

In der Praxis ist es so, daß in Haftpflichtprozessen gegenüber Aerzten der Kläger sich sowohl auf Vertrag als auch auf unerlaubte Handlung stützt, indem nach bundesgerichtlicher Praxis der Arzt, der durch fahrlässige Behandlung einen Kranken an seinem Leben, seiner Gesundheit oder körperlichen Integrität schädigt, nicht bloß seine kontraktlichen Pflichten, sondern auch das allgemeine Gebot der Rechtsprechung verletzt, welches Leben und Gesundheit der Bürger gegen schuldhafte, vorsätzliche oder fahrlässige Schädigung unbedingt schützt und derartige Schädigungen jedermann, auch den Aerzten verbietet.

Vier Erfordernisse sind demnach notwendig, um die Haftung des Arztes zu begründen, nämlich:

- a) Objektiv: ein vertragswidriges, beziehungsweise widerrechtliches Verhalten;
- b) subjektiv: ein Verschulden, das heißt Vorsatz oder Fahrlässigkeit;

c) ein Schaden;

d) ein Kausalzusammenhang zwischen dem schuldhaften, vertragswidrigen, beziehungsweise widerrechtlichen Verhalten und dem eingetretenen Schaden.

Fehlt eine dieser Voraussetzungen, dann entfällt die Haftung des Arztes und es ist die Schadenersatzklage abzuweisen.

A. Das vertragswidrige, beziehungsweise widerrechtliche Verhalten und das Verschulden.

Da der Arzt als Beauftragter dem Auftraggeber für getreue und sorgfältige Ausführung des Auftrages haftet, handelt er vertragswidrig, wenn er es an dieser Sorgfalt fehlen läßt.

Um die Haftung des Arztes zu begründen, genügt jedoch nicht, daß sein Handeln ein vertragswidriges, beziehungsweise widerrechtliches sei, sondern es muß außerdem subjektiv in jedem einzelnen Falle auch noch ein Verschulden des Arztes vorliegen, das heißt er muß den Fehler bei der Diagnosestellung oder der Behandlung vorsätzlich oder fahrlässig begangen haben.

Die vorsätzliche, das heißt wissentliche und willentliche Schandenzufügung wird praktisch selten vorkommen und bietet auch rechtlich keine großen Schwierigkeiten.

Wichtiger ist die Frage: Wann handelt der Arzt fahrlässig? Fahrlässigkeit liegt dann vor, wenn der Handelnde des vertragswidrigen schädigenden Erfolges bewußt gewesen wäre, falls er die nötige Sorgfalt angewendet hätte. Wie bestimmt sich das Maß dieser vom Arzte verlangten Sorgfalt? Allgemein wird der objektive Maßstab des ordentlichen Durchschnittsarztes angelegt, das heißt man muß sich in jedem Falle fragen: was hätte der ordentliche Durchschnittsarzt getan, tun müssen oder nicht tun dürfen? Es wird daher dem Arzte zum Verschulden angerechnet, wenn er die Fähigkeiten dieses Normaltypus nicht besitzt. Er kann sich deshalb nicht auf mangelnde Ausbildung, fehlende Übung, zu hohes Alter oder zu große Jugend berufen. Fehlen diese Kenntnisse, dann genügt auch die Aufwendung der äußersten Sorgfalt nicht, um ihn zu exkulpieren. Das Bundesgericht hat erkannt, der Arzt habe dafür einzustehen, daß er die für die Ausübung seines Berufes erforderlichen wissenschaftlichen Kenntnisse besitze, und es liege Verschulden vor, wenn diese Kenntnisse fehlen.

Trotz diesem abstrakten Maßstab sind bei der Beurteilung des Verschuldens die Eigenart des Einzelfalles zu berücksichtigen. Nicht jeder Fehler, den der Arzt begeht, kann ihm zum Verschulden angerechnet werden. Fehlt ein jedes Verschulden, dann handelt es sich rechtlich um einen Zufall, für welchen der Arzt nicht einzustehen hat. Den durch Zufall verursachten Schaden hat der Geschädigte zu tragen. Es wäre also falsch, von einem vorhandenen Schaden stets auf ein Verschulden zu schließen.

Ist z. B. die Stellung einer unrichtigen Diagnose unter allen Umständen ein Fehler des Arztes, der ihm zum Verschulden anzurechnen ist? Das Bundesgericht sagt nein. Eine unrichtige Diagnose könne auch bei sorgfältiger pflichtgemäßer Untersuchung vorkommen, zumal wenn die Diagnose der Natur der betreffenden Erkrankung nach schwer zu stellen sei. Der Patient habe mit der Möglichkeit einer falschen Diagnose, welche die Folge der Unvollkommenheit des menschlichen Wissens und der menschlichen Erfahrung im allgemeinen wie der ärztlichen Kunst im besonderen sei, zu rechnen. Andererseits habe aber der Arzt die Pflicht, die Untersuchung sorgfältig, nach den Regeln der Kunst und dem jeweiligen Stande der Wissenschaft vorzunehmen. Es müsse von ihm verlangt werden, daß er in Zweifelsfällen alle Möglichkeiten ins Auge fasse. Ist die unrichtige Diagnose die Folge unforgfältiger Prüfung des Falles, dann liegt eine schuldhaftige Verletzung der dem Arzte obliegenden Vertragspflichten vor, welche seine Erfas-

spflicht begründet, sofern die übrigen Voraussetzungen ebenfalls gegeben sind.

Nach der herrschenden Gerichtspraxis hat somit der Arzt bei der Stellung der Diagnose die vertragliche Pflicht, die nach den Umständen angezeigten Untersuchungsmethoden anzuwenden.

Dazu gehört insbesondere die Pflicht, gegebenenfalls ein Röntgenbild aufzunehmen oder ausnehmen zu lassen.

Bereits in einem Urteile vom Jahre 1908 hat das Bundesgericht einem Arzte unter anderem die Nichtordnung einer Röntgenaufnahme zum Vorwurf gemacht und ihn zu einer Entschädigung verurteilt. Die Diagnose des betreffenden Arztes war falsch, indem sie auf Distorsion und Kontusion der Schulter, statt auf Luxation lautete.

Ein weiterer Fall, der vom deutschen Reichsgericht beurteilt wurde: Es erleidet einer beim Besteigen der Straßenbahn einen Unfall. Ohne Röntgenuntersuchung stellte der Arzt einen Schenkelbruch fest und behandelt dementsprechend, während in Wirklichkeit Hüftverrenkung vorlag. Das Bein blieb verkürzt. Der Ersatzanspruch gegen den Arzt wurde gutgeheißen. Der Kranke könne verlangen, daß der Arzt alle, auch die entferntesten Verletzungsmöglichkeiten erwäge und die modernsten Untersuchungsmethoden anwende. In der Nichtaufnahme eines Röntgenbildes liege ein schuldhaftes, vertragswidriges Verhalten.

Auch die Nichtvornahme einer bakteriologischen Untersuchung kann dem Arzte zum Verhängnis werden, wie ein neueres Urteil des Bundesgerichtes zeigt. Fünf Kinder einer Familie erkrankten an Diphtherie. Der behandelnde Arzt stellte jedoch eine andere Diagnose und erst ein in der Folge beigezogener weiterer Arzt erkannte die wahre Natur der Krankheit. Zwei von den fünf Kindern starben. Während die kantonalen Instanzen die Schadenersatzforderungen gegen den Arzt abwiesen, hat das Bundesgericht die Klage teilweise gutgeheißen. Der Arzt habe die ihm obliegende Sorgfaltspflicht verlehrt, weil er nicht auf Diphtherie schloß, obschon die typischen Erscheinungen dieser Krankheit vorhanden gewesen seien, und weil er nicht eine bakteriologische Untersuchung vorgenommen habe oder durch ein Spezialinstitut habe vornehmen lassen.

In einem anderen Entscheide hat das Bundesgericht die Haftung eines allgemein-praktizierenden Arztes verneint, der bei einer Patientin in zutreffender Weise Syphilis feststellte und die Erkrankung des linken Auges der Patientin ebenfalls als syphilitische Erscheinung taxierte, was sich in der Folge als unrichtig erwies. Das Gericht erkannte, die unrichtige Diagnose sei nicht auf mangelnde Sorgfalt des Arztes zurückzuführen. Es verneinte eine Pflicht des allgemein-praktischen Arztes, in einem solchen Falle den Patienten an einen Spezialarzt zu weisen. Das eidgenössische Arztdiplom gestatte jedem Arzt die Behandlung aller Krankheiten. Das Bestehen einer derartigen Pflicht könne nur in Ausnahmefällen angenommen werden.

Aus dieser in den erwähnten Gerichtsentscheiden ausgesprochenen Pflicht, die Untersuchung nach den Regeln der Kunst und dem jeweiligen Stand der Wissenschaft vorzunehmen, folgt die Pflicht des Arztes, sich weiterzubilden und der fortschreitenden Entwicklung der medizinischen Wissenschaft zu folgen, und ein Verbot, sich über die Methoden der Schulmedizin, die sich bewährt haben, hinwegzusetzen.

Dies hat das deutsche Reichsgericht in einem neuen Entscheide festgestellt: Ein Syphiliskranker trat in die Behandlung eines nach dem Naturheilverfahren praktizierenden Arztes. Dieser nahm keine methodische Untersuchung vor und stellte erst nach längerer Behandlung Syphilis fest. Der Patient drang in allen Instanzen mit der Schadenersatzklage durch, weil es

der Arzt unterlassen hatte, die in der ärztlichen Wissenschaft üblichen Mittel und Methoden anzuwenden, insbesondere auf Spirochäten zu untersuchen, da dann die Feststellung syphilitischer Erkrankung und eine Frühheilung möglich gewesen wäre. „Mochte der Arzt“, sagt das Reichsgericht, „auch auf einem von der Schulmedizin abweichenden Standpunkt stehen, so mußte er sich doch vergegenwärtigen, daß nur eine geringe Minderheit der ärztlichen Theoretiker und Praktiker auf seinem Boden steht und daß die Methode der Schulmedizin sich auf diesem Gebiete im wesentlichen bewährt hatte.“

Der Arzt kann aber auch bei der Behandlung Fehler begehen, die ihm als Vertragsverletzung angerechnet werden, sei es, daß er eine Nachlässigkeit begeht, die mit seiner Sachverständigentätigkeit nichts zu tun hat, sei es, daß er einen sogenannten „Kunstfehler“ begeht. Unter „Kunstfehler“ versteht man ein Handeln gegen die anerkannten Regeln der medizinischen Wissenschaft. Es bleibt also auch hier nicht jedem einzelnen überlassen, beliebig von feststehenden Regeln der Schulmedizin abzuweichen, weil er sie für falsch hält. Solange jedoch der Streit der Meinungen über eine Behandlungsart nicht abgeschlossen ist, wird man dem Arzt keinen Vorwurf machen können, wenn er eine andere Behandlungsart wählt. Ist der Kunstfehler auf eine Fahrlässigkeit des Arztes zurückzuführen, so ist seine Haftung gegeben.

Als solche Kunstfehler sind unter anderem durch Gerichtsurteile bezeichnet worden: die Anlegung eines Gipsverbandes ohne jede Polsterung und die Nichtabnahme des Verbandes, nachdem sich prägnante Symptome einer Konstriktion zeigten; das Nichteinsetzen des Filters oder das Einsetzen eines zu schwachen Filters bei Röntgenaufnahmen; die Ausführung einer technisch sehr schweren Operation ohne Assistenz usw.

Ein relativ häufig vorkommender Fall ist das Zurückbleiben eines Fremdkörpers in der Operationswunde. Ob ein Verschulden vorliegt, beurteilt sich nach dem Einzelfalle. Das Verschulden fehlt, wenn trotz Anwendung der Sorgfalt eines gewissenhaften Operateurs dieses Mißgeschick eintreten konnte. In einem Urteile des deutschen Reichsgerichtes wird gesagt, es könne in diesem Falle im Zurückbleiben eines Fremdkörpers ein Verschulden nicht erblickt werden, da es kein sicheres Mittel gebe, das Zurückbleiben unter allen Umständen zu verhindern. Es könne auch dem gewissenhaftesten Arzte passieren, daß er einen Fremdkörper zurücklasse, insbesondere dann, wenn wegen drohender Lebensgefahr die schnelle Schließung der Operationswunde nötig sei.

Ein neueres Urteil: Bei der Resektion einer Rippe bricht ein Stück der Operationschere ab und bleibt im Körper des Operierten zurück. Der Arzt hat dies sofort bemerkt, sucht nach dem Scherestück, kann es aber nicht finden. Wegen Lebensgefahr muß er die Wunde schließen. Nach längerer Zeit wird die Lage des Fremdkörpers festgestellt und operativ entfernt. Die Schadenersatzklage gegen den Arzt wurde in allen Instanzen mangels Verschuldens abgewiesen.

Nachfolgend noch einige Entschiede über die Verschuldensfrage, wobei natürlich zu bemerken ist, daß jeder neue Fall wieder anders geartet ist:

Einem Arzte wurde vorgeworfen, er habe den Einschnitt in einen eiternden Finger nicht tief genug geführt. Die Eiterung griff deshalb weiter um sich und hatte den Verlust des Armes zur Folge. Die Haftpflicht des Arztes wurde bejaht.

Ein fünfjähriges Kind erlitt einen Bruch der rechten Oberarmes ohne Splitterbildung und ohne Hautverletzung. Der Arzt legte einen kunstgerechten Verband an und übergab das Kind der Pflege der Mutter, mit der Weisung, es sofort wieder zu bringen, sobald Schmerzen sich einstellten, sonst nach acht

Tagen. Das Kind klagte alsbald über Schmerzen, die Mutter brachte es aber erst nach sieben Tagen zum Arzt. In der Folge mußte der Arm amputiert werden. Das Gericht erblickte die Fahrlässigkeit des Arztes darin, daß er sich mit der Weisung begnügte, bei Auftreten von Schmerzen das Kind wieder zu bringen. Er habe mit dem Unverstand unerfahrener Leute rechnen können. Es sei deshalb strenge ärztliche Pflicht, einen bei frischem Knochenbruch angelegten Verband nach spätestens 24 Stunden persönlich zu revidieren.

Hier kann man bereits von einer Ueberspannung der ärztlichen Sorgfaltspflicht sprechen.

Nach einer Zangengeburt zeigte sich, daß das rechte Auge des Kindes samt einem Stück des Sehnerves abgerissen war, indem wahrscheinlich eine Verletzung durch die Zangenspitze vorlag. Ein Verschulden des Arztes wurde verneint, denn er könne auch bei größter Vorsicht nicht genau bestimmen, wohin der Zangenlöffel zu liegen komme.

Auch die Unleserlichkeit von Rezepten kann natürlich die Haftung des Arztes begründen, nämlich dann, wenn ein Schaden entstanden ist, der im Kausalzusammenhang mit der Unleserlichkeit des Rezeptes steht. In Norwegen gibt es seit noch nicht langer Zeit ein Gesetz, laut welchem alle Aerzte, die ihre Rezepte nicht in allgemein verständlicher Form mit deutlicher Handschrift aufschreiben und lesbar unterzeichnen, mit Gefängnis bis zu drei Monaten bestraft werden können, gleichgültig, ob ein Schaden entstanden ist oder nicht.

Eine ärztliche Handlung kann widerrechtlich und schuldhaft sein und daher die Schadenersatzpflicht des Arztes begründen, trotzdem dieser durchaus im Einverständnis mit dem Patienten und seinem Auftrage gemäß vorgeht. Leben, körperliche Integrität, Gesundheit sind Rechtsgüter des Menschen, ihre Verletzung ist somit widerrechtlich. Dem ärztlichen Eingriff in die körperliche Integrität eines Patienten wird durch dessen Zustimmung diese Widerrechtlichkeit genommen. Diese Zustimmungsmöglichkeit ist jedoch beschränkt; denn niemand kann sich seiner Freiheit, seiner Persönlichkeit entäußern oder sich in ihrem Gebrauch in einem das Recht oder die Sittlichkeit verletzenden Grade beschränken. Das Gesetz schützt somit den Menschen vor seinen eigenen Handlungen. So kann auf das Leben nicht verzichtet werden. Ebenso wenig auf die körperliche Integrität. Ein Verzicht auf die körperliche Unversehrtheit ist nur gestattet, wenn damit das höhere Gut des Lebens gerettet werden soll, wie z. B. bei einer Operation. Es gibt deshalb keine rechtsgültige Einwilligung zur Tötung oder zur Selbstverstümmelung. Ein Arzt, der solche Handlungen mit Zustimmung des Patienten vornimmt, handelt rechtswidrig und ist daher Schadenersatzpflichtig.

Ein Beispiel aus der deutschen Gerichtspraxis:

Eine junge Frau verlangt von ihrem Zahnarzt, daß er ihr 22 Zähne und Zahnwurzeln ziehe. Von den Zähnen sind fünf völlig gesund, sechs leicht kariös und durch Füllungen noch zu erhalten. Die Frau will aber statt der großen, häßlichen kleine, weiße Zähne haben und besteht auf der Entfernung, obwohl ihr gesagt wird, daß die elf Zähne keineswegs gezogen werden müßten. Der Zahnarzt fügt sich. Später bereut die Frau den Verlust, klagt auf Schadenersatz und dringt durch. Für den Arzt ist daher gegenüber den Wünschen der Klienten die größte Vorsicht am Platze.

Es erhebt sich noch die Frage, ob durch Vereinbarung zwischen Arzt und Patient die Haftung des Arztes zum voraus ausgeschlossen oder vermindert werden kann. Da ist zu sagen, daß nach schweizerischem Obligationsrecht eine zum voraus getroffene Verabredung, wonach die Haftung für rechtswidrige Absicht und grobe Fahrlässigkeit ausgeschlossen sein soll, nichtig

ist. Aber auch zum voraus erklärter Verzicht auf Haftung für leichte Fahrlässigkeit kann der Richter nach Ermessen als nichtig betrachten, wenn die Verantwortlichkeit aus dem Betriebe eines obrigkeitlich konzessionierten Gewerbes folgt. Da man wohl auch den Beruf eines Arztes als konzessioniertes Gewerbe im Rechtsinn ansehen muß, wird ein zum voraus erklärter Verzicht des Patienten auf die Haftbarmachung des Arztes stets nichtig sein, d. h. der Arzt haftet stets für jedes Verschulden.

B. Der Schaden.

Als dritte Voraussetzung für die Haftung des Arztes muß der Schaden vorhanden sein, sei es ein Vermögensschaden (wie vermehrte Arztkosten, verminderte Arbeitsfähigkeit, Verlust des Versorgers), sei es ein immaterieller Schaden (physische und seelische Schmerzen), „tort moral“.

C. Kausalzusammenhang.

Endlich muß zwischen der Fahrlässigkeit des Arztes und dem eingetretenen Schaden ein Kausalzusammenhang bestehen. Dieser ist vorhanden, wenn ohne das fahrlässige Verhalten des Arztes die Schädigung nicht eingetreten wäre. Dieser Begriff des Kausalzusammenhanges ist jedoch für das Haftpflichtrecht nicht brauchbar, weil er, obgleich er logisch durchaus richtig ist, viel zu weit geht. Kausalität im Rechtsinne ist dann vorhanden, wenn die in Betracht fallende fahrlässige Handlung nach menschlichem Ermessen geeignet war, einen solchen Erfolg zu zeitigen.

Zwei Beispiele:

Ein Arzt begeht einen Kunstfehler, der bei einem normalen Kranken unschädlich wäre, der bei dem in Frage stehenden Patienten, weil er nicht von normaler Körperbeschaffenheit ist, zum Tode führt. Hier besteht ein ursächlicher Zusammenhang, denn mit einer abnormalen Körperbeschaffenheit muß gerechnet werden.

Ein Arzt nimmt einen fehlerhaften operativen Eingriff vor, der zur Folge hat, daß der Patient in ein Krankenhaus überführt werden muß. Das Krankenhaus brennt ab und der eingelieferte Kranke findet dabei den Tod. Hier fehlt zwischen der fahrlässigen Handlung des Arztes und dem Tode des Patienten ein Kausalzusammenhang im Rechtsinne, weil da mitwirkende Umstände sind, mit denen niemand rechnen konnte.

Es ist jedoch nicht notwendig, daß die Fahrlässigkeit des Arztes die einzige Ursache des Schadens bilde, sondern die Kausalität besteht auch dann, wenn noch andere Umstände mitgewirkt haben, vorausgesetzt, daß die Fahrlässigkeit eine der den Erfolg bedingenden Ursachen war.

Die Feststellung der Kausalität kann in einzelnen Fällen die größten Schwierigkeiten bieten. Es ist zum Beispiel oft nicht leicht, festzustellen, ob ohne den Kunstfehler des Arztes der Tod des Patienten nicht gleichwohl eingetreten wäre.

Das Bundesgericht vertritt die Auffassung, daß ein strikter Beweis für die Kausalität, der sehr oft nicht zu erbringen ist, nicht notwendig sei, sondern daß die überwiegende Wahrscheinlichkeit des Kausalzusammenhanges genügt. In dem bekannten Entschiede der Züricher Aerztin, die von einem Patienten wegen angeblich erlittener Röntgenverbrennungen verurteilt wurde, führte das Bundesgericht aus:

„Die Gewißheit über den Eintritt einer Tatsache, die der Beweis dem Richter zu verschaffen bestimmt ist, darf nicht mit dem absoluten Ausschluß jeder anderen Möglichkeit indentifiziert werden. Es muß schon genügen, wenn der Richter in Fällen, wo ein direkter Beweis nicht geführt werden kann, die Ueberzeugung gewonnen hat, daß die überwiegende Wahrscheinlichkeit für den behaupteten Kausalverlauf spricht und daß nach der Erfahrung des Lebens jede daneben an sich bestehende

Möglichkeit eines andern Kausalverhalts derart überwiegt, daß vernünftigerweise an eine andere Verursachung nicht wohl zu denken ist.“

Wenn der Kläger das Vorhandensein eines vertragswidrigen Verhaltens, eines erlittenen Schadens und des Kausalzusammenhangs zwischen diesem Verhalten und dem Schaden bewiesen hat, und wenn dem Arzte der Beweis dafür, daß ihm kein Verschulden treffe, mißlungen ist, dann ist die grundsätzliche Ersatzpflicht gegeben.

Nach welchen Grundsätzen wird die Höhe der Schadenersatzforderung berechnet?

Art und Größe des Ersatzes bestimmt der Richter, der hiebei sowohl die Umstände als die Größe des Verschuldens zu würdigen hat. Dem freien Ermessen des Richters ist somit der weiteste Spielraum gelassen.

Tritt insolge der fehlerhaften Behandlung der Tod des Patienten ein, so sind die entstandenen Kosten, insbesondere diejenigen der Bestattung zu ersetzen. Ist der Tod nicht sofort eingetreten, so muß namentlich für die Kosten der versuchten Heilung und für die Nachteile der Arbeitsunfähigkeit Ersatz geleistet werden. Haben andere Personen ihren Versorger verloren, so ist ihnen dafür Ersatz zu leisten.

Körperverletzungen, Gesundheitsstörungen geben dem Verletzten Anspruch auf Ersatz der Kosten sowie auf Entschädigung für die Nachteile gänzlicher oder teilweiser Arbeitsunfähigkeit, unter Berücksichtigung der Erschwerung des wirtschaftlichen Fortkommens. Dabei ist zu bemerken, daß das Bundesgericht auf dem Boden der abstrakten Berechnung des durch die Arbeitsunfähigkeit entstehenden Schadens steht, das heißt die Ersatzpflicht ist gegeben, sobald medizinisch eine Einbuße in der Erwerbsfähigkeit vorhanden ist, gleichgültig, ob die Verminderung der Erwerbsfähigkeit sich in einer sofortigen Herabsetzung des vom Verletzten bisher erzielten Einkommens äußert oder nicht.

Sowohl bei Tötung als auch bei Körperverletzung kann der Richter unter Würdigung der besonderen Umstände dem Verletzten oder den Angehörigen des Verstorbenen für den erlittenen immateriellen Schaden (seelischer oder physischer Schmerz) eine Geldsumme als Genugtuung („Schmerzensgeld“) zubilligen.

Mehr als die genannten Forderungen kann der Richter nicht zusprechen, denn diese Aufzählung ist eine abschließende, wohl aber in der Regel weniger. Denn nach dem Gesagten hat der Richter bei der Festsetzung der Ersatzsumme das Maß des Verschuldens zu berücksichtigen. Ist das Verschulden des Arztes nur ein geringes, dann ist die Schadenersatzsumme entsprechend zu ermäßigen.

Als weiteren Grund für eine Reduktion oder eventuell für eine gänzliche Aufhebung der Ersatzpflicht sieht das Gesetz vor: die Einwilligung des Geschädigten in die schädigende Handlung sowie den Umstand, daß der Geschädigte auf die Entstehung oder Verschlimmerung eingewirkt oder die Stellung des Ersatzpflichtigen sonstwie erschwert hat.

Es darf also vom Verletzten verlangt werden, daß er diejenigen Maßregeln trifft, welche die Beseitigung oder die Verminderung des Schadens zur Folge haben und deren Vornahme man von einem vernünftigen Menschen in seinem eigenen Interesse erwarten darf. In der Weigerung, sich einer Operation oder einer Spitalsbehandlung zu unterziehen, kann deshalb unter Umständen ein solcher Herabsetzungsgrund erblickt werden.

Wie weit allerdings dem Verletzten in diesem Sinne eine Operation zugemutet werden darf, ist eine andere Frage. Sicher darf man von ihm nicht verlangen, daß er sich einer jeden Operation unterziehe, auch wenn dadurch mit größter Sicherheit die Vermeidung oder Beseitigung des Schadens zu erwarten ist. Außer der Aussicht auf Erfolg muß auch die Schmerzhaftigkeit

und Gefährlichkeit der Operation in Berücksichtigung gezogen werden. Die schweizerische Gerichtspraxis steht auf dem Standpunkt, daß auch hier vom Verletzten das Verhalten eines vernünftigen Menschen verlangt werden könne. In einem Entscheide hat das Bundesgericht die Regel aufgestellt, „daß eine schwere, gefährliche oder sehr schmerzhaft Operation oder eine solche, die nur einen verhältnismäßig geringen Erfolg verspreche, dem Verletzten nicht zugemutet werden könne und daß auf die persönlichen, insbesondere auch die physischen Verhältnisse des Verletzten gebührend Rücksicht genommen werden müsse.“ Sie könne dagegen zugemutet werden, „wenn der Eingriff nach sachmännlichem Besinden einen sicheren Erfolg verspricht und nicht mit besonderen Schmerzen und Gefahren verbunden ist.“

Noch einige Worte über die Haftung des Arztes für die Handlungen seines Hilfspersonals.

Hier gilt die Vorschrift des Artikels 101 O. R., welche bestimmt, daß derjenige, welcher die Erfüllung einer Schuldspflicht oder die Ausübung eines Rechts aus einem Schuldverhältnis, wenn auch besugterweise, durch Hilfspersonen, wie Hausgenossen, Arbeiter oder Angestellte vornehmen läßt, für jeden Schaden haftet, den diese Hilfspersonen in Ausübung ihrer Verrichtungen verursachen.

Die Haftung ist somit eine äußerst weitgehende. Der Arzt, der gewisse Handlungen durch Hilfspersonal, sei es durch einen Assistenten, durch eine Kranken- oder Röntgenschwester, durch seine Ehefrau usw., vornehmen läßt, haftet für diese Handlungen, wie wenn es seine eigenen wären. Diese Haftung kann zum voraus nur für leichtes Verschulden der Hilfspersonen wegbedungen werden.

Davon zu unterscheiden ist der Fall der Substitution, wo der Arzt den erhaltenen Behandlungsauftrag einem Kollegen überträgt, der nicht in einem Anstellungsverhältnis zu ihm steht. War der Arzt zur Substitution berechtigt, dann haftet er nur für gehörige Sorgfalt bei der Wahl und Instruktion des Dritten. War er dagegen zur Uebertragung der Behandlung nicht befugt, dann haftet er für die Handlungen des Dritten, wie wenn es seine eigenen wären.

(Schweiz. Aerztezeitung Nr. 35/1934.)

Was das Aufbaugesetz den Krankenkassen gibt und nimmt.

Von B. Kühne, Senatspräsident im Reichsversicherungsamt.

Wie die Begründung zum Aufbaugesetz vom 5. Juli 1934 unzweideutig erkennen läßt, bleiben einmal die verschiedenen Zweige der Reichsversicherung in ihrer Eigenart grundsätzlich erhalten, sodann aber auch die Träger der Krankenversicherung in ihren Arten und die einzelnen Krankenkassen als selbständige Körperschaften, denen die Durchführung der Krankenversicherung obliegt, soweit es sich nicht um Gemeinschaftsaufgaben handelt. Ausdrücklich bleibt namentlich ihre wirtschaftliche Selbstverantwortung unberührt und auch die Aufsichtsbehörde soll diese, wie überhaupt das Eigenleben der Versicherungsträger, nicht unnötig einengen. Unberührt geblieben ist ferner die in den §§ 406, 414 RVO. den Kassen gegebene Möglichkeit, sich zu Kassenverbänden und Kassenvereinigungen zusammenzuschließen. Gerade den letzteren, denen in der Gesetzgebung der Nachkriegszeit gewisse öffentlich-rechtliche Aufgaben übertragen waren, stellt die Anlage zur Begründung des Aufbaugesetzes das Zeugnis aus, sie hätten, obgleich nur privat-rechtliche Vereine, sowohl in ihren Spitzen wie in den Landes- oder Provinzialstellen eine große Bedeutung erlangt und ein reges Leben entfaltet. Sie hätten einem starken Bedürfnis entsprochen, das gerade aus der großen Zersplitterung der Versicherungsträger hervorging. Diese zu

beseitigen ist zwar, wie der Vorpruch zum Aufbaugesetz sagt, das Ziel des Gesetzgebers, aber damit werden auch weiterhin freiwillige Zusammenschlüsse der Krankenkassen im Sinne der §§ 406, 414 RVO. weder unstatthoft noch entbehrlich. Gerade auch der Runderloß des Reichsarbeitsministers vom 5. Januar 1935 betr. die Ueberführung der Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherung auf die Landesversicherungsanstalten (DOK. 1935 S. 55) greift immer wieder auf die Kassenspitzenverbände als die berufenen Vertreter der Krankenkassen zurück. Wenn es auch im Zuge der Entwicklung liegt, daß hier und da zur Vereinfachung und Verbilligung der Verwaltung und zur Stärkung der Leistungsfähigkeit mehrere Krankenkassen vereinigt werden, wie dies z. B. schon in Groß-Berlin und in Thüringen geschehen ist, so ist im ganzen doch festzustellen, daß die Stellung der bisherigen Träger der Krankenversicherung und ihrer Organisationen in der künftigen Sozialversicherung nicht nur unerfüllt, sondern gerade durch die organisatorischen Maßnahmen des Aufbaugesetzes verstärkt erscheint.

Freilich bringt das Aufbaugesetz den Krankenkassen schmerzlich empfundene Gebietsverluste. Es ist vollkommen zu verstehen, daß gerade eine von hohem Pflichtgefühl erfüllte Kassenverwaltung, die diese oder jene der Genesung oder der Krankheitsverhütung dienende Einrichtung mit besonderer Liebe pflegte, sie ungern in andere Hände gibt. Nicht anders steht es, um ein weiteres Beispiel zu nennen, mit den vielfach bewährten Prüfungseinrichtungen der Kassenverbände. Aber auch in solchen Fällen darf nicht vergessen werden, daß die Versicherungsträger und ihre Organisation nicht Selbstzweck sind, sondern sich, wie es ja auch geschieht, der auf das Wohl der Gesamtheit gerichteten höheren Einsicht des Gesetzgebers fügen müssen. Ohne Opfer kann es dabei nicht abgehen. Sie tragen aber, wie jedes rechte Opfer, einen Gewinn in sich, hier die straffere Konzentration auf die noch verbliebenen Ausgaben, und diese sind nicht gering, ja sie sind das eigentliche ursprüngliche Arbeitsgebiet der Krankenkassen, in dessen Mittelpunkt von jeher die Krankenhilfe, ausgelöst durch den Eintritt des Versicherungsfalles der Krankheit, steht. Insofern und ferner auf dem Gebiete der Wochenhilfe bleibt die Tätigkeit der Krankenkassen grundsätzlich unberührt.

Unter den Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherung, die nunmehr den Landesversicherungsanstalten übertragen sind, hat die in der Dritten Verordnung zum Aufbau der Sozialversicherung vom 18. 12. 1934 (DOK. 1935 S. 21) zuerst genannte, nämlich der Betrieb von Heilanstalten, Erholungs- und Genesungsheimen und ähnlichen Einrichtungen — z. B. elektrophysikalische Institute und dergleichen — die unmittelbarste Beziehung zu der von den Krankenkassen nach wie vor zu gewährenden Krankenhilfe, deren möglichst vollkommener Verwirklichung jene Anstalten dienen. Dieser Zweck soll durch die Einbeziehung in den Kreis der Gemeinschaftsaufgaben noch vollständiger erreicht werden, insofern als diese Einrichtungen, die bisher nur verhältnismäßig wenige Kassen schaffen konnten, nunmehr der Gesamtheit der Versicherten zugute kommen. Grundsätzlich bleibt die Bewilligung der einzelnen Kuren der Krankenkasse überlassen, während die Landesversicherungsanstalt die Einweisung in die geeignete Anstalt vornimmt. Eine Enteignung der Krankenkassen in Bezug auf diese Einrichtungen ist nicht vorgesehen. Die Landesversicherungsanstalt übernimmt zunächst lediglich die Betriebsführung, wobei die Beziehungen zu der Eigentümerkasse durch privatrechtliche Vereinbarung — Miet- oder Pachtvertrag, gelegentlich auch Kaufvertrag — zu regeln sind. An diesen Vereinbarungen ist nach Anordnung des Reichsarbeitsministers allgemein der jeweils zuständige Kassenspitzenverband, überwiegend demnach der Reichs-

verband der Ortskrankenkassen, zu beteiligen. Die Landesversicherungsanstalt übernimmt grundsätzlich alle bisherigen Anstalten dieser Art in ihre Verwaltung, nicht etwa nur die besonders brauchbaren, wobei die Landesversicherungsanstalt sich schlüssig werden muß, welche Anstalten sie dauernd in Betrieb nimmt, und was mit den anderen zu geschehen hat, und zwar wiederum unter Beteiligung des betreffenden Kassenspitzenverbandes. Die Landesversicherungsanstalt führt den Betrieb der genannten Anstalten für die Kassen ihres Bezirks. Diese beteiligen sich an den Kosten nach einem noch festzulegenden Schlüssel, und zwar nach ausdrücklicher Anordnung des Reichsarbeitsministers mit der Maßgabe, daß dadurch alle mit der Betriebsführung bei angemessener Belegung verbundenen Kosten — einschließlich der Verpflegungskosten — gedeckt werden. Die Kosten der Pflegefälle für ihre in eine derartige Anstalt eingewiesenen Versicherten kann sich die einzelne Kasse auf ihren Umlageanteil anrechnen. Wenn man bedenkt, daß bisher vielfach solche Einrichtungen der sie tragenden Kasse durch hohe Belastung und Unmöglichkeit wirtschaftlicher Ausnutzung Sorgen machten, so erscheint die neue Regelung in solchen Fällen als ein unmittelbarer Vorteil für die Kassen. Im übrigen ist es zulässig und nicht selten geboten, daß die Landesversicherungsanstalt geeignete Anstalten den Kassen ausnahmsweise zu eigenem Betrieb überläßt und auch die Benutzung von Werks- und anderen kassenfremden Heimen gestattet.

Auf den Anstaltsbetrieb als Gemeinschaftsaufgabe wurde vorstehend näher eingegangen, weil die damit verbundenen Fragen zur Zeit besonders brennend sind, ferner aber auch, weil gerade auf diesem umstrittenen Gebiete deutlich wird, daß die Krankenkassen als die ursprünglichen Träger der Krankenversicherung viel weniger verlieren, als es zunächst scheinen mochte, dafür aber manchen Vorteil eintauschen.

Was die vorbeugende Gesundheitsfürsorge und die Beteiligung an den Aufgaben der Bevölkerungs- und Gesundheitspolitik als Gemeinschaftsaufgabe anbetrifft, so handelt es sich um eine Betätigung, die zwar wichtig, aber der Krankenversicherung als solcher nicht unbedingt wesenhaft ist. § 363 RVO. zieht ja auch in seiner jetzigen Fassung: Verwendung von Mitteln der Kasse „für Zwecke der besonderen oder allgemeinen Krankheitsverhütung“ hier immer noch verhältnismäßig enge Grenzen. Im übrigen würden die Kräfte und Mittel der einzelnen, namentlich kleineren Krankenkassen nicht hinreichen, um gerade diesem immer größere Bedeutung gewinnenden, auf weite Ziele gerichteten Aufgabenkreise gerecht zu werden. Räumlich gesehen, handelt es sich hier in erster Linie nicht um ein lokales Problem, sondern um Bestrebungen, die letzten Endes dem Volksganzen dienen und deshalb größere Bezirke erfassen müssen. Gelingt es aber im Rahmen dieser Gemeinschaftsaufgabe die zersplitterten Kräfte zu sammeln und als Ganzes einzusetzen, so werden die einzelnen Krankenkassen den Erfolg dieser Gemeinschaftsarbeit in absehbarer Zeit in Gestalt einer fühlbaren Erleichterung des von ihnen zu tragenden Versicherungsrisikos empfinden.

Ähnlich liegt es auch bei der gemeinsamen Verwaltung der Rücklagen durch die Landesversicherungsanstalt, deren Bildung und Auffüllung, ebenso wie die Anlage der einzelnen Kasse bisher häufig eine Last war. Auch bei Niedrighaltung des Rücklagebetrages ist nunmehr der Zweck der Rücklage stärker gesichert, als zuvor.

Einen Vorteil wird zweifellos auch die Regelung des vertrauensärztlichen Dienstes als Gemeinschaftsaufgabe den einzelnen Krankenkassen bringen. Hier wird durch einheitliche und straffe Ausgestaltung dieser Einrichtung nach zeitlichen Gesichtspunkten für alle Beteiligten, die Versicherten,

die Ärzteschaft und nicht zuletzt die Krankenkassen viel zu gewinnen sein. Einstweilen ist im übrigen die bisherige Form des vertrauensärztlichen Dienstes noch beizubehalten. Gerade hier würde Ueberstürzung Schaden und die Gefahr mit sich bringen, daß schon Erreichtes zerschlagen wird. Eine allgemeine Regelung dürfte immerhin in nicht allzuferner Aussicht stehen.

Während hinsichtlich der Verwaltung der Gemeinlast als Gemeinschaftsaufgabe nähere Ausführungsbestimmungen noch abzuwarten sind, ist die letzte Gemeinschaftsaufgabe, die Prüfung der Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsführung der Krankenkassen und Kassenverbände schon jetzt viel erörtert. Grund für die Einbeziehung dieses Gebietes in die Gemeinschaftsaufgaben ist, wie der Reichsarbeitsminister betont, die Notwendigkeit der Durchführung der Prüfung durch amtliche Stellen, welche Eigenschaft die Kassenvereinigungen als bisherige Träger der Prüfungseinrichtungen nicht haben. An ihre Stelle tritt die Landesversicherungsanstalt. In der Sache selbst soll sich nichts Wesentliches ändern, und auch das gesamte Personal der bisherigen Prüfungseinrichtungen wird, wie der Reichsarbeitsminister erwartet, grundsätzlich übernommen, weil auf seine besondere Sachkunde nicht verzichtet werden kann. Darin liegt zugleich eine Anerkennung dessen, was dieses Personal schon in dem bisherigen Rahmen geleistet hat, und damit überhaupt der Tätigkeit der bisherigen Prüfungseinrichtungen der Kassenvereinigungen. Einstweilen sind ohnehin die Prüfungen in der bisherigen Form noch weiterzuführen, bis die Uebernahme als Gemeinschaftsaufgabe durchgeführt ist. Allgemeine Bestimmungen für die endgültige Regelung bleiben abzuwarten. Erst später wird sich herausstellen, inwieweit auch in diesem Punkt die gesetzliche Neuordnung den Krankenkassen nicht nur das gewährleistet, was sie bisher hatten, sondern darüber hinaus Vorteil bringt.

Mögen die Krankenkassen auf diesen Gebieten vorläufig wenigstens überwiegend die Gebenden sein oder scheinen — in manchen Beziehungen ist ohnehin schon jetzt ein Gewinn nicht zu verkennen —, so ist die im Ausbaugesetz vorgesehene Regelung darauf bedacht, ihre Stellung der Landesversicherungsanstalt als neuen Träger der Krankenversicherung gegenüber zu befestigen und enge Wechselbeziehungen herzustellen. Dabei ist zu bedenken, daß die Landesversicherungsanstalt nicht das bisherige, auf die Invalidenversicherung beschränkte Gebilde ist, sondern der besondere Typ eines Versicherungsträgers höherer Ordnung, dessen sich der Gesetzgeber als festen Stützpunkt für den Aufbau der Sozialversicherung bedient. So ist es natürlich und folgerichtig, daß dieser neugeschaffene Versicherungsträger, der die alte Landesversicherungsanstalt als Teil einschließt, auch den Krankenkassen seines Bezirks gegenüber eine in manchen Beziehungen richtunggebende Stellung hat. Nicht nur ernannt der Leiter der neuen Landesversicherungsanstalt bei den Ortskrankenkassen den Leiter und kann dem Versicherungsamt bei der Aufsicht über die Krankenkassen Weisungen geben, wenigstens soweit er Landesbeamter ist, sondern die Krankenkassen unterstehen unmittelbar den Weisungen der Landesversicherungsanstalt, soweit es sich um die Durchführung von — örtlichen — Aufgaben der Invalidenversicherung, die den Kassen übertragen werden können, — ferner von Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherung handelt. Indem die Krankenkassen der Landesversicherungsanstalt Hilfsstellung leisten, wird gerade die neugeschaffene engere organische Verbindung zwischen beiden deutlich erkennbar.

Geht so ein starker Einfluß und Antrieb von der neuen Landesversicherungsanstalt auf die Krankenkassen aus, so sind diese auf der anderen Seite in die Lage versetzt, bei der Verwaltung der Landesversicherungsanstalt ein gewichtiges Wort mitzu-

reden. Zunächst ist es durch die Natur der Sache geboten, daß zu der bisherigen Abteilung „Invalidenversicherung“ bei der Landesversicherungsanstalt als vollkommen gleichwertiger Faktor eine Abteilung „Krankenversicherung“ hinzutritt. Aus kleinen Anfängen wird sie mit ihren Aufgaben zweifellos bald wachsen und so auch äußerlich das Gleichgewicht zu der älteren Sparte herstellen. Ueber beiden Abteilungen steht der Leiter der Landesversicherungsanstalt. Regelmäßig aber wird die Abteilung „Krankenversicherung“ einen besonderen Dirigenten haben, der meist zugleich Sachbearbeiter ist, erforderlichenfalls weitere Sachbearbeiter neben sich hat, und dem entsprechendes Büropersonal zur Seite steht. Notwendig ist es, so betont ausdrücklich der Reichsarbeitsminister, „daß die Angehörigen der neuen Abteilung einschließlich ihres Leiters auf dem Gebiete der Krankenversicherung besondere Kenntnisse und Erfahrungen besitzen“. Es werde, so fährt der Reichsarbeitsminister fort, der Erfolg der Neuorganisation zu einem großen Teil von der Auswahl geeigneter Personen abhängen. Die Landesversicherungsanstalt wird hiernach gerade auch auf erfahrene Kassenpraktiker aus dem Kreise der Kassenangestellten oder der Angestellten von Kassenorganisationen zurückgreifen, wobei nicht nur Büro-, sondern auch Sachbearbeiterstellen in Frage kommen werden. So ergeben sich einmal Verwendungs- und vielleicht einmal auch Aufstiegsmöglichkeiten für Kassenangestellte, namentlich solche, deren bisheriges Tätigkeitsgebiet jetzt Gemeinschaftsaufgabe wird, ferner aber auch wiederum engere Beziehungen zwischen der Landesversicherungsanstalt, Abteilung „Krankenversicherung“ und den Krankenkassen, die in jener auch ihre berechtigten Belange durch sachkundige Bearbeiter aus ihrem eigenen Kreise vertreten wissen. Eine Ueberorganisation der Abteilung „Krankenversicherung“ wird freilich nicht im Interesse der Krankenkassen liegen, weil sie in ihrer Gesamtheit letzten Endes die Kosten dafür aufbringen.

Aber nicht nur in der Abteilung „Krankenversicherung“ allein werden die Krankenkassen Gelegenheit haben, ihren Einfluß geltend zu machen. Darüber hinaus hat der Gesetzgeber dafür Sorge getragen, daß die Landesversicherungsanstalt als Versicherungsträger höherer Ordnung in ihrer Gesamtheit von den Krankenkassen als den wichtigsten lokalen Erscheinungsfarmen der Sozialversicherung mitgestützt und befruchtet wird und dadurch zugleich ständige Fühlung mit dem sozialen Leben gewinnt. Im Beirat der Landesversicherungsanstalt müssen die verschiedenen Arten der Krankenkassen durch Versicherte oder Führer von Betrieben vertreten sein, wobei den Krankenkassenspitzenverbänden die Möglichkeit, Vorschläge zu machen, offen steht. Da der Beirat den Leiter der Landesversicherungsanstalt nicht nur in Sachen der Abteilung „Krankenversicherung“, sondern allgemein zu unterstützen und zu beraten hat, so ergibt sich für die den Krankenkassen nahestehenden Vertreter im Beirat hier eine weitgehende Betätigungsmöglichkeit. Im übrigen ist, gewissermaßen als Kommissar des Beirats, bei den Landesversicherungsanstalten ein besonderer Ausschuß für die Fragen der Krankenversicherung zu bilden, zu dem der Leiter auch andere Personen als die Mitglieder des Beirats zuziehen kann. Da die Ausgabe dieses Ausschusses namentlich in der laufenden Beratung des Leiters in Sonderfragen der Krankenversicherung besteht, werden dem Ausschuß gerade solche Persönlichkeiten anzugehören haben, die in Verwaltungs- und technischen Fragen der Krankenversicherung hinreichend bewandert sind. Diese besondere Erfahrung, gepaart mit wertvollen persönlichen Beziehungen zu den einzelnen Krankenkassen, wird vorzugsweise bei Vertretern der bezirklichen Stellen der Kassenspitzenverbände zu finden sein, mit denen auf diese Weise eine natürliche Verbindung hergestellt würde. Daß sich der Leiter der Landesversicherungsanstalt die sa-

gewonnene Fühlung mit den Organisationen der Kassen zum Besten der gemeinsamen Arbeit auch sonst zunutze machen wird, ist naheliegend. Im übrigen darf noch darauf hingewiesen werden, daß bekanntlich auch das Reichsversicherungsamt als Aufsichtsbehörde über die Landesversicherungsanstalten und jetzt auch in vielen Beziehungen mittelbar über die Krankenkassen aus Anlaß des Inkrafttretens des Aufbaugesetzes seinerseits eine engere Fühlung mit den Kassenspitzenverbänden bereits aufgenommen hat.

Als Ergebnis der vorstehenden Betrachtung möchte zu folgern sein, daß das Aufbaugesetz den Krankenkassen schließlich doch wesentlich mehr gibt, als es ihnen zur Erreichung höherer Ziele nehmen mußte. Denn nunmehr geht von der Krankenversicherung und ihren ursprünglichen Trägern als dem Fundament der Reichsversicherung mit den festen Ecksteinen der Kassenorganisationen über die Landesversicherungsanstalten als die bezirklichen Zusammenfassungen großer Teile der sozialen Versicherung bis hin zum Reichsversicherungsamt als der im Aufbaugesetz geschaffenen Spitzenbehörde ein starker Strom gegenseitigen Helfens, Verstehens und Vertrauens, der die Gewähr für eine fruchtbare Zusammenarbeit zum Wohle der arbeitenden Volksgenossen bietet.

(Aus „Die Ortskrankenkasse“ Nr. 7/35.)

Vertrag über die ärztliche Versorgung des Freiwilligen Arbeitsdienstes vom 18. März 1935.

Zwischen dem Reichskommissar für den Freiwilligen Arbeitsdienst und der Kassenärztlichen Vereinigung Deutschlands (KVD.) vertreten durch Herrn Dr. Grate, wird folgender Vertrag abgeschlossen:

§ 1.

Aufgaben und Pflichten der Vertragsärzte.

Die KVD. stellt dem Arbeitsdienst für jede Arbeitsdienststelle (vgl. § 6) je einen Vertragsarzt zur Verfügung. Dieser Vertragsarzt hat unter verantwortlicher Aufsicht des zuständigen Arbeitsgauarztes oder seines Bevollmächtigten folgende Aufgaben zu erfüllen:

1. tägliche ärztliche Betreuung der Angehörigen des Arbeitsdienstes in den Unterkünften (Lagerkrankenstube),
2. ärztliche Untersuchung der Angehörigen des Arbeitsdienstes nach der Einstellung in den Arbeitsdienst und vor der Entlassung,
3. Ueberwachung der hygienischen Verhältnisse in den Unterkünften des Arbeitsdienstes,
4. Unterweisung der Angehörigen des Arbeitsdienstes in allen Fragen der Hygiene zur Vermeidung der Entstehung und Ausbreitung von Krankheitszuständen,
5. laufende Ueberwachung des Gesundheitszustandes der Angehörigen des Arbeitsdienstes,
6. Ausbildung geeigneter Angehöriger des Arbeitsdienstes im Krankenpflegedienst, Unterricht in erster Hilfeleistung,
7. Aufklärung sämtlicher Angehöriger des Arbeitsdienstes in grundlegenden Fragen der Bevölkerungs- und Sozialpolitik usw.,
8. Zeugnisausstellung bei Unfällen usw.,
9. regelmäßige Berichterstattung über die Krankenkassenbewegung usw.

§ 2.

Einführung der Vertragsärzte.

Die örtlich zuständige Bezirksstelle der KVD. benennt der zuständigen Arbeitsgauleitung Aerzte, die als Vertragsärzte in Frage kommen. Die Einführung des Vertragsarztes selbst erfolgt durch die Arbeitsgauleitung.

§ 3.

Verpflichtung der Vertragsärzte.

Der Vertragsarzt ist auf zwei Jahre zu verpflichten. Erfolgt 4 Wochen vor Ablauf der Vertragsfrist keine Kündigung, so läuft der Vertrag ohne weiteres ein Jahr weiter. Die Verpflichtung erlischt mit vierwöchiger Kündigung, wenn eine andere Regelung des Heildienstes im Arbeitsdienst vorgeschrieben wird.

§ 4.

Vertretung der Vertragsärzte.

Jeder Vertragsarzt hat auf seine Kosten für einen Vertreter zu sorgen. Die Vertretung bedarf der Genehmigung der Bezirksstelle der KVD. und des Einverständnisses der Arbeitsgauleitung.

§ 5.

Außerterminliche Vertragsauflösung.

Vernachlässigt der Vertragsarzt die ihm übertragenen Aufgaben, so hat die Arbeitsgauleitung dies der Bezirksstelle der KVD. sofort mitzuteilen. Die Bezirksstelle ist verpflichtet, unverzüglich für Abhilfe zu sorgen. Vernachlässigt der Vertragsarzt trotzdem weiter seine übernommenen Pflichten, so ist die Arbeitsgauleitung berechtigt, den Vertrag im Einverständnis mit der Bezirksstelle der KVD. fristlos zu kündigen.

Wenn sich nachträglich herausstellt, daß der Vertragsarzt die für den Arbeitsdienst erforderliche besondere Eignung nicht besitzt, so kann die Arbeitsgauleitung im Einvernehmen mit der zuständigen Bezirksstelle der KVD. den Vertrag mit vierwöchiger Frist kündigen.

§ 6.

Vergütung für den Vertragsarzt.

Dem Vertragsarzt wird monatlich nachträglich für eine Abteilung zu 3 Zügen ein Pauschalbetrag von 250 RM., für eine Abteilung zu 2 Zügen ein solcher von 165 RM., für einen Einzelzug und Truppführer-Vorschulen, zu denen mehr als 50 Angehörige des Arbeitsdienstes bis zum außerplanmäßigen Truppführer einschließlich gehören, ein solcher von 80 RM. gezahlt. Gruppentafeln und Meldestellen, die am Orte einer Arbeitsdienstabteilung liegen, gelten hinsichtlich der ärztlichen Versorgung als Bestandteil dieser Abteilung.

Werden mehrere Arbeitsdienststellen, die nicht mehr als zwei Kilometer voneinander entfernt liegen, durch einen Arzt betreut, so werden für die zweite und jede weitere Dienststelle die halben Sätze gezahlt.

Der zuständige Pauschalbetrag wird durch die Amtskasse der zuständigen Arbeitsgauleitung gezahlt.

Bei Gruppenstäben und Meldestellen, die nicht am Orte einer Arbeitsdienststelle liegen, sowie bei sonstigen Stäben, Einheiten und Schulen des Arbeitsdienstes werden Angehörige des Arbeitsdienstes bis zum außerplanmäßigen Truppführer einschließlich von Fall zu Fall zu den Mindestsätzen der Preussischen Gebührenordnung mit 20 v. H. Abschlag behandelt.

Bei Vorlage der Rechnungen ist nach § 9 zu verfahren.

Für die Behandlung von Führern, die bei einer Krankenkasse versichert sind, erfolgt besondere Bezahlung des Vertragsarztes nach den Bestimmungen für die betreffende Krankenkasse.

§ 7.

Wegegeld.

Für die ärztliche Versorgung von Arbeitsdienststellen, die mehr als 2 Kilometer vom Wohnsitz des Vertragsarztes entfernt liegen, wird eine Entschädigung für jede zurückgelegte Wegstrecke nach folgenden Sätzen gezahlt: 2,5 — 5 Kilometer 2 RM., 5 — 8

Kilometer 3 RM., 8 — 11 Kilometer 4 RM. usw. je Doppelkilometer (Hin- und Rückfahrt); für jede weitere 3 Kilometer der Betrag von 1 RM. (je Doppelkilometer). Für die Berechnung der Entschädigung ist die kürzeste für gewöhnliche Kraftwagen benutzbare Wegstrecke zugrunde zu legen.

Die Abrechnungen für die zurückgelegten Wegstrecken sind monatlich nachträglich vom Vertragsarzt an die von ihm betreute Dienststelle des Arbeitsdienstes einzureichen. Die Dienststelle des Arbeitsdienstes prüft die Abrechnung, versieht diese mit Richtigkeitsbescheinigung und reicht die Abrechnung unverzüglich der zuständigen Arbeitsgauleitung zur Bezahlung ein.

§ 8.

Ärztliche Sprechstunden bei der Arbeitsdienststelle.

Die Zeit der ärztlichen Sprechstunden bei der Arbeitsdienststelle vereinbart der zuständige Arbeitsdienstführer unmittelbar mit dem Vertragsarzt je nach der örtlichen Lage und den dienstlichen Verhältnissen.

§ 9.

Ambulante fachärztliche Behandlung.

Etwa notwendige ambulante fachärztliche Behandlung erfolgt nach den Mindestsätzen der Preussischen Gebührenordnung mit 20 v. H. Abschlag. Die Rechnungen der Sachärzte sind der zuständigen Bezirksstelle der KVD. zur Prüfung vorzulegen. Diese reicht sie nach erfolgter Prüfung mit dem Prüfungsvermerk der zuständigen Arbeitsgauleitung ein, die dann die Beträge den einzelnen Sachärzten unmittelbar überweist.

§ 10.

Hauptamtliche Aerzte.

In besonderen Fällen behält sich der Reichskommissar für den Freiwilligen Arbeitsdienst vor, für die ärztliche Versorgung der Arbeitsdienststellen hauptamtliche Aerzte einzustellen.

§ 11.

Inkrafttreten und Kündigung des Vertrages.

Der vorliegende Vertrag tritt mit dem 1. April 1935 in Kraft. Er kann einen Monat vor Ablauf eines Vierteljahres zum nächsten Quartalsersten gekündigt werden.

Berlin, den 18. März 1935.

Kassenärztliche Vereinigung Deutschlands

Dr. Grote.

Der Reichskommissar für den Freiwilligen Arbeitsdienst

Hierl.

Bekanntmachungen

Aerztliche Sterbekasse für Oberbayern-Land.

Herr Dr. med. Franz Kehren (Hähenkirchen) ist gestorben. Das Sterbegeld wurde umgehend angewiesen. Die Einziehung des fälligen Beitrages für 132. Sterbefall wird bei den Kassenärzten durch die zentrale Abrechnungsstelle für Oberbayern in München vorgenommen. Einzelmitglieder bitte ich den Betrag von 5 RM. pro Sterbefall an die Bezirksparkasse Trostberg Postfachkonto 5997 München unter Benützung des Aufklebers zu überweisen.

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

Verschiedenes

Kunderlaß des Reichs- und Preussischen Ministers des Innern und des Reichs- und Preussischen Ministers für Wissenschaft, Erziehung und Volksbildung, betr. Hebammenausbildung.

Dam 27. Dezember 1934. (Ministerialbl. f. d. Preuß. inn. Verwaltung 1935 Sp. 22).

1. Die Ueberfüllung des Hebammenberufes zwingt zu vorübergehender Beschränkung der Zulassung.
2. Im Kalenderjahr 1935 sind in jeder Ausbildungsstätte nur so viel Schülerinnen zur Ausbildung neu zuzulassen, daß der Durchschnitt der in den Jahren 1931, 1932 und 1933 in jedem einzelnen Jahre geprüften Hebammen um mindestens 70 v. H. unterschritten wird. Ausnahmen für einzelne Hebammenausbildungsanstalten behalte ich mir vor.
3. Altersdispense sind nur nach beim Vorliegen ganz besonderer Gründe zu erteilen, so z. B. für Witwen mit mehreren unverfärgten Kindern.
4. Bewerberinnen, die sich auf Grund eigener, schon vorhandener Ausbildung und Berufsausübung oder infolge von Beruf und Einkommen des Ehemannes in gesicherten Lebensverhältnissen befinden, sind nicht mehr zu berücksichtigen.
5. Die Landesregierungen ersuche ich, die gleiche Anordnung für die unterstellten Hebammenausbildungsanstalten zu treffen.

An die Landesregierungen.

Verhütung erbkranken Nachwuchses.

Nach § 13 des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 17. Juli 1933 trägt die Kassen des ärztlichen Eingriffs bei den gegen Krankheit Versicherten die zuständige Krankenkasse. Da es sich nicht um einen dem Versicherten nach der RVO. zustehenden Leistungsanspruch handelt, die Kassen den Versicherungsträgern vielmehr durch eine Sonderregelung auferlegt worden sind, wird die ärztliche Leistung nicht durch das Kapspauschale gemäß § 368c RVO. mit abgegolten. Ueber die Bezahlung müssen dann aber zwischen den Versicherungsträgern und der Kassenärztlichen Vereinigung Deutschlands besondere Vereinbarungen getroffen werden.

Der ärztliche Eingriff ist in den nach § 11 des Gesetzes bestimmten Kranken-, Heil- und Pflegeanstalten vorzunehmen. Wird nun in diesen Anstalten die ärztliche Behandlung mit dem Pflegesatz abgegolten, so sind die Kosten des ärztlichen Eingriffs auf Grund des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses ebenfalls mit der Entrichtung des Pflegesatzes bezahlt. In allen anderen Fällen, gleichgültig, ob der ärztliche Eingriff ambulant oder in geschlossener Behandlung vorgenommen wird, bedarf es einer besonderen Vereinbarung über die Abgeltung der ärztlichen Leistung. Inzwischen sind zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Deutschlands und den Spitzenverbänden der Krankenkassen Verhandlungen eingeleitet worden mit dem Ziel, eine Vereinbarung über die Höhe der besonders zu entrichtenden Gebühren für die ärztliche Leistung zu treffen. Bis zum Abschluß dieser Verhandlungen empfiehlt es sich, Zahlungen an die den Eingriff vornehmenden Aerzte nur unter Vorbehalt und unter Zugrundelegung der Gebührensätze der Preugo mit einem Abschlag von 20 v. H. zu leisten.

Aus „Die Ortskrankenkasse“ Nr. 7/35.

Neue Namen der Erfaßkassen.

Nach dem Erlaß des Reichsarbeitsministers vom 15. Februar 1935 haben die folgenden Erfaßkassen mit Wirkung vom 1. Januar 1935 ab neue Bezeichnungen erhalten:

Bisheriger Name:	Neuer Name:
VWA.-Kasse, Berufskrankenkasse der weiblichen Angestellten in Berlin;	Berufskrankenkasse der weiblichen Angestellten (Erfaßkasse) in Hamburg;
DDW.-Kasse, Berufskrankenkasse der Techniker in Berlin;	Berufskrankenkasse der Techniker (Erfaßkasse) in Berlin;
DWD.-Kasse, Berufskrankenkasse der Werkmeister in Düsseldorf;	Berufskrankenkasse der Werkmeister (Erfaßkasse) in Düsseldorf;
Geda, Berufskrankenkasse der Büro- und Behördenangestellten in Berlin;	Berufskrankenkasse der Behörden- und Büroangestellten (Erfaßkasse) in Hamburg;
DHV.-Kasse, Berufskrankenkasse der Kaufmannsgehilfen in Hamburg;	Berufskrankenkasse der Kaufmannsgehilfen (Erfaßkasse) in Hamburg.

Im Zusammenhang mit der Uebergabe der Gründungsinsignien der alten deutschen Karls-Universität in Prag an die tschechische Universität ist die Frage von Interesse, wieviele deutsche Studenten die deutsche Karls-Universität und die deutsche Technische Hochschule in Prag besuchen. Trotzdem das Deutschtum in der ganzen Tschechoslawakei einem außerordentlich heftigen Kulturkampf ausgesetzt ist, zählt die Karls-Universität zur Zeit 4900 Studierende, während die Technische Hochschule von rund 1400 Studenten besucht wird. Diese Zahl von 6300 deutschen Hochschülern dürfte durch die nach ausstehenden Immatrikulationen sich auf rund 6500 erhöhen lassen. Die Mehrzahl der Studierenden entstammt dem Sudetendeutschtum. Die übrigen verteilen sich auf Reichsdeutsche und Auslandsdeutsche in Oesterreich, Südslavien, Ungarn, Polen, Rumänien, dem Baltikum usw. Gegen das Vorjahr hat die Zahl der Studierenden an der Universität trotz des mit allen Mitteln betriebenen Kampfes gegen das Deutschtum nur um 280 Hörer abgenommen.

Gesundheitliche Betreuung der HJ.

Die Gesundheitsführung in der Hitlerjugend ist schon mehrfach Gegenstand der Kritik gewesen. Ob dies mit Recht geschah oder nicht, bleibe hier dahingestellt. Es mag sein, daß auf der einen Seite hinsichtlich Bekleidung und Beanspruchung der Jungen Uebertreibungen vorgekommen sind, und es mag auch sein, daß vieles von seiten der Eltern nur als Ueberbeanspruchung angesehen wurde. Die Mängel dürften im Laufe der Zeit weitgehend beseitigt worden sein. Erst in diesen Tagen wurde wieder ein Erlaß des Reichsjugendführers veröffentlicht, der auf einer Vereinbarung mit dem Hauptamt für Volksgesundheit beruht und die gesundheitliche Betreuung der HJ. durch die Aerzte regelt. Es heißt darin:

„Durch Vereinbarung zwischen der Reichsjugendführung der NSDAP. und dem Hauptamt für Volksgesundheit in der Reichsleitung der NSDAP. ersalgt die gesundheitliche Betreuung der Hitlerjugend (einschließlich Jungvölk, Jungmädels im BdM. und BdM.) durch Aerzte, die der HJ. vom Hauptamt für Volksgesundheit zur Verfügung gestellt werden.

Diese HJ.-Aerzte sind für die ordnungsmäßige gesundheitliche Betreuung der Hitlerjugend verantwortlich. Sie haben das

Recht und die Pflicht; gegen solche Veranstaltungen der HJ. bei den vorgesehnten Dienststellen Einspruch zu erheben, von denen sie glauben, daß sie vom gesundheitlichen Standpunkt aus nicht verantwortet werden können.

Ich habe allen Dienststellen der HJ. Befehl erteilt, diesem Einspruch in jedem Falle Folge zu leisten. Insbesondere weise ich darauf hin, daß an Veranstaltungen während der kalten Monate nur diejenigen Mitglieder der HJ. (bzw. DJ.) teilnehmen dürfen, die vorschriftsmäßige Winterkleidung besitzen (warmes Unterzeug, lange Jungvolk hose usw.).

Im Einverständnis mit dem Hauptamtsleiter für Volksgesundheit teile ich mit, daß dieser die sämtlichen Aerzte des Hauptamtes (etwa 20 000) angewiesen hat, etwaige von ihnen beobachtete Mißstände in der gesundheitlichen Betreuung in der HJ. sofort den zuständigen HJ.-Führern zwecks Abstellung zu melden. (Deutsches Aerzteblatt Nr. 10, 1935.)

Fragekasten

Frage: Ist es gestattet, daß eine Kräutermischung in Originalpaketen (Packung und Wart' geschützt) in Apotheken und in Dragerien anstandslos verkauft werden darf? Ist der Verkauf vom Hersteller unmittelbar an Kranke zulässig? Welche gesetzlichen Bestimmungen kommen hierbei in Bayern und im übrigen Deutschen Reich in Betracht?

Antwort: Für die Beurteilung Ihrer Anfrage ist in erster Linie die Kaiserl. Verordnung vom 22. Oktober 1901 maßgebend, an die Bayern ebenso gebunden ist wie das übrige deutsche Reichsgebiet. Es handelt sich darum, ob man es mit einem Heilmittel zu tun hat und ob eine Mischung verschiedener zerkleinerter Pflanzen vorliegt oder ob der betreffende Tee nur die zerschnittenen Teile einer einzelnen Pflanze enthält, z. B. Blüten, Blätter, Stengel und Wurzeln. Es ist aber weiter zu beachten, daß auch Mischungen unzerkleinerter Pflanzenorgane, z. B. Flares Verbasci, Flares Sarfaeae, Flares Malvae, Semen Lini, Semen Foenugraeci, Fruct. Juniperi usw., im Handel vorkommen. Schließlich kommt noch in Betracht, ob der Tee als Heilmittel oder nur als diätetisches Mittel, z. B. als Familientee, verkauft wird. Wenn der Hersteller, der den Verkauf betreibt, den Handel mit Arzneimitteln als Kleinverkäufer angezeigt hat und die Kräutermischung nach der Kaiserl. Verordnung außerhalb der Apotheken freiverkäuflich wäre, was aber stark zu bezweifeln ist, ließe sich nichts dagegen einwenden.

Frage: Ist es einem Dragisten in Bayern gestattet, Aspirin-tabletten und Tabl. Acid. acetylsal., Santaninzeltchen sowie deutschen Brusttee zu verkaufen?

Antwort: Das Feilhalten und die Abgabe der genannten Arzneimittel ist nicht nur in Bayern, sondern im deutschen Reichsgebiet außerhalb der Apotheken verboten. Was den deutschen Brusttee betrifft, so kommt es darauf an, woraus dieser Tee besteht. Stellt er ein Gemenge zerkleinerter Pflanzenteile

verschiedener Pflanzen dar, so ist der Verkauf außerhalb der Apotheke strafbar.

(Süddeutsche Apothekerzeitung Nr. 17, 1935.)

1. Ist es nur dem Vertrauensarzte der Reichsbahn allein gestattet die Bahnbeamten zu behandeln, oder steht dieses Recht jedem Kassenarzt zu?

2. Ist es einem Kassenarzte gestattet in der Öffentlichkeit darauf hinzuweisen, daß ihm dieses Recht zusteht, etwa durch entsprechenden Anschlag in den Amtsräumen, Aufenthaltsräumen der Beamten und Angestellten der Reichsbahn, an Bahnhöfen oder durch Anzeige in der Presse und durch Zusatz zu seinem Arztschild?

3. Wie soll es bekannt gegeben werden, daß der Kassenarzt auf alle Fälle zur Behandlung der Familien der Reichsbahnbeamten berechtigt ist?

Zu 1: Für die Beamten des inneren Dienstes der Reichsbahn besteht kein Zwang sich von dem Vertrauensarzt der Reichsbahn behandeln zu lassen; diese können vielmehr für sich und ihre Familienangehörigen jeden Kassenarzt wählen. Anders ist es bei den Beamten des äußeren Dienstes, also den im Betriebsdienst verwendeten Personen, die sich nur von dem Vertrauensarzt des zuständigen Bezirks behandeln lassen dürfen.

Zu 2: Selbstverständlich ist es dem Kassenarzt nicht gestattet in der Öffentlichkeit auf seine Berechtigung als Bahnarzt hinzuweisen. Dagegen ist ein Zusatz auf seinem Arztschild, der auf seine Eigenschaft als Reichsbahnarzt hinweist, gestattet.

Zu 3: Eine Benachrichtigung der Familien der Reichsbahnbeamten in der Richtung, daß der Kassenarzt für die Behandlung derselben zugelassen ist, ist deswegen nicht notwendig, weil ja den Reichsbahnbeamten und deren Angehörigen Statuten ausgehändigt werden, aus denen sie ohne weiteres ersehen können, daß sie nicht verpflichtet sind sich von dem Vertrauensarzt der Reichsbahn behandeln zu lassen. Außerdem werden im Amtsblatt die Beamten der Reichsbahn stets über die geltenden Bestimmungen auf dem Laufenden gehalten.

Anfrage: Wie versichert sich zur Zeit ein Arzt am zweckmäßigsten gegen Krankheit? Ist der durch Krankheit in Not geratene Arzt unter allen Umständen auf die mildtätigen Stiftungen der Kollegenschaft angewiesen? Bekanntlich ist älteren Aerzten der Beitritt zu einer der bestehenden Mittelstandskrankenversicherungen äußerst erschwert oder ganz unmöglich gemacht.

Antwort: Genauen Aufschluß erhalten Sie bei der Versicherungsabteilung des Hartmannbundes Berlin SW 19, Lindenstraße 42.

Anfrage: Wie verhält sich der Arzt rechtlich bei einem festgestellten, artificiellen Abart? Darf, beziehungsweise muß er ihn anmelden oder fällt dieser unter das Arztgeheimnis?

Antwort: Gemäß § 300 St. G. B. darf der Arzt ihm anvertraute Privatgeheimnisse nicht unbefugt offenbaren. Als „anvertraut“ gelten auch falsche Geheimnisse, die der Arzt im Verlauf der Untersuchung bzw. Behandlung feststellt, da hier zugleich mit dem Behandlungsauftrag alles „anvertraut“ wird, was sich im weiteren Verlauf als Tatsache ergibt. Hiernach ergibt

Esdesan

Das bekannte und bewährte flüssige
Nervinum und Sedativum

Kassenwirtschaftlich!

$\frac{1}{4}$ Origfl. = 50 g = RM 1,30 $\frac{1}{8}$ Origfl. = 25 g = RM —,85

Eine Einzeldosis kostet nur ca. 2 $\frac{1}{2}$ Pfg.

Nur in Apotheken gegen ärztliches Rezept erhältlich.

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

sich ganz allgemein eine Schweigepflicht des Arztes. Das Gesetz nimmt nur die Meldepflicht ansteckender Krankheiten aus, sowie die Kenntnis von einem Vorhaben des Hochverrats, Landesverrats, Münzverbrechens, Mordes, Raubes, Menschenraubes oder eines gemeingefährlichen Verbrechens zu einer Zeit, wo die Verhütung des Verbrechens möglich ist (§ 139 St. G. B.). In beiden Fällen ist die Unterlassung der Anzeige sogar strafbar.

In einem Ministerialerlaß vom 15. August 1922 — I M II 2059 III. V. 1168 II. heißt es indessen: „Nach der Rechtsprechung ist aber auch dann eine Offenbarung nicht unbesugt, wenn der im § 300 St. G. B. dem Arzt auferlegten Pflicht zur Verschwiegenheit eine höhere, sich aus dem Beruf des Arztes ergebende ethische Pflicht zur Offenbarung gegenübersteht“. Hiernach wird die Anzeige eines einwandfrei festgestellten und nachträglich noch zu beweisenden artifizialen, besser kriminellen Abartus nicht unter die Pflichten des § 300 zu rechnen sein.

„Aerzteblatt für Westfalen und Lippe“ 14. März 1935.

Münchener Gesellschaft für Kinderheilkunde.

Sitzung am Donnerstag, den 11. April, abends 8 Uhr, Kinderklinik.

Tagesordnung:

Dr. A. Haeflmanr, Zahnarzt: „Die Kiefermißbildungen des Kindesalters, Ursachen, Erkennung, Vermeidung.“

Schriftführer: Husler.

Aerztlicher Verein München e. V.

Münchener Chirurgen-Vereinigung und Militärärztliche Gesellschaft München.

Gemeinsame Sitzung

am Mittwoch, den 10. April, abends 8 1/4 Uhr, im Hörsaal der Chirurgischen Klinik, Nußbaumstraße, Eingang Pettenkaferstraße (Fernruf 57 7 31).

Tagesordnung:

Herr Jenker (Genf) als Gast: „Dringende operative Indikationen der frischen traumatischen Schädel- und Gehirnläsionen.“ (Mit Filmvorführung.)

Zur Aufnahme in den Aerztlichen Verein kommen die Herren: Dr. Paul Bergholz und Dr. Hans Feher.

Werner. Sellig. Graffe.

Denzels

Filix Bandwurmmittel

Dasls für Erwachsene: 15 g - Glas, oder 10 Kapseln zu 1 g.

Dr. Julius Denzel, Tübingen.

Ärztliche Vordrucke

durch den Verlag der

Ärztl. Rundschau
Otto Gmelin
München 2 BS

Bücherschau

Sag Du es Deinem Kinde! Einführung des Kindes und Jugendlichen in die Fragen nach Geburt, Zeugung und Liebesleben. Ein praktischer Ratgeber für Eltern und Erzieher. Von Dr. med. G. Ockel. Falken-Verlag, Berlin-Lichterfelde. RM. 1.80.

Die geschlechtliche Erziehung der Kinder und Jugendlichen wird von Eltern und Erziehern ganz ungenügend beachtet. Schwere, seelisch-geistliche Störungen in den späteren Jahren sind die Folge. Bei ihrem Auftreten kommt kaum jemand auf den Gedanken, wie weit deren Ursachen zurückliegen. Nur eine gesunde, unverlogene Sexualerziehung kann Abhilfe schaffen, die frühzeitig zu beginnen hat, um die Kindesseele vor der „Aufklärung“ der Gasse zu bewahren. So kammt dies Buch, das aus langjähriger Erfahrung als Arzt und Erzieher entstanden ist, zur rechten Zeit. Klar und leicht verständlich weist der Verf. die Gründe des bisherigen Versagens der Eltern und Erzieher nach und zeigt auch die Wege praktischer Abhilfe in folgenden Kapiteln: Warum geschlechtliche Aufklärung und Erziehung? — Warum ist den meisten Eltern die Aufklärung ihrer Kinder so peinlich? — Wie kann man die eigenen, inneren Hemmungen bei der Aufklärung der Kinder überwinden? — Die „sachliche Aufklärung“ des Kindes vor den Entwicklungsjahren — Die eigentliche „geschlechtliche Aufklärung“ im Reifealter — Die Haltung der Erzieher gegenüber geschlechtlichen Verfehlungen Jugendlicher.

Wie beschaffe ich mir einen Kredit? Eine Hilfe für den Handwerker, Kleingewerbetreibenden, Kaufmann und den Privatmann. Von Dipl.-Hdl. Erich Kaiser. Verlag Wils. Stollfuß, Bonn. Preis RM. 1.— (PSchkta. Köln Nr. 76183).

Wie viele haben nicht schon eine Antwort auf die oben gestellte Frage gesucht? Es ist bekannt, daß viele berufstätige Handwerker, Kleingewerbetreibende und Kaufleute die zahlreichen Kreditmöglichkeiten nicht kennen und daher nicht wissen, wie und wo man sich einen Kredit beschaffen kann. Die Sammlung „Hilf dir selbst“ bringt nun eine Schrift heraus, in der, übersichtlich angeordnet, erklärt wird, wieviele Arten und Möglichkeiten der Kreditbeschaffung es gibt. Auch demjenigen, der keinerlei Vorkenntnisse auf diesem Gebiet mitbringt, wird die Schrift wegen ihrer volkstümlichen Art ein guter Ratgeber sein. Endlich sei nach darauf hingewiesen, daß die Schrift, der wir schon wegen der von uns allen gewünschten Wirtschaftsbelebung große Verbreitung wünschen, auf die wichtigsten Neuerungen des Kreditwesens eingeht, die durch das Arbeitsbeschaffungsprogramm der Reichsregierung aufgetaucht sind.

Schriftleitung: Dr. Philipp Ochsner, Haar — Anzeigen: Ernst Scharfänger, München-Imphenburg. DA. 5500 (IV. VI. 34.).

Anfragen und Zuschriften, die Schriftleitung betreffend, erbelen an Dr. Ph. Ochsner, Haar b. München, Telefon 475 224. Redaktionsschluss Donnerstag Abend der Woche vor Erscheinen.

Bellagenhinweis.

Der Gesamtauflage dieser Ausgabe liegt ein Prospekt der Firma CIBA-Aktien-Gesellschaft, Berlin-Wilmersdorf, Saalfelder Strasse 10/11, betr. »Kryazon« bei.

Auf vielfachen Wunsch liessen wir zu den Kassenärztlichen Listen

- a) Ortskrankenkassen
- b) Verschiedene Kassen

Solide Einbandschutzdecken

mit Reitern zweifärbig nach Adgo- und Preugo-Verrechnung herstellen, so dass davon noch eine Anzahl lieferbar ist.

Preis RM. 2.75 / 2 Decken RM. 5.—.

Verlag der Ärztlichen Rundschau Otto Gmelin, München SW



BAYERISCHE HYPOTHEKEN- UND WECHSEL-BANK

Scheck-, Giro- und Spar-Verkehr

Ärzteblatt für Bayern

vormals Bayerische Ärztezeitung (Bayerisches Ärztliches Correspondenzblatt)

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

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

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

Verlag der Ärztlichen Rundschau Otto Smelin, München 2 SW, Babarlarling 10. / Fernsprecher: 596483 / Postcheckkonto: 1161 München
Meinige Anzeigenannahme: Walbel & Co. Anzeigen-Gesellschaft München-Berlin. Anschrift: München 23, Leopoldstraße 4, Fernsprecher 35653, 34872.

Nummer 15

München, den 13. April 1935

2. Jahrgang

Inhalt: Ärztliche Ethik im nationalsozialistischen Staat. — Das Führerprinzip in der Krankenversicherung. — Steuerede: Die laufenden Umsatzsteuerzahlungen des Arztes. — Verschiedenes: Verordnung über Verarbeitung von Betäubungsmitteln. — Bekanntmachung betr. homöopathische Behandlung. — Menschen in Weiß. — Höchstziffern für Hochschulen. — Ueberweisungen von Ärzten und Fachärzten. — Reiseprüfung und Dienst für die nationalsozialistische Bewegung. — Bekanntmachungen. — Personalia. — Bücherchau.

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

Ärztliche Ethik im nationalsozialistischen Staat.

Von Dr. Sperling, München*.

Wenn wir als Begriffsbestimmung für „Ethik“ die Betrachtung des menschlichen Wollens und Handelns als Grundlage für eine Wertbeurteilung gelten lassen, so werden wir damit das umfassen können, was ich Ihnen in großen Zügen darstellen möchte:

die Grundsätze, die für unser ärztliches Handeln bisher maßgebend waren, im Vergleich zu denen, die heute allgemeine Anerkennung gefunden haben.

Ein kurzer historischer Rückblick wird unsere Uebersicht erleichtern.

Die Beziehungen zwischen Arzt und Patient waren noch bis in die achtziger Jahre des vergangenen Jahrhunderts schlicht und persönlich. Ich sehe bewußt von der ärztlichen Tätigkeit im Krankenhaus, in Forschungsinstituten und Amträumen ob und beschränke mich bewußt auf das, was durch den Begriff „Ärztliche Praxis“ gekennzeichnet ist. Wir wollen uns danach nur mit dieser Form ärztlichen Schaffens befassen, die ja auch der allergrößten Mehrheit unserer Berufsgenossen das tägliche Brot gibt.

Früher war der praktizierende Arzt Hausarzt, der Freud und Leid einer Familie von der Wiege bis zur Bahre miterlebte und teilte. Die verhältnismäßig beschränkte Anzahl der Stodesgenossen gestattete den meisten, auskömmlich für sich und die Seinen zu sorgen, und sie ermöglichte fast ausnahmslos einen gleichmäßigen, zufriedenstellenden Lebensstandard. Ein folgsch verstandener Zug noch Allzueigstigem und eine auf dem Boden wirtschaftlicher Prosperität gewachsene akademische Berechtigungspsychose schuf im Lauf der Zeit Enge und Reibungsflächen.

* Vortrag, gehalten beim Einführungslehrgang in Würzburg am 29. März 1935.

Die zunächst als Wohltat gedachte und empfundene Krankenversicherung, die bekanntlich seit dem Jahre 1883 besteht, wirkte sich für unseren Stand im Laufe der Jahre wirtschaftlich und zweifellos auch moralisch ungünstig aus, ja sie wurde zur Qual. Der Vortrag über die Grundzüge der Krankenversicherung wird Ihnen diese Entwicklungsgeschichte näherbringen und die Grundlage darstellen, auf der wir aufzubauen genötigt waren. Auch an dieser Stelle ober kann ich es mir nicht versagen, daron zu erinnern, daß die Krankenversicherung und ihre Hauptträger, die Ortskrankenkassen, sich zu einer innerpolitischen Großmacht auswuchsen, die mehr bedeutete als den zielbewußten und häufig recht ungnädigen Arbeitgeber für die größte Anzahl der deutschen Aerzte.

Immer komplizierter wurde das Verhältnis Arzt und Krankenkasse im Laufe der letzten Jahre. Je enger sich der Lebensraum gestaltete, desto mehr sank die Freiheit des ärztlichen Handelns dahin. Ungezählte Vorschriften, Entscheidungen, Richtlinien und Kommentare hingen wie das Schwert des Damokles über dem Kassnarzt, der stets in der Furcht leben mußte, bestraft oder mindestens benachteiligt zu werden, wenn er sich in all den vielfältigen Feinheiten nicht auskamte. Unkenntnis schützte ihn auch hier vor Strafe nicht.

Es war eine zwingende Notwendigkeit, der festgeschlossenen Kassenorganisation etwas Aehnliches von unserer Seite entgegenzustellen und eine ärztliche Front zu schaffen, die ihre ersten Gräben im Jahre 1900 oushob, als man den Verband der Aerzte Deutschlands, den Hartmannbund, gründete. Man kann es heute leider schon klar übersehen, daß diese Organisationsform viel zu schwach war, als daß es ihr hätte gelingen können, ein wirkames Gegengewicht dorzustellen und einen gerechten Ausgleich zu schaffen. „Defensive“ war die Lösung in ständigen Rückzugsechten. Immer lauter wurde unser Ruf nach Selbstverwoltung, denn in den paritätischen Ausschüssen spielten wir Aerzte doch bisweilen eine geradezu kläglich untergeordnete Rolle. Moncher, der vom Felde kam, mußte der gewohnten Abkürzung AOK. für Armeeoberkommando bald eine andere Deutung geben, nämlich AOK., d. i. Allgemeine Ortskrankenkasse!

Dem Dritten Reich endlich ist es — das müssen wir dankbar anerkennen — gelungen, hier gründlich Wandel zu schaffen.

Denn einmal wurden die leitenden Stellen der Krankenkassenverwaltungen mit Männern besetzt, die auch im Arzt einen gleichberechtigten und nicht von vornherein verdächtigen Volksgenossen sahen, und dann erhielten wir vom Gesetzgeber die Aufgaben zur eigenen Lösung, nach denen wir uns schon längst gesehnt hatten: Selbstverwaltungsbefugnisse. Auch hierüber werden Sie Näheres in einem Sonderreferat erfahren.

Die Beziehungen des Arztes zu Patient, Stand, Staat und Partei sind so überaus mannigfaltig und einschneidend, daß sich zu ihrer Ordnung im Laufe der Zeit gesetzmäßig abgrenzbare und formulierte Bestimmungen und Forderungen für jeden einzelnen ergeben haben.

Von der Tätigkeit in der Sprechstunde und am Krankenbett lebt der Arzt, denn sie ist die Grundlage seiner wirtschaftlichen Existenz und der Prüfstein für seine Befähigung. Es wird aber heute doch nothwendig, zu untersuchen, inwieweit sich das Aufgabengebiet des Arztes darüber hinaus verbreitert und vertieft hat.

Die ethische Fibel für den deutschen Arzt ist nach wie vor die Standesordnung für die deutschen Aerzte vom Jahre 1926. Ihr Motto: „Der Beruf des deutschen Arztes ist Gesundheitsdienst der deutschen Volks“ hat auch heute noch seine Gültigkeit.

Eine ins einzelne gehende Interpretation und Besprechung der Standesordnung ist heute meine Aufgabe nicht. Wer übrigens instinktiv das Gefühl für Recht und Pflicht in sich trägt, und wer unbeeinflussbar durch billige Augenblickserfolge oder kleine materielle Vorteile den geraden Weg des deutschen Mannes geht, braucht ernste Konflikte, die ihm etwa aus Unkenntnis erwachsen, kaum zu fürchten. Ueber einzelne Punkte freilich wird man sich einmal offen aussprechen müssen, um dem ins Berufsleben tretenden Arzt die Bohne vorsorglich zu glätten.

Zunächst empfiehlt es sich für diejenigen, die noch nicht niedergelassen sind, den Vorsitzenden des zuständigen Bezirksvereins und den Amtsleiter der Bezirksstelle der Kassenärztlichen Vereinigung, in deren Amtsbereich sie tätig sein wollen, aufzusuchen, um dort jene formalen Dinge zu besprechen, deren Erfüllung Vorschrift und Brauch ist. Sie werden dort auch erfahren, wie die Ausschreibung ihrer Praxis zu erfolgen hat, wie ihr Schild aussehen muß, wie der *genius loci* beschossen ist und welchen Titel sie führen dürfen.

Hier stock' ich schon. Bis in die letzte Zeit ging das Bestreben des ärztlichen Nachwuchses dahin, sich möglichst eine Facharztqualifikation zu sichern, einmal um das besondere Interessengebiet intensiv und wissenschaftlich bearbeiten zu können, um die materielle Grundlage möglichst solid zu gestalten, in einzelnen Fällen aber wohl auch, um ein nicht allzu onstrengendes Leben führen zu können, um dem geliebten Asphalt nicht entsagen zu brauchen, oder um sich über die Menge der einfachen — kürzlich los ich: „gewöhnlichen“ — Praktiker oder der simplen Bauendoktoren zu erheben.

Die Aerztesführung im neuen Staat teilt den Standpunkt des jüngst verstorbenen Donziger Arztes Erwin Liek: Der Arzt soll wieder Vollarzt im höheren Sinne werden, statt sich ausschließlich als Wissenschaftler und Techniker, also Mediziner, zu fühlen.

Sie wissen alle, wie eingehend sich die Partei auch mit der Reorganisation des Gesundheitswesens und unseres Standes besetzt hat. Zu Beginn der neuen Entwicklung ist von maßgebender Stelle der Wunsch geäußert worden, es möge zu einer Befriedung des Kriegszustandes zwischen opprobriertem Arzt und dem sogenannten „Heilpraktiker“ kommen. Dieser Wunsch, ohne nähere Erläuterung ausgesprochen, mußte begreiflicherweise

Veranlassung zu tiefer und ernster Beunruhigung in unseren Kreisen bieten, weil man zunächst annahm, die Tendenz gehe dahin, dem Heilpraktiker ohne weiteres die gleichen Rechte zuzugestehen wie dem Arzt, oder gar unsere doch recht mühsam erlangten Privilegien zu beschneiden, die uns nun einmal auf Grund eines langjährigen Studiums von Gesetzes wegen zuerkannt wurden. Die Tatsache läßt sich wohl nicht bestreiten, daß unser ärztliches Denken durch allzu einseitige Bevorzugung und ausschließliche Anerkennung der mit Hilfe von Chemie, Physik und dem Rüstzeug der Klinik exakt nachweisbaren, zu einer gewissen rein verstandesmäßig begrenzten Laboratoriums-einseitigkeit gekommen war. Man hat eben doch bisweilen das einzelne kranke Organ und seine pathologische Funktion zu sehr berücksichtigt, wo man vielleicht durch Bewertung des Gesamtbildes und der seelischen Einstellung des Kranken hätte leichter und schneller lindern oder gar heilen können. Wie erzielen denn die „Noturärzte“ manche unbestreitbaren Erfolge? Doch gewiß nicht durch Anwendung der einen oder anderen Ponceau, also nur durch Wärme, Kälte, eine Sorte von Tröpfchen oder Kügelchen, sondern dadurch, daß sie als suggestive Persönlichkeiten auf den Kranken einzuwirken vermögen, oder weil sie es besonders verstehen, in geeigneter Form den Trost zu spenden und die Mühe aufzuwenden, die allein schon das Gefühl einer gewissen Geborgenheit wachrufen.

Es ist eine unbestreitbare Tatsache, daß recht weite Volkskreise dem Arzt entfremdet, dem Naturheilkundigen eigener Approbation oder dem Heilpraktiker blindes Vertrauen schenken, unsere Arbeit aber mit Mißtrauen und Ablehnung bedenken.

Im Dritten Reich bemüht man sich, durch ernste Untersuchung jene Methoden auf ihre Ursache und objektive Wirkung zu prüfen, statt sie von vornherein grundsätzlich abzulehnen, ohne sich mit diesen meist recht abseits liegenden Fragen überhaupt zu beschäftigen. Auch Sie werden also gut davon tun, sich mit Dingen zu befassen, die heute unter dem wohl zu allgemein, zu unklar und zu häufig gebrauchten Begriff „Biologie“ zusammengefaßt werden. In erster Linie wird man darunter freilich die naturgemäße Therapie im Gegensatz zu der medikamentösen zu verstehen haben.

Damit soll keineswegs gesagt sein, daß es zweckmäßig oder gar erwünscht wäre, nun mit einem Mal das zu verbrennen, was man früher angebetet hat. Im Gegenteil: man wird gerade das Rüstzeug, über das man verfügt, mit Vorteil benutzen müssen, um verantwortungsvoll vergleichen und handeln zu können. Unser Verhältnis zum Heilpraktiker wird bald durch ein Gesetz geregelt werden, das allen Teilen Gerechtigkeit widerfahren läßt und insbesondere die Ausbildung, Eignung und den Wirkungskreis der Heilpraktiker, wie sie unser Staat sehen möchte, regelt.

Die Reibungsflächen zwischen Arzt und Heilpraktiker werden sich, davon ist jeder Kenner der Absichten des Gesetzgebers heute schon fest überzeugt, immer mehr vermindern, und in absehbarer Zeit werden sie, wie wir hoffen, gänzlich verschwinden. Dabei ist es allerdings Bedingung, daß unsere Standesgenossen sorgfältig alles vermeiden, was geeignet sein könnte, dem Ansehen, der Popularität, wenn man so sagen darf, zu schaden. Die Gefahr für den Arzt, Fehlhandlungen zu begehen, ist groß, aber vermeidbar.

Nie darf er den Boden strengster Objektivität verlassen, besonders dann nicht, wenn er, wie es heute häufiger denn je der Fall ist, zum verantwortlichen Gutachter bestellt wird. Er kennt den Begriff des Gefälligkeitsattest nicht. Er wird die zahlreichen Untersuchungen, die heute Partei und Staat von ihm verlangen, im vollen Bewußtsein seiner Verantwortung vornehmen. Seien es nun Tauglichkeitszeugnisse,

Zeugnisse für gesetzlich bedingte Eingriffe, Zeugnisse für Ehestandsdarlehen oder für Opfer des Krieges, der nationalen Erhebung oder der Arbeit. Er muß sich stets dessen bewußt sein, daß er alles, was er unterschreibt, mit seinem Namen, seinem guten Namen zu decken hat, daß er sich strafbar macht, wenn er aus Gutmütigkeit, Oberflächlichkeit oder gar sträflichem Eigennutz etwas anderes beurkundet, als was er objektiv weiß und einwandfrei feststellen konnte. Gerade durch die Genauigkeit unserer Beurkundungen können wir den Behörden und allen möglichen Dienststellen den Nachweis unserer Bedeutung und Unentbehrlichkeit erbringen. Es ist uns gelungen, mit der Selbstverwaltung unserer Angelegenheiten betraut zu werden. Dort, wo früher nur Juristen die Entscheidung trafen, spricht heute allein der Arzt. Unsere Begutachtungen aber werden häufig dem Juristen den einzigen Anhalt für seine Rechtsprechung geben, und nur hier wird eine gewisse Form der beruflichen Nähe gewahrt bleiben. Zeigen wir uns diesen bedeutungsvollen Aufgaben stets völlig gewachsen, wenn wir nicht das mühsam genug Erreichte gefährden wollen.

Und noch eins: Man vergesse doch nie, daß Pünktlichkeit und Genauigkeit beim Ausstellen von Zeugnissen ein stets notwendiges, an sich so selbstverständliches Erfordernis darstellen. Das hat insbesondere für Unfallzeugnisse erhöhte Bedeutung, denn wir schädigen sonst den Volksgenossen, den wir doch zu schützen haben. Stellen Sie nämlich das erbetene Zeugnis nicht rechtzeitig aus, so bekommt der Antragsteller seine Rente, auf die er fast immer sehr angewiesen ist, verspätet, und er weiß dann, daß nur die Säumigkeit seines Arztes die Schuld trägt. Darüber hinaus müssen Sie sich klar sein, daß Sie von Amts wegen die größten Scherereien und vermeidbare materielle Nachteile in Kauf zu nehmen haben, wenn Sie auf diesem Gebiete versagen.

Die Folgen der Kriegsverletzungen haben, wie wir leider wissen, manchen Volksgenossen zum schweren Morphiniten gemacht. Morphinitismus ist, wie man wohl sagen darf, für die Umgebung des Rauschsuchtigen gefährlich wie eine Infektionskrankheit, der leider auch Aerzte und ärztliches Hilfspersonal nicht selten verfallen sind. Seien wir uns auch hier der ganzen Verantwortung für unser Volk bewußt, hüten wir uns vor entgegenkommender Verordnung oder gar der strafbaren Aushändigung von Blankorezepten. Die neueste Gesetzgebung hat zwar in voller Erkenntnis dieser Gefahren dafür gesorgt, daß ein Mißbrauch nach Möglichkeit eingeeengt werde, aber die Erfahrung zeigt immer wieder, daß gerade hier falsch verstandenes Mitleid und die unerfahrene Schwäche junger Aerzte, die man natürlich in erster Linie aussucht, zum Schaden des Volksganzen ausgenützt werden. Auf Deutschlands hohen Schulen schenkt man diesen Dingen, soviel mir bekannt ist, leider noch nicht die nötige Beachtung, die sie zweifellos verdienen.

Unsere große Aufmerksamkeit gehört auch dem § 218 StGB. Nicht allzu lange vor der nationalen Erhebung mußten wir es erleben, daß die berücksichtigte und nach mancher Beziehung übel beleumundete Stuttgarter Aerztin Else Kienle im Einvernehmen mit dem jüdisch-bolschewistischen Literatenarzt Friedrich Wolf zur Märtyrerin erhoben wurde, weil man wagte, das in mancher Hinsicht unsaubere Handwerk der gewerbsmäßigen Abtreibung und der offenen Propaganda hierfür zu legen. Bezeichnend für das „System“ war es allerdings, daß man ihr Urlaub (1) aus der Untersuchungshaft gab, nachdem sie einen Hungerstreik inszeniert hatte, und sie es dann vorzog, nach Amerika zu verschwinden. Tatsächlich wären, wie man sagt, in jenen Riesenprozeß auch viel zuviel „Damen der Gesellschaft“ hineingezogen worden!

Man muß gesehen haben, mit welchem Fanatismus die Jünger Moskaus in wüsten Versammlungen ihre unsinnigen und für uns verbrecherischen Thesen aufstellten, man muß es gehört haben, wie tief sich sogenannte bürgerliche Aerzte erniedrigten und welchen moralischen Tiefstand sie unter dem Mäntelchen einer angefaulten Weltanschauung das Wort redeten, um den Unterschied zu begreifen zwischen einst und jetzt, dem Ethos weitester Kreise von einst und der klaren, allein möglichen Einstellung von heute.

Nicht nur auf dem Gebiete dieses Verbrechens fielen marxistische und sonstige linksgerichtete Aerzte aus Ueberzeugung oder Habgier auf; sie scheuten sich nicht einmal, den ungeheuren Einfluß, den ihnen, als den Helfern in Not und Schmerz, Krankenbett und Sprechstunde gewährten, zu politischen Zwecken auszunützen. Schriftgewandt, wie sie waren, verfaßten sie sensationelle Broschüren erotischen Inhalts, Tendenzromane und Rührdramen und betrieben so die Volksvergiftung planmäßig mit Erfolg. Heute ist diese Form von Literatur erledigt. Die Schaubühne schmeckt nicht mehr nach „Sznankali“ jenes Wolff, der § 218 ist kein dramatischer Vorwurf mehr. Wenn aber damals einer der Unseren in einwandfreier Form Aufklärung bringen wollte, dann wurde er versempt, bedroht und wirtschaftlich erledigt. Das hat man heute schon wieder vergessen, und darum wende ich mich an Sie, auch unseren alten Kämpfern das nötige Verständnis und die Kameradschaft entgegenzubringen, die sie sich verdient haben.

Der junge Arzt, für unseren Fall meist Mitte der Dreißiger, der seine Kassenpraxis aufnimmt und der bisher als klinischer Assistent gewohnt war, Hilfsleistungen anzuordnen, sie aber beileibe nicht selbst zu erlernen, und der nur das eigentlich gehobene Aerztliche selbst ausführte, sieht sich, wenn er in die Praxis tritt, häufig einer ganz neuen und fremden Situation recht hilflos und ungeschickt gegenüber. Der ehrfurchtgebietende Nimbus des Krankenhauses fehlt, die Patienten nehmen nicht Aufstellung am Fußende des Bettes, sie fügen sich nicht in eine Hausordnung, wenn sie den neuzugelassenen Kassenarzt aufsuchen. Wer hat sachgemäß gelernt, einen Patienten zu betten, zu transportieren, brauchbare Anweisungen für die Diät zu geben, kurz, wer weiß in der Krankenpflege Bescheid? Wer kann den oft erbetenen Rat erteilen in vielfältigen Formfragen der Sozialversicherung? Zunächst kommen zum neunieder gelassenen Arzt die Unbefriedigten, die chronisch und eingebildet Kranken, um den neuen Doktor kennenzulernen, der gewiß so freundlich ist, eine in der Zeitung angepriesene Arznei auf Wunsch als Kassenrezept zu verordnen, und der übereifrig gleich zur Stelle ist, wenn man ihn auch ohne dringende Not heranzuft. Er wird, so nimmt man mit Recht an, sein warmes Herz sprechen lassen und beim Gesundheitschreiben nicht den schärfsten Maßstab anlegen. Der frisch aus der Klinik kommende Arzt schöpft unbedenklich aus dem Vollen, ohne daran zu denken, daß in der Krankenversicherung entsprechend § 368d RVO. das Maß des Notwendigen nicht überschritten werden darf. Wo dieses Maß liegt, weiß er freilich noch nicht, er lernt es aber, wenn die wohlgemeinten Mahnungen übersehen werden, in unwillkommener Form kennen, materielle Nachteile, Rückersatz oder gar empfindliche Strafen werden ihn schmerzlich belehren. Er wird gerade im Bewußtsein, daß unser Staat die Rückkehr zum Einfachen, Natürlichen unterstützt und fordert, versuchen, mit möglichst geringem Aufwand auszukommen und sich nach jeder Richtung hin sparsam zu betätigen. Wenn er unter der Herrschaft des Kopfschmerzlichen, also einer Bezahlung, die sich nach dem Mitgliederstand richtet und nicht nach der Anzahl der erkrankten Mitglieder oder der vorgenommenen Einzelleistung, dazu neigt, des Guten stets zu-

viel zu tun, betreibt er also aus Ueberängstlichkeit oder materiellen Gründen Polypragmatie, wie der schöne Sachausdruck lautet, so schädigt er seine eigenen Standesgenossen, da er aus dem gemeinsamen Topf mehr herausnimmt, als ihm ordnungsgemäß zukommt. Er wird auch zweckmäßig nur das Nützlichste und Wirksamste verordnen, denn er ist seit jüngster Zeit nicht mehr ängstlich an einengende Verordnungsvorschriften gebunden, wenn er nur unter einem gewissen Normalwert, dem Regelbetrag, bleibt. In der Kassenpraxis ist alles reglementiert, alles in Paragraphen, Richtlinien und Bestimmungen eingeteilt; manchem fällt es im Anfang begreiflicherweise schwer, in diesen spanischen Stiefeln seinen wirklich nicht ganz „freien Beruf“ auszuüben.

Auch in der Privatpraxis wird man aber manche Klippen zu vermeiden haben und bedenken müssen, daß Ueberforderungen, Unterbietungen, falsche Datangaben (im Interesse der Angehörigen von Mittelstandsversicherungen) geeignet sind, das gute Einvernehmen mit den Nachbarkollegen empfindlich zu stören. Hier bestehen freilich keine exakten, sondern nur Rahmenbestimmungen, aber in jeder Gegend haben sich gewisse Richtpreise der Schichtung der Bevölkerung entsprechend eingebürgert und Normen eingespielt, deren Beachtung dringend empfohlen werden muß.

Wie lassen sich alle diese peinlichen Auswirkungen eines im ganzen wohlbedachten und zweckmäßigsten Systems vermeiden? Am einfachsten wohl durch treue und ehrliche Kameradschaft, durch kollegiale Zusammenarbeit mit erfahrenen Aerzten und Beachtung ihres wohlgemeinten Rates. Dabei wird man sich dessen bewußt sein müssen, daß auch in unserer Organisation statt der parlamentarischen Verwaltungsform der Führergedanke Einzug gehalten hat und daß es uns erst so möglich geworden ist, an maßgebenden Stellen gewichtigen Einfluß zu gewinnen. Die zielbewußte Marschroute geht heute nach der Richtung, daß der Arzt wieder mehr zur Ehrfurcht vor den ungenügten Kräften der Natur erzogen wird, statt hauptsächlich das Laboratorium und die Hilfswissenschaften sprechen zu lassen. Der NS.-Aerztebund ist daran, ein eigenes Schulungslager, am idyllischen Tollense-See in Mecklenburg gelegen, einzurichten, um dort wissenschaftlich und weltanschaulich die jungen Aerzte mit den engeren und weiteren Zielen der nationalsozialistischen Aerztesführung bekannt zu machen. Durch die Einrichtung von Gesundheitsämtern der Partei wird der Primat auch hier angedeutet. Die Aerzteschaft bringt ihre gerade unserem Beruf so naheliegende Volkverbundenheit dadurch öffentlich zum Ausdruck, daß sie Bestandteil der Arbeitsfront ist. Hierdurch wird rein organisatorisch die frohbekennende Bindung an den neuen Staat und seine Formen eindeutig betont. Der Arzt von heute richtet sein Augenmerk nicht ausschließlich auf das Individuum, sondern auf das Volksganze, von der individuellen Hygiene ist er zur Volkshygiene übergegangen. Rasseproblemen und vor allem der Judenfrage schenkt er die gebührende Beachtung, und er wertet die Erkenntnisse der Erbbiologie, er bekämpft die freiwillige Geburtenbeschränkung, die falsche Auslese und die rassische Vermischung. Die Partei hat die Gesundheitsführung übernommen und den Schutz des erbbiologisch Wertvollen in den Vordergrund gestellt. Schon längst sind wir über das Stadium theoretischer Erwägung hinaus, denn wir stehen mitten in der praktischen Arbeit. Diese Arbeit für SA., SS. und NSD. wurde jahrelang meist ehrenamtlich geleistet. Ihres großen Umfanges wegen wird sie aber dem Leistungsprinzip entsprechend in Zukunft angemessen vergütet werden müssen. Ein ganz neues Arbeitsgebiet, eine ganz neue Blickrichtung hat sich aufgetan, denn alle die nötigen

Untersuchungen und Begutachtungen verlangen auch eine neue Einstellung, neue Methoden und neuen, nie verfallenden gegenwartsnahen Idealismus.

An uns liegt es also, gegen den drohenden Valkstad, den wir bei der katastrophalen Geburtenverminderung sonst herannahen sehen, anzugehen, im Bewußtsein, daß wir Aerzte im Dritten Reich nicht Angehörige eines Standes, sondern Mitglieder eines Volkes sind. Die besonders eingehende Beschäftigung mit dem Rasseproblem hat in der bekannten Ariergesetzgebung einen vorläufigen Abschluß gefunden. Sie soll nicht — das ist immer hervorgehoben worden — zum Ausdruck bringen, daß wir besser sind, aber das Bewußtsein festigen, daß wir anders sind, und daß die möglichste Reinhaltung der Rasse wichtige Voraussetzung für die gesunde Weiterentwicklung unseres Volkes und seine Höchstleistungen ist. Der neue Staat hat die Bedeutung unserer politischen Forderungen nach Schutz des rassisch Wertvollen sofort erkannt und sie machtvoll in die Tat umgesetzt, als er das Gesetz zur Verhütung des erbkranken Nachwuchses schuf; hier sei auf das Standardwerk von Gütt-Rüdin-Ruttkie verwiesen, wo ausführlich alles Wissenswerte in zuverlässiger Form geboten wird. Im Rahmen dieses Gesetzes vom 1. Januar 1934 hat der deutsche Arzt eine gänzlich neue, überaus verantwortungsvolle und daher schwere und wichtige Aufgabe erhalten, denn maßgebend sind für den Gang des Verfahrens zunächst seine Begutachtungen.

Wer je im Zweifel sein konnte, ob dieses Gesetz berechtigt, ob es notwendig war, dem seien die erschütternden Zahlen ins Gedächtnis zurückgerufen, die der Reichsarztesführer auf dem Parteitag 1934 in seinem großen Referat bekanntgegeben hat!*

Während die Partei die Gesundheitsführung und Förderung der gesunden und erbbiologisch besonders wertvollen Volksgenossen betreibt, erstrebt der Staat durch seine Gesundheitsämter, die am 1. April 1935 in Tätigkeit treten, eine Vertiefung der Aufgaben auf gesundheitlichem Gebiet. Sein Interesse gilt der Gesundheitsführung, der Ueberwachung der Minderwertigen, dem Kampf gegen die Infektionskrankheiten, der Aufklärung und der Behandlung erkrankter und geschädigter Volksgenossen. Er treibt aktive Bevölkerungspolitik durch Gewährung von Ehestandsdarlehen und Förderung einer modernen Siedlungspolitik. Ueberall wird der Arzt im nationalsozialistischen Staat eingeschaltet. Ueberall bedarf man seines Rates und seiner Mitarbeit, wo früher nur der Jurist zur Geltung kam.

Um von vornherein den angehenden Arzt auf seine Tätigkeit vorzubereiten, ist auch an eine Reform des ärztlichen Studiums gedacht, denn die von der Hochschule entlassenen Mediziner haben viel zuviel trockenes Wissen, aber nicht immer das nötige praktische Können auf den Weg mitbekommen.

Eine Reichsarztesordnung wird die organisatorischen Beziehungen vereinfachen und dem Arzt eine Standesordnung geben, die Bewährtes beibehält, aber auch Neues hinzufügt.

Die Reform der Sozialversicherung und insbesondere der hier im Vordergrund stehenden Krankenversicherung stellt der Aerzteschaft neue und verantwortliche Aufgaben. Die Selbstverwaltung haben wir schon erhalten, die Mitarbeit in den Beiräten der Krankenkassen, ein Ziel, dessen Verwirklichung vor Jahren noch außerhalb jeder Wahrscheinlichkeit lag, wird uns auch hier den Sachverständigen-Einfluß verschaffen, der dem Ganzen dienen soll.

*) Folgt Fortsetzung.

Wenn wir von den Möglichkeiten, die sich für uns aufgetan haben, den weisen Gebrauch machen wollen, den Staat und Partei von uns verlangen, dann bedarf es der Anspannung aller guten Kräfte. Wir werden zu beweisen haben, daß die Ethik des nationalsozialistischen Arztes gefestigt ist, um Opfer bringen zu können und um bewußt und freudig, aber auch wirtschaftlich gesichert mitzuarbeiten am Erstarken und Gesunden der Nation. Staat und Gesellschaft sehen also im modernen Arzt eben nicht nur den ärztlichen Journalisten, sondern, wenn man so sagen darf, auch den Klassiker, der bei all seinem Tun und Lassen die Zukunft des Volksganzen im Auge hat und so wichtige Pionierarbeit leistet, wenn er neben dem leidenden Volksgenossen die große bevölkerungspolitische Zielsetzung nicht außer acht läßt.

Nicht bei jedem wird es ohne Umstellung im Fühlen, Denken und Handeln abgehen, wenn er wirklich wertvolle Arbeit leisten will. Dabei möge ihm zur Richtschnur dienen, was der Reichsärztesführer in seiner ersten größeren programmatischen Rede in Weimar zum Ausdruck brachte:

Treue zum eigenen Ich, Treue zum Volk,
Treue zum Führer!

Das Führerprinzip in der Krankenversicherung.

Auf Grund des Gesetzes über den Aufbau der Sozialversicherung vom 5. Juli 1934 in Verbindung mit der jüngst ergangenen Fünften Durchführungsverordnung gelangt nunmehr auch in der Sozialversicherung und damit in der Krankenversicherung das Führerprinzip zur Einführung. Die Träger der Krankenversicherung (Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen) werden nun künftig nicht mehr von vielköpfigen Vorständen und Ausschüssen, sondern von einem verantwortlichen Kassenleiter geleitet, dem ein Beirat zur Seite steht. Eine Ausnahme machen nur noch jene Krankenkassen, bei denen ein Reichskommissar die Aufgaben der früheren Organe übernommen hat. Hier treten die Vorschriften über die Führung erst mit der Aufhebung des Kommissariats in Kraft. Bezüglich der Landkrankenkassen wird noch bestimmt, wann hier die Vorschriften über die Führung in Kraft treten.

Leiter bei den Betriebskrankenkassen sind die Führer des Betriebes oder ihre Stellvertreter, bei den Innungskrankenkassen ein von der Innung mit Zustimmung der Handwerkskammer berufener Meister oder Geselle der Innung. Sofern eine Innungskrankenkasse für mehrere Innungen errichtet ist, so ist für die Berufung des Leiters die Kreishandwerkerschaft zuständig. Bei den Ortskrankenkassen ist der Geschäftsführer, den der Leiter der Landesversicherungsanstalt ernannt, Leiter der Krankenkasse. Vor der Ernennung ist der Beirat zu hören. Bei den Ortskrankenkassen gilt für das Jahr 1935 als Leiter vorläufig der Geschäftsführer oder kommissarische Geschäftsführer, den die Kasse am 1. Januar 1935 hatte. Die Aufsichtsbehörde kann in diesem Jahre den Leiter abberufen, wenn es die dienstlichen Belange erfordern, und einen anderen vorläufigen Leiter einsetzen. Die Ernennung erfolgt erstmals ohne Anhörung des Beirates. Dafür ist das Sozialamt der Deutschen Arbeitsfront zu hören. Wird die Krankenkasse — Innungskrankenkasse — ehrenamtlich geleitet, so führt ein besoldeter Geschäftsführer unter Weisung des Leiters die laufenden Geschäfte der Verwaltung. Eine als ehrenamtlicher Leiter berufene Person muß die Gewähr dafür bieten, daß sie jederzeit rückhaltlos für den nationalsozialistischen Staat eintritt, das 27. Lebensjahr vollendet hat und arischer Abstammung ist. Ist der Berufene verheiratet, so muß auch seine Ehe-

frau arischer Abstammung sein. Die ehrenamtlichen Leiter werden zunächst für das Jahr 1935 berufen; später dauert die Amtszeit fünf Jahre.

Neben jedem Leiter werden ein oder mehrere Stellvertreter bestimmt. Die Zahl der Stellvertreter ist in der Satzung festzulegen. Bis zum Erlaß der Satzung trifft der Leiter der Kasse mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde die nötigen Bestimmungen. Die Berufung der Stellvertreter des Leiters erfolgt durch den Leiter selbst, jedoch mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde. Der Leiter bestimmt dabei Umfang und Dauer der Stellvertretung; er kann die Berufung mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde widerrufen. Hingegen bedarf es bei den Betriebskrankenkassen nicht der Zustimmung der Aufsichtsbehörde zur Bestellung der Stellvertreter der Leiter. Für die ehrenamtlichen Stellvertreter des Leiters gilt bezüglich der nationalen Zuverlässigkeit, Alter und Abstammung, was bereits über die ehrenamtlichen Leiter der Kassen gesagt ist.

Der dem Leiter der Krankenkasse zur Seite stehende Beirat setzt sich aus Versicherten der Krankenkasse und Führern von Betrieben, deren Gefolgschaft bei der Krankenkasse versichert ist, oder Stellvertretern solcher Führer in gleicher Zahl, einem Arzt und einem Vertreter der Gebietskörperschaft, für die die Krankenkasse örtlich zuständig ist, zusammen. Die Berufung der Versicherten, der Führer von Betrieben und ihrer Stellvertreter erfolgt durch die Aufsichtsbehörde nach Anhörung der Deutschen Arbeitsfront bzw. ihres Sozialamtes. Den in den Beirat zu berufenden Arzt benennt der Reichsärztesführer, den Vertreter der Gebietskörperschaft deren Leiter. Die Benennung des Arztes und des Vertreters der Gebietskörperschaft bedarf der Bestätigung der Aufsichtsbehörde, soweit nicht die Reichsregierung benannt hat. Dem Beirat einer Betriebskrankenkasse gehören nur Versicherte und Vertreter des Führers des Betriebes, diese mit der gleichen Stimmenzahl an. Bei Betriebskrankenkassen beruft der Führer des Betriebes seine Vertreter; die Versicherten beruft die Aufsichtsbehörde nach Anhörung des Vertrauensrates.

Der erste Beirat ist zu bilden, sobald der Leiter der Krankenkasse sein Amt angetreten hat, und zwar spätestens zum 31. März 1935. Die Zahl der Versicherten und der Führer von Betrieben im Beirat wird durch die Satzung festgelegt. Sie darf bei Krankenkassen mit weniger als 100000 Mitgliedern nicht mehr als je 3, bei den übrigen nicht mehr als je 5 betragen. Die Zahl der Versicherten und Führer von Betrieben im Beirat ist so gering bemessen, um einen arbeitsfähigen Beirat sicherzustellen. Für jedes Mitglied des Beirates sind 2 Stellvertreter auf dem gleichen Wege wie die Mitglieder zu berufen. Sie vertreten das Mitglied in der für sie bestimmten Reihenfolge und rücken an seine Stelle, wenn es ausscheidet. Sind beide Stellvertreter eines Mitgliedes fortgefallen, so bestimmt bei den als Führer von Betrieben und als Versicherte berufenen Mitgliedern die Aufsichtsratsbehörde die Stellvertreter aus den übrigen Stellvertretern derselben Gruppe. Ist insgesamt die Hälfte der Stellvertreter einer Gruppe ausgeschieden, so sind erneut Stellvertreter zu berufen. Für den Arzt und den Vertreter der Gebietskörperschaften können jederzeit nach Bedarf neue Stellvertreter berufen werden. Bei den Betriebskrankenkassen kann der Führer des Betriebes oder sein Stellvertreter auf die Bestellung seiner Vertreter verzichten. Er kann ihre Stimme selbst führen.

Die Amtsdauer des ersten Beirates dauert zunächst bis zum 31. Dezember 1936, in Zukunft beträgt die Amtsdauer der Beiräte 5 Jahre.

Auch die Mitglieder eines Beirates müssen, soweit sie berufen werden, wiederum das 27. Lebensjahr vollendet haben, die Gewähr dafür bieten, daß sie jederzeit bereit sind, sich rückhaltlos für den nationalsozialistischen Staat einzusetzen, sowie arischer Abstammung sein.

Aufgabe eines Beirates ist es, den Leiter in seinen Obliegenheiten zu unterstützen und zu beraten. Ueber die rechtliche Stellung des Beirates werden noch besondere Vorschriften erlassen. Nach dem Gesetz werden die Verhandlungen des Beirates von dem Leiter der Krankenkasse oder seinem Stellvertreter geführt. Der Leiter ist befugt, für besondere Zwecke Ausschüsse zu bilden und zu ihnen auch andere Personen als Beiratsmitglieder zuzuziehen. (Miehle, Aerztebl. f. Hessen Nr. 6/35.)

Steuerecke

Die laufenden Umsatzsteuerzahlungen des Arztes.

Von Dr. jur. et rer. pol. K. Wuth,

Sachverständigen in Steuerfragen, Berlin W 9.

Wann haben die Vorauszahlungen und Voranmeldungen zu erfolgen?

Der Arzt hat die Vorauszahlungen und Voranmeldungen auf die Umsatzsteuer vierteljährlich für die Umsätze des vorangegangenen Vierteljahres vorzunehmen, wenn der Umsatz 1934 20000 RM. nicht überschritten hat; war er höher, so tritt an die Stelle der vierteljährlichen Fälligkeitstermine (10. April, 10. Juli, 10. Oktober, 10. Januar) die Verpflichtung zu monatlichen Vorauszahlungen und Voranmeldungen.

Ob der Arzt vierteljährliche oder monatliche Vorauszahlungen und Voranmeldungen vorzunehmen hat, richtet sich, wie erwähnt, nach dem Umsatz des Vorjahres. Maßgebend ist nach den gesetzlichen Bestimmungen der „steuerpflichtige Umsatz“ im Sinne der allgemeinen Umsatzsteuerpflicht, so daß die auf Grund der besonderen Befreiungsvorschriften umsatzsteuerfreien Umsätze (z. B. Kasseneinnahmen) ebenfalls zu berücksichtigen sind. (Die Finanzämter lassen allerdings häufig zu, daß die steuerfreien Umsätze bei der Berechnung der Grenze außer Betracht bleiben.) Voranmeldungen hat der Steuerpflichtige selbst dann einzureichen, wenn nur steuerfreie Umsätze ausgeführt werden. Die Umsatzsteuerpflicht kann nur dann außer Betracht bleiben, wenn die Vorauszahlung für das Kalendervierteljahr nicht mehr als 5 RM. beträgt, d. h. unter Berücksichtigung des regelmäßigen Steuerfuges von 2 v. H. nicht mehr als 250 RM. im Vierteljahr vereinnahmt sind.

Die Schonfrist bis zum 17. ds. Mts. ist grundsätzlich fortgefallen; sie wird nur noch ausnahmsweise auf besonderen Antrag gewährt. Bei einer verspäteten Abführung der Vorauszahlung wird grundsätzlich der Säumniszuschlag von 2 v. H. des Steuerbetrages fällig. Von der Erhebung des Säumniszuschlages wird jedoch abgesehen, wenn der rückständige Steuerbetrag weniger als 100 RM. beträgt oder, falls er höher ist, sofern der Arzt zahlt, bevor er wegen des Steuerrückstandes gemahnt oder öffentlich an die Zahlung erinnert worden ist. Dies gilt aber nicht, wenn der Steuerpflichtige mehrmals mit Steuerbeträgen böswillig im Rückstand geblieben ist. Außerdem kann, wenn auch ein Säumniszuschlag nicht berechnet wird, doch die Beitreibung des fälligen Umsatzsteuerbetrages seitens des Finanz-

amtes vorgenommen werden, wenn vorher eine Mahnung — gegebenenfalls durch öffentlichen Anschlag — erfolgt ist.

Wann setzt das Finanzamt die Vorauszahlung fest?

Wird die Voranmeldung von dem Steuerpflichtigen nicht rechtzeitig abgegeben, so kann das Finanzamt den steuerpflichtigen Umsatz schätzen und eine entsprechende Vorauszahlung verlangen. Statt dessen kann es aber auch die Voranmeldung innerhalb einer bestimmten Frist nachfordern und die Vorauszahlung erst nach fruchtlosem Ablauf der Frist festsetzen.

Welche Abzüge sind zulässig?

Der Umsatzsteueratz beträgt, wie bisher, 2 v. H. der Roh-einnahmen. Abzüge für Unkosten sind grundsätzlich nicht zulässig. Eine Ausnahme gilt nur für die sogenannten durchlaufenden Posten, d. h. Beträge, die der Arzt nicht für Rechnung, sondern auch im Namen des Patienten verausgabt. Die Rechnung muß also auf den Patienten lauten. In allen anderen Fällen, in denen der Arzt Arzneien, Heilmittel, Hilfsmittel oder dergleichen lediglich für Rechnung, aber nicht im Namen des Patienten anschafft, können die Beträge nicht abgezogen werden.

Nach wie vor umsatzsteuerfrei sind die von den Krankenkassen und sonstigen reichsgesetzlichen Versicherungsträgern, Ersatzkrankenkassen, Krankenkassen der selbständigen Gewerbetreibenden und Handwerker sowie Landes- und Bezirksfürsorgeverbänden für ärztliche und ähnliche Hilfeleistungen sowie Lieferungen von Heil- und Hilfsmitteln im Sinne der Reichsversicherungsordnung gezahlten Entgelte (UmsStG. § 4 Z. 11; DB. § 29 Z. 2). Die Krankenkasse oder sonstige Kasse muß auf Grund unmittelbarer Rechtsbeziehungen zwischen ihr und dem Arzt für in Ausübung ihrer öffentlich-rechtlichen Verpflichtung ausgeführte Leistungen die Zahlung unmittelbar an den Arzt vornehmen (RSF. 17. Juli 1934). Es genügt nicht, wenn die Patienten die Kosten der ärztlichen Behandlung an den Arzt selbst entrichten und die quittierte Rechnung nachträglich der Krankenkasse vorlegen. Auch von den Versicherten an den Arzt gezahlte Zuschüsse sind steuerpflichtig.

Als ärztliche Hilfeleistung ist nur die behandelnde, nicht auch eine untersuchende oder begutachtende Tätigkeit (z. B. von Vertrauensärzten) umsatzsteuerfrei.

Wie werden Zweifelsfragen entschieden?

Bei der Berechnung der Umsatzsteuer ist es möglich, daß Zweifelsfragen entstehen und das Finanzamt höhere Vorauszahlungsbeträge verlangt, da es etwa Abzüge nicht zuläßt oder die Steuerbefreiung nicht anerkennt. In diesen Fällen kann der Steuerpflichtige nur Beschwerde an das Landesfinanzamt einlegen. Die Beschwerde ist beim Finanzamt einzureichen, das daraufhin seinen Bescheid noch ändern kann. Jedenfalls ist es bei den Vorauszahlungen noch nicht möglich, eine Entscheidung der Finanzgerichte und des Reichsfinanzhofes herbeizuführen. Etwaige Zweifelsfragen können endgültig erst im nächsten Jahre bei der Vornahme der jährlichen Veranlagung zur Umsatzsteuer nach Abgabe der Steuererklärung geklärt werden.

Bei
Hydrops

Die Heilkraft der Pflanzen!

Die potenzierte
Scilla-Wirkung!

Billig! Sparsam!

Angenehm schmeckend!

Keine Nierenschädigung

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

Kassen-P. RM. 1,53, Privat-P. RM. 3.—

Hilft noch, wo alles versagt!

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

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

Auch bei **Herzasthma**

„ „ **Aortenfehler**

„ „ **Lebercirrhose**

Das **bewährte Mittel!**

Der Steuerpflichtige muß also dem Verlangen des Finanzamtes entsprechen, falls nicht das Finanzamt auf die eingelegte Beschwerde hin anders entscheidet. Meinungsverschiedenheiten können, wie erwähnt, erst bei der endgültigen Veranlagung zur Umsatzsteuer im nächsten Jahre ausgetragen werden. Das Finanzamt wird sodann, falls bei den Vorauszahlungen zuviel Umsatzsteuer gezahlt ist, erforderlichenfalls die Umsatzsteuer zu erstatten haben.

Verschiedenes

Verordnung über Verarbeitung von Betäubungsmitteln.

Dom 20. Februar 1935.

Auf Grund des § 12 des Gesetzes über den Verkehr mit Betäubungsmitteln (Opiumgesetz) vom 10. Dez. 1929 (RGBl. I S. 215) in der Fassung der Gesetze zur Aenderung des Opiumgesetzes vom 22. Mai 1933 (RGBl. I S. 287) und vom 9. Januar 1934 (RGBl. I S. 22) wird hiermit verordnet:

§ 1.

(1) Wer eine Erlaubnis nach § 3 Abs. 1 des Opiumgesetzes zur Verarbeitung von Betäubungsmitteln besitzt, hat dem Reichsgesundheitsamt (Opiumstelle) nach den Bestimmungen dieser Verordnung Meldung über die Verarbeitung zu erstatten.

(2) Ausgenommen von der Verpflichtung nach Abs. 1 sind wissenschaftliche Institute und Tierärzte.

(3) Das Reichsgesundheitsamt kann Ausnahmen von den Bestimmungen dieser Verordnung zulassen, wenn die Verarbeitung der Betäubungsmittel auf andere Weise überwacht wird.

§ 2.

(1) Die Meldung über die Verarbeitung der Betäubungsmittel ist unbeschadet der Vorschrift des § 3 innerhalb der ersten fünf Tage jedes Monats für den vorangegangenen Kalendermonat abzugeben.

(2) Aus der Meldung muß Art und Menge der verarbeiteten Betäubungsmittel und der daraus hergestellten Zubereitungen zu ersehen sein.

§ 3.

(1) Die Verarbeitung von Kadein, Aethylmorphin (Dionin), von Indischem Hanf, Indisch-Hanfextrakt und Indisch-Hanfinktur ist jährlich nur einmal, und zwar bis zum 15. Januar, für das vorangegangene Kalenderjahr zu melden.

(2) Aus der Meldung muß Art und Menge der verarbeiteten Betäubungsmittel und der daraus hergestellten Zubereitungen zu ersehen sein. Außerdem sind die am Jahreschluß vorhandenen Bestände an Kadein, Aethylmorphin (Dionin), Indischem Hanf, Indisch-Hanfextrakt und Indisch-Hanfinktur anzugeben.

§ 4.

Ist keine Verarbeitung erfolgt, so ist in den in §§ 2 und 3 angegebenen Fristen Sehlanzeige zu erstatten.

§ 5.

(1) Diese Verordnung tritt am 1. April 1935 in Kraft.

(2) Die Meldung nach § 2 Abs. 1 ist zum ersten Male für den Monat April 1935 zu erstatten.

Berlin, den 20. Februar 1935.

Der Reichsminister des Innern.

J. D.: Pfundtner.

Bekanntmachung betr. homöopathische Behandlung.

Nach einer Entscheidung des Preussischen Aerztekammerausschusses ist jeder Arzt berechtigt, sich in geeigneten Fällen auch homöopathischer, biochemischer usw. Mittel zu bedienen. Dagegen muß ein praktischer homöopathischer Arzt, der sich ausdrücklich als solcher bezeichnet, sich auch grundsätzlich auf die Anwendung der homöopathischen Heilmethode beschränken.

Abweichungen von dieser Regel müssen sich auf besondere Ausnahmefälle beschränken, wie z. B. das Verschreiben von Morphium bei inoperablen Karzinomen.

Mit Rücksicht auf das Gesetz zur Bekämpfung von Geschlechtskrankheiten wird die Syphilisbehandlung mit Salvarsan, Quecksilber, Jod, Wismut usw. sowie die Ganarrhöebehandlung mit den anerkannten Mitteln ausdrücklich auch den homöopathischen Aerzten zugestanden.

Verstößt ein praktischer homöopathischer Arzt gegen diese Vorschriften, so wird die Kassenärztliche Vereinigung Deutschlands und gegebenenfalls auch das Aerztliche Ehrengericht eingreifen, da das ausdrückliche Bekenntnis zu einer bestimmten therapeutischen Richtung, welche andere wissenschaftlich anerkannte und erprobte Heilmethoden ausdrücklich ablehnt, notwendig eine derartige Beschränkung bedingt. Die Patienten, welche den homöopathischen Arzt aufsuchen, erwarten eine spe-

Die deutsche Ärzteschaft will selbst dosieren!

Dieser Leitfaden war für die Herstellung unseres neuen Erzeugnisses „Delargon“ maßgebend.

„Delargon“ ist ein

Milchsäure - Vollmilchpulver

ohne Kohlehydratzusatz

zur Bereitung einer hochwertigen Säuglings- und Kleinkindermilch in jeder gewünschten Konzentration.

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

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

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

Delargon



NESTLÉ

Deutsches Erzeugnis

zifisch homöopathische Behandlung und dürfen in dieser Erwartung nicht enttäuscht werden.

Aerztekammer für die Provinz Pommern.

Dr. Spanuth, Vorsitzender.

Kassenärztl. Vereinigung Deutschlands, Verw.-Stelle Pommern.

Dr. Ezerwinski, Amtsleiter.

Stimmen aus Böhmen!

Menschen in Weiß.

Von MUDr. Albert Schein, Olmütz.

Hoch klingt heute von allen Bühnen in die Welt hinaus das Lied von den braven „Menschen in Weiß“. Nun, dem war nicht immer so. Es ist ja nicht allzu lange her, seitdem sich die weiße Dienstkleidung des Arztes von heute eingebürgert hat. Der weiße Kittel verdankt ja im wesentlichen seine Entstehung der bakteriologischen Ära, deren Grundsätze der Antiseptik und Aseptik auf die Tracht des Arztes angewandt wurden. Ausschlaggebend für das heute übliche Aerztekleid in Klinik und Operationsaal war das Aufkommen der Lehre von Semmelweis und Lister, und doch pflegte selbst letzterer noch im Jahre 1883 bei Operationen den Rock ausziehen und ein gewöhnliches, nicht sterilisiertes Tuch über die Weste zu heften.

Aber auch auf der Bühne ist jahrhundertlang der Arzt über eine würfliche Passenfigur, deren Verwandtschaft mit den Aerzten der antiken Komödie ganz affenbar ist, nur selten hinausgekommen. Erscheint der Arzt in den frühesten theatralischen Ueberlieferungen unter dem Volke der „Diebe, Sklaven, Matrosen, Aerzte, Bauern“ aufgezählt, so bildete später die „Cammedia dell'arte“ einen seltsamen Aerztypus heraus: den „Dottore“, den lächerlichen Alleswisser, Schwadronneur und marktschreierischen Wundermann. Nun, seitdem diese widerliche Figur des „Dottore“ nur mehr eine theatergeschichtliche Erinnerung geworden ist, begegnete man dem Arzte der Bühne in vielerlei, doch immer seriöser Gestaltung. Der possenhafte Arzt von einst ist in der Versenkung verschwunden. Scheu und ehrfürchtiger Respekt traten allmählich an Stelle der hähnenden Fraternalität mit dem Arzte, und wenn Aerzte selbst die Autaren sind, wie Schühler und Schönherr, so rühren sie an ernste Probleme der Praxis und der sozialen Nöte.

Wieso nun — spät, aber doch — der Wandel in der Zeichnung der Aerztesfigur auf der Bühne zustande kam? — Es war vielleicht nicht so sehr die fortschreitende Entwicklung der ärztlichen Pflichtenlehre und Standesethik, als die zu Wunderleistungen emporgeblühte ärztliche Wissenschaft, die aber erkauft ward mit dem Märtyrertode Hunderter Aerzte und Forscher. Vor unserem geistigen Auge ersteht ein großer Heldenfriedhof jener Forscher, die durch Selbstversuche mit tödlichen Krankheits-erregern den herrlichen Mut fanden, im Abwehrkampfe gegen Seuchennat ihr eigenes Leben einzusetzen, um das Leben ihrer Mitmenschen zu retten. Unvergessen die Schar der Röntgenforscher, die als Opfer der so segensreichen Entdeckung gesaft ihrem

Tode entgegenzogen. Menschen in Weiß! Bemitleidenswert alle jene pflichteifrigen Jünger der Wissenschaft, die trag ihres weißen Kittels brutaler Menschenhaß in Not und Unglück gestürzt hat. Menschen in Weiß! Aber noch harren unter uns hungernd im unverbesserlichen Idealismus Menschen in Weiß jener endlichen Anerkennung und Förderung, die sie erretten könnte vor einer katastrophalen Verelendung, deren Tragik nicht durch die Starthonorare der Prominenten kaschiert werden kann. Denn allzu oft machen in der letzten Zeit jene Meldungen aufhorchen, daß greise Aerzte, denen oft, wie wohl bei keinem anderen Berufe, der verdiente und manchmal selbstgezahlte Ruhegenuß der letzten Lebensjahre verwehrt wird, nach einem Leben schwerer Arbeit den grauen Freitod einem Hungerleben vorziehen. Menschen in Weiß! Ungehört verhallen die Klagen jener Aerzte, denen die rücksichtslose Verkassung weitest Patientenschichten schon durch den beschämenden Tiefstand der Honorarsätze eine enorm gesteigerte Arbeit auferlegt, jener unbedankten Diener der Menschheit, denen trotz selbstloser Uebernahme ständig erweiterter sozialer Fürsorgearbeiten selbst der einzige Ruhetag in der sauren Arbeitswoche mißgännt wird. — Und als traurigstes Zerrbild des heftigen und doch unfreiesten aller Berufe wirkte jüngst die Kunde von jenem braven Manne, der sich weder als Arzt noch als Steinklapper fortzubringen vermochte, bis er endlich — sein Diplom ängstlich verleugnend — als vazierender Kurpfuscher sein Leben fristen durfte — — —

Ja, ganz anders liegt die Welt um diese „Menschen in Weiß“ im trügerischen Rampenlicht der Bühne als in der Wirklichkeit des Sorgenalltags. Und darum erwächst in unserer wirren Zeit, in der sich fanatisches Spartlertum weit besser bezahlt macht als alle Geistesarbeit, die Not des akademischen Proletariats, vor allem aber die unseres Aerztestandes, zu einem hochernsten Probleme. Schon kündeten sich im naterzeugten ärztlichen Konkurrenzkampfe bedauerliche Verfallserscheinungen der Standesethik und Kollegialität, und in dem einst so disziplinierten Aerzte-Kammerarchester gibt es manchmal nicht zu überhörende Dissonanzen.

Menschen in Weiß! Auf der Bühne vermag die Apologie auf ärztliche Pflichttreue zu erschüttern, im Leben aber hat der Aerztestand noch immer nicht jene dankbare Wertung gefunden, die seiner aufopfernden Arbeit entspräche. Noch immer scheinen jene alten, so köstlichen Verslein aktuell: „In drei Gestalten kennt das Publikum den Doktor: / als Engel, wenn am Krankenbette hocht er; / als Gott, wenn ihm die Heilung ist geglückt; / als Teufel, wenn am Schluß er die Rechnung schickt.“ (Aerztl. Nachricht. Nr. 5/35.)

Höchstziffern für Hochschulen.

Die Hochschulen in den deutschen Großstädten haben nach dem Kriege ein ungleich größeres Wachstum als die Hochschulen in mittleren und kleineren Städten aufzuweisen gehabt.

Der Zug nach der Großstadt ist noch unvermindert im Wachsen. Um die deutschen Studenten aus der Großstadt hinauszuführen in die kleinen und mittleren Hochschulstädte zu in-

Cachets-Dolomo

Stark wirkendes

Antiphlogisticum

und **Antineuralgicum**

Hervorragendes Grippemittel

Beim Hauptverband Deutscher Krankenkassen zur Verordnung zugelassen!

LABOPHARMA Dr. Laboschin G. m. b. H., Berlin-Charlottenburg 5, Oranienstraße 11

tensiver Arbeit und um eine möglichst enge Verbindung zwischen Hochschullehrern und Studenten wiederherzustellen und zu gewährleisten, setzt der Reichsminister für Wissenschaft, Erziehung und Volksbildung für die Universitäten der Städte Berlin, Frankfurt, Hamburg, Köln, Leipzig, München, Münster und die Technischen Hochschulen der Städte Berlin, Dresden und München Studentenhöchstziffern fest. Diese Ziffern liegen — unter Berücksichtigung der allgemein zurücklaufenden Studentenziffern — etwa 10 v. H. unter dem im Sommersemester 1935 zu erwartenden Besuch der genannten Hochschulen. Diese Bestimmungen finden für Ausländer keine Anwendung.

(Süddeutsche Apothekerztg. Nr. 24/35.)

Ueberweisungen von Aerzten und Sachärzten.

Für die Zahnbehandlung muß der Patient in jedem Falle einen Zahnbehandlungsschein beibringen. Auf Ueberweisungsschein von Aerzten und Sachärzten kann eine Zahnbehandlung nicht vorgenommen werden.

Im umgekehrten Falle ist es auch nicht zulässig, Ueberweisungen an Aerzte und Sachärzte von einem in Zahnbehandlung stehenden Patienten vorzunehmen. Der Patient muß sich vielmehr von seiner Kasse einen Behandlungsschein für den Arzt oder Sacharzt aushändigen lassen.

Ueberweisungen von einem Zahnarzt zum anderen bleiben von dieser Regelung unberührt.

(Zahnärztl. Mitteilungen Nr. 12/35.)

Reifeprüfung und Dienst für die nationalsozialistische Bewegung.

Reichserziehungsminister Ruft hat die Unterrichtsverwaltungen der Länder ersucht, auch für die Reifeprüfung zum Ostertermin 1935 und für die Reifeprüfungen, die noch im Laufe des Schuljahres 1935/36 abgehalten werden, bei Beurteilung der Persönlichkeit des Schülers und der Frage der Reife, insbesondere den Dienst für die nationalsozialistische Bewegung zu berücksichtigen. Es sei in diesem Zusammenhang zu klären, ob der Schüler der SA., der SS. oder der HJ. angehöre. Seine Betätigung in diesen Verbänden, deren Anforderungen gegen früher noch gestiegen seien, die Häufigkeit des Dienstes und die Länge der Zugehörigkeit zu diesen Verbänden solle gebührend gewürdigt werden. Das gleiche gelte sinngemäß auch für die weibliche Jugend bezüglich der Zugehörigkeit zum BDM.

D.

Bekanntmachungen

Die Aerztl. Abrechnungsstelle Niederbayern der KVD. befindet sich jetzt in München, Karlstraße 21. Aerztlicher Leiter ist Herr Dr. Friedrich Sifcher, München.

Reichsstelle für Sippenforschung.

Die Dienststelle des Sachverständigen für Rassenforschung beim Reichsministerium des Innern hat die Bezeichnung „Reichsstelle für Sippenforschung“ erhalten.

Personalia

Hochschulaufsichten.

Der Rektor der Universität Erlangen, Prof. Dr. Dr. Johannes Reinmoeller, wurde am 1. April in gleicher Diensteseigenschaft nach Würzburg berufen. An seine Stelle tritt als Ordinarius der Zahnheilkunde in Erlangen Prof. Dr. Wulstrow in Würzburg.

Als Nachfolger des nach Würzburg berufenen Rektors der Universität Erlangen wurde Univ.-Prof. Dr. Specht ernannt. Prof. Dr. Fritz Specht hat sein Arbeitsfeld auf dem Gebiete der Ohren-, Nasen- und Kehlkopfkunde.

Generalstabsarzt der Armee Dr. Seydel konnte am 1. April 1935 sein 60jähriges Jubiläum als Sanitätsoffizier der alten Armee feiern.

Bücherschau

Das Gesundheits-Stammbuch. Anleitung zu seinem Gebrauch. Herausgegeben vom Hauptamt für Volksgesundheit in der Reichsleitung der NSDAP. Verlag der Deutschen Aerzteschaft, Berlin 1925. Preis 86 Pfennig.

Durch das Gesetz zur Vereinheitlichung des Gesundheitswesens vom 3. Juli 1934 ist eine Neuregelung des staatlichen und öffentlichen Gesundheitswesens für das gesamte Reichsgebiet eingeleitet worden. Das Hauptamt für Volksgesundheit soll in erster Linie nicht den kranken Menschen erfassen, sondern den Menschen, der nicht krank und im Sinne der Sozialversicherung auch nach nicht krankheitsgefährdet ist, aber trotzdem nicht die Sarm aufweist, die bei seiner Erbanlage zu erwarten wäre und somit möglichst erreicht werden muß. Die Untersuchungen müssen deshalb den funktionellen Leistungsstand ermitteln und bestrebt sein, diesen Leistungs- und Gesundheitszustand in ein Verhältnis zu dem anlagemäßig möglichen Zustand zu bringen.

Schriftleitung: Dr. Philipp Oechsner, Haar — Anzeigen: Ernst Scharfjinger, München-Nymphenburg. DA. 5500 (I. D). 35.)

Anfragen und Zuschriften, die Schriftleitung betreffend, erbeten an Dr. Ph. Oechsner, Haar b. München, Telefon 475 224. Redaktionsschluss Donnerstag Abend der Woche vor Erscheinen.

Bellagenhinweis.

Der Gesamtauflage dieser Ausgabe liegen folgende Prospekte bei:

1. »Broncovydrin« der Firma Dr. R. & Dr. O. Weils Arzneimittel-fabrik, Frankfurt a. M.
2. »Pelargon« der Firma Deutsche A. G. für Nestle Erzeugnisse, Berlin.

100 Jahre
1835—1935

BAD-NAUHEIM

Herz- und Gefäßkrankheiten / Rheuma
Zentrale und periphere Nervenerkrankungen, antikatarthale Wirkungen.

Kohlensäurereiche Kochsalzthermen (30,5—34,0° C / Zahlreiche aufs feinste dosierbare Bäderformen.

Zweite Septemberhälfte: XI. Bad-Nauheimer ärztlicher Fortbildungslehrgang: „Die Beziehungen von Kreislauf und Atmung“.

ZINKOCOLL

HARTMANN

**Das Hautschuttpflaster
des Arztes**
reizlos + zäh klebend + ansehmiiegend

PAUL HARTMANN AG. HEIDENHEIM BR.
Abteilung Pflasterfabrik

Für den Privatbedarf des Arztes

Café Luitpold Restaurant

Die varnehm gemütliche Gaststätte Münchens
Sehenswerte Räume
Vorzügl. Mittagstisch von Mk. 1.20 an. Paulaner-Biere

Täglich nachmittags u. abends Konzerte allererster Künstlerkapellen



Herrenhüte

für hohe Ansprüche:

Haarhüte	6 ⁵⁰	8 ⁵⁰	12 ⁵⁰
Velourhüte	9 ⁹⁰	14 ⁵⁰	18.—

A. Breiter Kaufingerstraße 23 • Weinstraße 6
Dachauer Str. 14 • Zweibrückenstr. 5 • Schellingstr. 29

Briefmarken

Auswahlen unerreicht
preiswert, desgl. zu
Einheitspreisen je
Marke 1 und 3 Pfg.
Zusendung portofrei.
Neumann, Hauptm.
a. D., Bad Salzflufen.



Elfenbein-

Schmuck, Miniaturen, Figuren
Auswahlsendung d. RICHARD
HAFFKE, DRESDEN-N. 165

120 Pianos

Flügel - Harmoniums

a. Lager. Neue Pianos, Weltmarke, ab
Mk. 670.—, gebrauchte ab Mk. 275.—
Reelle Garantie, a. W. Teilzahlung.

Piano-Lang

Kaufingerstraße 8/1.

Einbanddecken

für die

Bayerische Ärztezeitung 1934

und frühere Jahrgänge Mk. 2.—.

Verlag der Ärztlichen Rundschau
Otto Smelin, München 2 BS, Schließfach 228.

Schreib- maschinen

Große Auswahl
neu u. gebraucht
niedrige Preise
Teilzahlung
Vervielfältiger
Reinhold
Schulz

Lindwormstraße 1/1
a. Sendlingertorplatz
Ruf 540 18

Emallschilder

Stilta auszeichnen!

Klavier- stimmer

gut und billig
Pg. K. Wallner,
Mitglied des
Blindenbundes,
empfohlen dch. Hrn.
Kammersänger
Wilh. Rode u. a. m.
Preis Mk. 4.50, auch
Reparat. wd. angen.
Telephon 62274.
Blutenburgstr. 52/1.

ALLE

Emallschilder

SCHILDER ALLER ART
Stempel nur bel

Th. Kommerell, München
Galeriestraße 30. Tel. 24870. (Vorzugspreise)

Lungenfachgutachten

durch den Verlag der Ärztlichen Rundschau
Otto Smelin, München 2 BS

Medizin!

Verlangen Sie
Verlags-
verzeichnis vom
Verlag der
Ärztl. Rundschau
Otto Smelin,
München 2 BS.

UHREN / GOLD- und SILBERWAREN

Reparaturen aller Art!

J. B. FRIDRICH
München, Sendlingerstr. 14
älteste Spezialgeschäft am Platze

Was dem Arzt Du hast zu bieten,
Wird geprüft von ihm sehr scharf;
Lauter Treffer, keine Nietten
Bringt ein Inserat „Privatbedarf“.

Auf der Seite »Für den Privatbedarf des Arztes« werden Anzeigen
mit 9 Pfg. pro Millimeter berechnet. / Alleinige Anzeigenannahme
WAIBEL & CO., ANZEIGEN-GESELLSCHAFT, MÜNCHEN-BERLIN
Münchener Anschrift: Leopoldstraße 4. / Fernsprecher Nr. 35653

Ärzteblatt

für Bayern

vormals Bayerische Ärztezeitung (Bayerisches Ärztliches Correspondenzblatt)

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

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

Bayerische Landesärztekammer: Postfachkonto München 5252; Staatsbank München OD 125989

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

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

Allgemeine Anzeigenannahme: Walbel & Co. Anzeigen-Gesellschaft München-Berlin. Anschrift: München 23, Leopoldstraße 4, Fernsprecher 35653, 34872.

Nummer 16

München, den 20. April 1935

2. Jahrgang

Inhalt: Geh.-Rat Dr. Georg Sittmann. — Besonderheiten der Landpraxis. — Verschiedenes: Vorsicht bei Verordnungen von Novolainlösungen. — Danzig errichtet eine Akademie für praktische Medizin. — Sperre für die Ausübung des Arztberufes durch Ausländer in Frankreich. — Strafmaßnahmen gegen englische Kassenärzte. — Privatkliniken genießen gleichen Schutz wie Krankenhäuser. — Amerika. — Vom holländischen Hochschulwesen. — Gebühren bei Urkunden über die arische Abstammung. — Versammlungen. — Bekanntmachungen. — Personalia.

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

Geh.-Rat Dr. Georg Sittmann.

Am 9. April dieses Jahres hat Geh.-Rat Universitätsprofessor Dr. Sittmann, langjähriger Direktor des Krankenhauses r. d. Isar, seinen 70. Geburtstag gefeiert.

Sein Name ist weit über die Grenzen der bayerischen Heimat hinaus bekannt.

Als Arzt und Organisator erwarb er sich bedeutende Verdienste. Auf dem Gebiete der Unfallbegutachtung war Sittmann anerkannte Autorität.

Ein Schüler Ziemssens stand er im Rufe eines glänzenden Diagnostikers. Die neuzeitliche Ausgestaltung des Krankenhauses r. d. Isar ist zum größten Teil sein eigenes Werk.

Geh.-Rat Sittmann war ein kompromißloser Politiker, ein leidenschaftlicher Kämpfer gegen alles Undeutsche.

Ad multos annos!

Schriftleitung.

Besonderheiten der Landpraxis*).

Von Dr. Diem, Marktbreit.

Wenn ich heute einem Rufe der Landesstelle Bayern mit Dank folgend zu Ihnen über die „Besonderheiten der Landpraxis“ spreche, so unterziehe ich mich dieser Aufgabe mit besonderer Freude, weil mich dieses Thema schon in meiner Studienzeit ganz besonders bewegt hat.

Als Sohn eines vielbeschäftigten Stadtorztes habe ich in dem vornehmeren und sauberen Milieu der Stadt die Licht- und in der zunehmenden Spezialisierung unseres Standes die Schattenseiten einer städtischen Allgemeinpraxis kennengelernt und als Schwiegersohn eines ebenso beschäftigten als vielseitigen Landarztes, der über 40 Jahre mit seiner einfachen Pferdewirtschaft von Dorf zu Dorf fuhr, nicht nur als Arzt, sondern als väterlicher Freund seiner Schutzbefohlenen, habe ich auch die Vor-

züge und Nachteile einer Landpraxis bei Mitarbeit und Vertretung zur Genüge erfahren.

Und wenn schließlich eine Mischung von Zufall und Vorliebe mich als geborenen Städter einst zwar nicht in eine reine Landpraxis, so doch in Kleinstadtverhältnisse mit Landpraxis zur selbständigen Tätigkeit geführt hat, so können Sie daraus schon ersehen, welcher Art der ärztlichen Berufsausübung ich den Vorzug schenkte.

Und noch 27-jähriger eigener Kleinstadt- und Landpraxis würde ich heute — trotz aller Enttäuschungen, wie sie jeder in den Jahren sammelt — wieder dieselbe Wahl treffen, obwohl jetzt die Motorisierung unserer Verkehrswege die Abgeschiedenheit ländlicher Verhältnisse gemildert und die gelegentliche Möglichkeit städtischer Genüsse näher gerückt hat.

Die „Besonderheiten der Landpraxis“ möchte ich mit Ihnen kurz nach vier Seiten betrachten:

1. Besonderheiten der Berufsausübung,
2. Besonderheiten in bezug auf das zu betreuende Volk,
3. Besonderheiten gegenüber der K.V.D.,
4. Besonderheiten gegenüber den Kollegen.

1. Besonderheiten der Berufsausübung.

Die Besonderheiten des platten Landes, die oft weite Ausdehnung der Praxis, die oft große Entfernung von Städten, Verkehrszentren und Krankenhäusern bringt es mit sich, daß der Landarzt in seiner Berufsausübung oft ganz allein auf sich angewiesen ist. Die schwierigsten Fälle sind oft in seine alleinige Hand gegeben, die Mut, Geschicklichkeit, Entschlußfähigkeit und Können erfordern, und auch die vielen einfacheren Fälle des täglichen Lebens gehen durch seine Hand, die in Städten oft von vorneherein in die Behandlung des Facharztes gelangen. Der Landarzt muß sie ohne die modernen Hilfsmittel der Klinik diagnostisch und therapeutisch bearbeiten; er hat oft nicht die Möglichkeit der Aussprache mit Kollegen, der Zuziehung von Fachärzten. Nicht aus ursprünglicher Abneigung scheidet er diesen weniger Patienten zu, als sie es manchmal wünschen, sondern weil er eine ganze Reihe von Leistungen, die in das Arbeitsfeld sowohl des Facharztes als auch des Allgemeinpraktikers gehören können, infolge der weiten Entfernung entsprechender Sach-

*) Vortrag, gehalten beim Einführungslehrgang für die Kassenpraxis in Würzburg (29. mit 31. 3. 35.)

ärzte, aber auch kraft eigenen Könnens selbst vornimmt. Er muß wahrhaft der Vallarzt sein; er muß aber auch die Grenzen seines Könnens kennen. Ohne lange Beobachtung, wie sie in der Klinik gang und gebe und in der Stadtpraxis viel eher möglich ist, muß er seine Maßnahmen treffen. Seine Schwierigkeiten werden so oft verkannt. Wissen Sie, was es heißt, bei dem Schein einer Stollaterne und einer Kerze ohne Assistenz eine Tracheotomie zu machen, wobei noch zwei Leute, welche die Kerze halten, nacheinander ohnmächtig werden? Wissen Sie, was es heißt, bei einer infolge Placenta praevia ausgebluteten Patientin in engem Raum bei Kerzenschein eine Entbindung zu leiten? Es sind freilich Fälle aus eigener Praxis aus einer Zeit, da mir noch kein Kraftwagen vielleicht die Möglichkeit gegeben hätte, die Kranken die 8 Kilometer in mein Krankenhaus zu bringen und noch keine Ueberlandzentralen für genügende Beleuchtung sorgten. Aber solche Fälle kommen auch heute noch in entfernten Ortschaften und einsamen Höfen vor.

Und doch schaut man gar oft etwas geringschätzig auf den Landarzt. Und doch — lehren uns solche Fälle, wie ich sie erwähnt habe, nicht die Notwendigkeit, daß wir auf dem Land Aerzte haben, die in allen Sätteln gerecht, voll und gründlich in allen Zweigen der Heilkunde erfahren sind? Lehren sie uns nicht, daß aufs Land die vielseitigsten Aerzte gehören, die sich allein ohne fremde Hilfe auf ihre ärztliche Begabung und auf ihre geschickte Hand verlassen können?

Die Verantwortungsbewußte Aufnahme einer ärztlichen Landpraxis erfordert daher ein hohes Maß von Können und Selbstvertrauen und es darf für sie nur die beste Allgemeinbildung eben gut genug sein.

Sie erfordert Mut, Mut nicht nur in verzweifeltsten Fällen am Krankenbett, sie erfordert auch Mut, in Verhältnissen tätig zu sein, in denen eine Anerkennung nicht nur ideell, häufig auch real nur allzu oft versagt wird.

Sie verlangt trotz all dieser hohen Anforderungen aber auch noch eine gewisse Bescheidenheit der Lebenshaltung.

Die Lebensansprüche haben sich in der Nachkriegszeit im ganzen Volk und nicht zuletzt unter unseren Kollegen überspannt. Daher kommt es auch, daß so wenig Kollegen den Mut aufbringen, ärztliche Tätigkeit auf dem Lande aufzunehmen. Freilich, die Wohnungsverhältnisse sind oft einfacher als die in der Stadt, bisweilen fogar beschränkt, Kinas und Cafe fehlen. Die Braut rümpft das Näschen über schiefe Wände, Stallgeruch und ungepflasterte Straßen. Und dann meinen unsere jungen Aerzte, sie müßten gleich mit einer Praxis anfangen, die nicht nur den Lebensunterhalt deckt, sondern sofortige Ersparnisse ermöglicht. Zum mindesten glaubt jeder, seine Landpraxis mit einem Wagen von 6 oder gar 10 PS. eröffnen zu müssen. Die neuesten Apparate werden als Lockmittel für staunende Patienten aufgestellt, die sich niemals rentieren. Ich habe den Eindruck, daß viele junge Kollegen ein zu hohes Kopital anlegen. Kenne ich doch Landpraxen, in denen heute noch ein Kraftwagen einen Luxus bedeutet, Praxen, die mit einem Fahrrad recht gut, wenigstens zu Anfang bewältigt werden könnten. Aber man muß doch zeitweise in die Stadt fahren.

Wir müssen bescheiden er werden; dann bleiben auch so mancherlei Sorgen und Aerger von selbst aus. Und statt eines kostspieligen Wagens schaffe man sich eben einen Kleinwagen an, wenns das Rad nicht tut und man verzichtet eben auf Stadtfahrten und hält sich zu Hause bereit für seinen Beruf. Diese notwendige Besonderheit der ärztlichen Landpraxis, wo nicht immer andere Kollegen zum Ersatz bereitstehen, wie in der Stadt, dieses Bereitsein in bescheidenen Verhältnissen, dieses reißlose Aufgehen im Beruf auch in widrigen Lagen allein im Bewußtsein

erfüllter Pflicht für unser Volk sollte wieder das Ideal vieler junger berufsfreudiger Männer werden.

Nicht das Phantom des alten übrigens längst überlebten Sprichwortes „dot Galenus opes“ darf Ziel und Zweck ärztlicher Landpraxis sein, sondern allein das freudige Bekenntnis, das Beste, was man an der Schule gelernt, einem Volke zu geben, das wert ist, mit ihm und für es — wenn auch bescheiden — zu leben.

Ungleich mehr Zeit verbraucht der Landarzt für seine Besuche als der Stadtarzt. Selbst im Zeitalter des Kraftwagens geht viel Zeit und sicher auch viel Geld auf der Landstraße verloren. Und auch im Kraftwagen sind Ueberlandsfahrten nicht immer reine Freuden, wenn Wind und Wetter, Schnee und Glätte die Straßen verschlechtern, gar wenn eine Autopanne, meist ausgerechnet bei einem Fall, wo rasches Vorwärtskommen nötig wäre, den Arzt zwingt, auf offener Straße seinen eigenen Mechaniker zu machen. Die Betreuung des Wagens auf täglicher Fahrt, die Sorge, wenn er bei Frost lange stehen muß und alles andere Drum und Dran ist oftmals eine rechte Last und wiegt die Freuden und die Möglichkeit gelegentlicher Vergnügungsfahrten nicht auf. Man schaue also nicht mit Neid auf den autofahrenden Landdokter.

Eine offene Wunde ist für den Landarzt die Frage der Fortbildung. Als Vollarzt ist sein Arbeitsgebiet schier unermesslich, und die Notwendigkeit, durch Lektüre und Besuch von Fortbildungskursen sich immerwährend auf dem laufenden zu halten, ist bei ihm eher größer als bei dem Stadtarzt. Diesem stehen, besonders, wenn er in einer Universitäts- oder sonstwie größeren Stadt wohnt, eher die Möglichkeit, Fortbildungsvorträge anzuhören oder der Gedankenaustausch mit Allgemein- und Fachkollegen zur Verfügung. Für den Landarzt ist das alles mit größeren Schwierigkeiten verbunden. Die Frage der Vertretung und der Kosten ist vielfach nicht oder nur sehr schwer zu lösen.

Aber es muß geklagt werden, daß oft auch eine gewisse Interesselosigkeit, eine gewisse Stagnation beim Landarzt in seiner mehr oder weniger selbst verschuldeten Abgeschlossenheit eintritt, die mit dem zweifellos konservativen Milieu des Landlebens nicht entschuldigt werden darf.

Freilich ist es Sache der ärztlichen Organisationen, Mittel und Wege zu weisen, die einer regelmäßigen Fortbildungsmöglichkeit auch des Landarztes Rechnung tragen; aber es ist auch Sache jedes Einzelnen, hier mitzuarbeiten und wenn die Besonderheiten der Landpraxis die Lösung dieser brennenden Frage zwar schwieriger gestalten, so muß doch immer wieder auf die Notwendigkeit ausgedehnteren Fortbildungswillens als bisher hingewiesen werden.

Ich bespreche

2. die Besonderheiten der Landpraxis gegenüber dem Volk.

Es wäre unverständlich, wenn jemand nach meinen Klärlegungen noch mit einer Geringschätzung vom Landarzt sprechen wollte. Daraus ergäbe sich auch eine Geringschätzung der von ihm betreuten Volksschicht. Dabei ist diese, nämlich der Bauernstand, eines der wertvollsten Glieder der Volksgemeinschaft. Denn wir halten den Bauernstand für das Rückgrat des Staates.

Freilich, er macht den Landärzten durch seine Besonderheiten das Leben oft sauer. Aber der Arzt muß sich mit diesen Eigenheiten des Bauern nicht nur abfinden, er muß sie verstehen lernen.

Der Bauer zieht im allgemeinen den Arzt selten zu Rate. Von Haus aus gesund, naturverbunden und robust, erkrankt er ohnehin seltener als der Städter und wenn er krank wird, so mißt er kleineren und — leider — freilich auch schwereren Krankheits-

erscheinungen oft nicht die Bedeutung bei, wie der feinfühliger oder vielleicht auch empfindlichere Städter.

Ruft er aber den Arzt, so will er rasch, oft mit einer einzigen Verordnung, geheilt sein. Häufige Besuche duldet er im allgemeinen nicht. Meist nach dem ersten Besuch schon erhält der Arzt den Befehl: „Wir lassens wieder sagen, wenn sie wieder kommen sollen.“ Der Arzt wird diese Einstellung oft als eine rechte Erschwerung seiner Bestrebungen empfinden, ohne zunächst an die finanzielle Seite zu denken. Aber der Bauer versteht es nicht, wenn der Arzt von einer Notwendigkeit, einen Fall in wiederholten Besuchen zu beobachten, spricht. Dazu veranlaßt ihn nicht nur seine übertriebene Sparsamkeit, sondern er lebt der Ueberzeugung, daß der Arzt, den er doch für einen gescheiten Mann hält, mit einem Blick seine Diagnose stellen muß. Wie oft habe ich es erlebt, daß nach einem Blick auf den Patienten und flüchtiger Betastung des Pulses die Angehörigen schon fragen: „Nun, Herr Doktor, um was handelt es sich denn?“

Auch ärztlichen Konsilien steht der Bauer mißtrauisch gegenüber. Seine Ansicht ist, daß ein Arzt einen Konsiliarius nur zieht, wenn er sich nicht auskennt.

Alles Dinge, für welche die städtische Bevölkerung mehr Sinn hat.

Der deutsche Bauer will auch, daß man schlicht und einfach, nicht in Fremdwörtern, sondern deutsch mit ihm spricht; er verlangt, daß man auf seine naturverbundene naive Darstellungsweise und zur gegebenen Zeit auch auf seine religiös weltanschauliche Einstellung die gebührende Rücksicht nimmt.

Nirgends muß der Arzt mehr mit dem Volk zu fühlen verstehen als auf dem Lande. Das erfordert Anpassungsfähigkeit und ein warmes Herz für die Seele des Volkes, die oft unter einer recht rauhen Schale verborgen ist.

Wehe dem Arzt, wenn er sich da Blößen gibt, aber durch ein hochfahrendes, gar schnoddriges Wesen den einfachen Mann abstößt.

Der bäuerliche Wunsch nach rascher Heilung und schnellster Diagnose verlangt vom Landarzt eine gewisse Intuition, wie sie so viele alte Aerzte hatten, die mit Auge, Nase und Ohr oft rascher Krankheiten feststellten als wir, die einen komplizierten Untersuchungsapparat aus der Klinik ans Krankenbett mitbringen zu müssen glauben.

Der Arzt hat verspielt, der am bäuerlichen Krankenbett nicht kurz und bestimmt seine Auskunft und Anweisungen gibt. Der naive Mensch hat ein feines Gefühl für Unsicherheit, Zaudern und Schwanken. Der Bauer hat auch seinen Stolz. Er ist leicht mißtrauisch. Er läßt sich nicht für dumm halten; aber er liebt es, wenn man auf seine ursprünglichen Anschauungen eingeht.

So ist das Arztsein auf dem Lande oft schwer, besonders für einen, der nicht auf dem Lande ausgewachsen, sich nicht anpassen kann. Das Vertrauen zum Arzt ist oft von einem Gestrüpp von Vorurteilen gegen den gelehrten Mann, Vorurteilen gegen die Schulmedizin, Aberglauben und — Geiz umwuchert.

Und — leider, leider — die Rentensucht ist auch in bäuerliche Kreise hineingewachsen und schafft tägliche Konflikte zwischen gewissenhaften Aerzten und Patienten, die sonst ehrlich, bieder und genau doch auch von der falschen Moral angekränkt sind, daß die Befehle „Du sollst nicht stehlen“ und „Du sollst nicht lügen“ keine Geltung haben, wenn es sich um die Kasse des Versorgungsamtes, der Krankenkasse, einer Berufsgenossenschaft oder sonst einer Versicherung handelt, weil man ja selbst soviel Geld hineingezahlt hat. In diesen Fragen der ärztlichen Moral ein starres Rückgrat haben und kein Jota vom Weg des Rechtes und der Gerechtigkeit abzuweichen ist daher für den Landarzt nicht weniger nötig als für den Kollegen in der Stadt. Der Bauer ist in diesen Dingen vielleicht nicht so raffiniert, wie der Städter,

aber er ist bei Ablehnung von Rentenansprüchen viel schwerer zu überzeugen; denn er versteht es nicht, daß eine Einrichtung, in die er, sei es zwangsweise, sei es freiwillig, zahlt, ihre Leistungen mit allen möglichen Einschränkungen, Abstufungen und sonstigen Klauseln umgibt.

Auf dem Lande tritt der Arzt viel persönlicher in Beziehung zu seinen Patienten. Er kommt gar manchmal in die Lage, auch in Dingen, die mit seinem Beruf nicht in direktem Zusammenhang stehen, Rat und Auskunft erteilen zu müssen. Er wird gar oft in familiäre Angelegenheiten eingeweiht und es kann sich dadurch ein wahrhaftes Vertrauensverhältnis entwickeln, welches auch seine ärztliche Tätigkeit nutzbringend befruchten kann.

Die Hygiene der Wohnung und Kleidung der bäuerlichen Bevölkerung muß sich der Landarzt auch angelegen sein lassen. Er soll da wirklich Berater und er kann Führer werden. Es gilt noch manche Vorurteile und alte Gepflogenheiten auszurotten.

Der Arzt auf dem Lande soll auch etwas von der Kochkunst verstehen. Die einfache, rauhe und derbe Kost ist für Kranke oft ungeeignet und es fehlt nicht selten das Verständnis für eine zweckmäßige Krankenkost. Für eine solche Anweisungen zu geben, bietet sich auf dem Lande gar oft Gelegenheit. Es ist zwar durch die Ausdehnung der Haushaltungsschulen vieles besser geworden, aber recht oft liegt die Zubereitung einer liebevollen Krankenernährung oder gar einer Diätkost noch recht im Argen.

In der Säuglingsfürsorge sind zwar neuzeitliche Anschauungen durch Wort und Schrift bereits weit ins Volk gedrungen, aber auch da findet der Landarzt noch immer ein umfangreiches Arbeitsfeld.

Eine heikle Angelegenheit auf dem Lande ist die Schwesterfrage. Als Volksfreunde müssen wir Aerzte unumwunden zugeben, daß Krankenschwestern gerade auf dem Lande, wo dem Bauern die Zeit und das Verständnis für die Feinheiten der Krankenpflege oft mangelt, im Interesse des Volkswohls eine zwingende Notwendigkeit sind.

Aber es ergeben sich für den Arzt doch recht leicht Konflikte, weil der Bauer in der Krankenschwester sofort seine Vertrauensperson sieht und weil sie nicht mit dem Odium belastet ist, für ihre Arbeit nachher eine Bezahlung zu fordern.

Dazu kommt, daß unseren jungen Aerzten leider oft der Sinn und das Verständnis für die niederen Leistungen der Krankenpflege mangelt, sei es, daß sie dieselben nicht gelernt haben, sei es, daß sie sich über diese erhaben dünken.

Das Volk fühlt instinktiv, daß die Krankenschwester ihm näher steht, als der durch Wissen und Stellung aus ihm herausgehobene Arzt. Auch aus Ersparnisrücksichten wird es sich oft zuerst an die Schwestern wenden. Es ist kein Zweifel, daß gerade auf dem Lande oft Unzuträglichkeiten eintreten, wenn Schwestern, sei es auf Drängen des Volkes selbst, sei es aus falschem Mitleid mit seinem Geldbeutel, sei es auch aus einem gewissen Stolz die rechtzeitige Zuziehung des Arztes verhindern.

Die Schwestern-Mutterhäuser haben zweifellos den guten Willen, solche Uebergriffe immer seltener werden zu lassen; aber sie kommen immer wieder vor, und dieses Verhältnis zwischen Schwestern und Aerzten hat unsere ärztliche Organisation schon seit Jahren immer wieder mit sorgenvollen Besprechungen beschäftigt.

Die Frage ist von dem einzelnen Arzt nur mit einem besonderen Takt, *sine ira et studio* zu lösen. Richtschnur kann nur das Volkswohl sein. Wird dieses durch verzögerte Inanspruchnahme des Arztes gefährdet, so hat dieser nicht nur das Recht, sondern die Pflicht, vorzugehen. Er hüte sich aber in den Verdacht zu kommen, daß eigene finanzielle Erwägungen ihn in eine Kampffront gegen die Schwestern stellen, sonst hat er verloren.

Je besser ein Arzt persönlich mit seinen Schwestern steht, je mehr er ihnen zeigt, daß er nicht nur von seiner großen Heilkunde, sondern auch von den kleinen Hilfeleistungen, wie sie die Schwestern ausüben sollen, also von der eigentlichen Krankenpflege etwas weiß, je mehr Achtung er ihnen durch seine Berufsausübung obndingt, desto weniger werden die Schwestern selbst Anlaß nehmen, den Arzt an die Seite zu drücken.

Der Arzt auf dem Lande soll mit dem Volk fühlen und leben, aber er soll über ihm stehen. Bei aller Volkverbundenheit muß er Distanz wahren. Es liegt nahe, daß der Arzt mangels anderer Gesellschaft zu intim mit seinen Bauern wird. Es ist nicht gut, wenn er die Sonntag-Nachmittage oder die Abendstunden mit seinen Bauern im Wirtshaus beim Karten verbringt oder sich gar einmal berauscht sehen läßt.

Dagegen holte ich es für wertvoll, wenn er mit den Angehörigen gleichwertiger Berufsstände im guten Einvernehmen steht. Mehr als in der Stadt soll der Landarzt mit dem Ortsgeistlichen — gleichviel, ob er seiner Konfession angehört oder nicht — und mit dem Lehrer gute Beziehungen unterhalten. Unendlich oft berührt sich am Krankenbett das Arbeitsgebiet des Arztes mit dem des Geistlichen. Der Beiden Zusammenarbeit kann nicht nur auf die Seele, sondern auch auf den kranken Körper Wunder wirken. Und ebensooft sollte die Arbeit des Lehrers mit der des Arztes in den Fragen der Erziehung der Jugend Hand in Hand gehen. Die drei Berufe können gerade auf dem Lande durch Zusammenarbeit wahrhaft völkische Gemeinschaftsaufgaben lösen. —

Ich komme zum 3. Punkt, zu den Besonderheiten der Landpraxis in den Beziehungen des Landarztes zur KVD.

Die KVD ist der sichtbare und auch geistige Zusammenschluß aller Kassenärzte in den großen Aufgaben, die der Gesetzgeber ihnen für die Durchführung der Sozialversicherung zugewiesen hat.

Die KVD ist aber auch die Verwalterin des Vermögens der Aerzte, soweit es aus der Sozialversicherung fließt und es kann nicht oft genug betont werden, daß an dieser Verwaltung des Gesamtvermögens jedes einzelne Mitglied der KVD, also jeder Kassenaarzt beteiligt und mitverantwortlich ist.

Auf dem Lande hat diese Verantwortung eine ganz besondere Bedeutung, weil ein ganz beträchtlicher Teil der ärztlichen Gesamtgebühren, welche die KVD verteilt, auf eine Besonderheit der ärztlichen Landpraxis entfällt, nämlich auf diejenigen Gebühren, welche der Arzt als Ersatz für seine Auslagen und für seine Zeitversäumnis bei Ueberlandbesuchen, d. i. für die sogenannten Weggebühren, erhält. Der Arzt bekommt also auf dem Lande nicht nur wie in der Stadt eine Besuchsgebühr, sondern dazu noch ein Weggeld.

Samit besteht für ihn die Möglichkeit, für einen Besuch eine wesentlich höhere Gesamtgebühr zu erhalten als der Stadtorzt, wenn auch ein Teil dieser Gebühren als Ersatz für bare Auslagen gegeben, aber wieder ausgegeben wird.

Wir haben früher leider oft die Erforschung machen müssen, daß unlautere Elemente die Berechtigung solcher Weggebühren ausgenützt haben und entgegen der Vorschrift, daß diese auf einer Fahrt nach einem Ort nur einmal verrechnet werden dürfen, also bei Besuch mehrerer Kassenpatienten unter diesen gleichmäßig zu verteilen oder nur einem in Rechnung zu stellen sind, für mehrere Versicherte volle Weggebühren gefordert haben.

Dieses Verfahren ist strafbar. Wer auf der gleichen Fahrt mehreren Kassenpatienten volle Weggebühren aufrechnet, macht sich des Betruges schuldig.

Stadtärzte haben manchmal mit einem gewissen Neid auf die Weggebühren der Landärzte geschaut. Dazu ist kein Grund. Hat

der Landarzt doch lange nicht die Möglichkeit ausgedehnterer Sprechstundenbehandlung, wie der Stadtorzt. Dieser hat auch in seiner enger begrenzten Umgebung Gelegenheit zu häufigeren Besuchen, die auf dem Land, wenigstens in größeren Orten, schon deswegen beschränkt werden müssen, weil sie einen wesentlich größeren Zeitaufwand erfordern. Der Arzt in reiner Landpraxis muß daher, wie der alte Spruch lautet, „notgedrungen sein Geld mit dem Hasenboden verdienen“ und es liegt die Versuchung nahe, falls die Zeit zur Verfügung steht, diesen sei es im Kraftwagen, sei es im Fuhrwerk, fleißiger zu benützen als unbedingt nötig. Ich sagte zwar vorhin, daß der Bauer häufige Besuche nicht schätzt, aber wir sprechen hier von den versicherten Landbewohnern, bei denen der Wunsch nach Schonung des eigenen Geldbeutels wiederholte Besuche nicht so unerwünscht erscheinen läßt, wie bei nicht versicherten Bauern. Der Landarzt hat somit bei dieser Gruppe schon die Möglichkeit, je nach persönlicher Neigung oder auch noch höher oder tiefer eingestellter wissenschaftlicher Erwägung, seine Ueberlandbesuche nach ihrer Zahl zu beschränken oder auszudehnen.

Hierin ergibt sich die Hauptverantwortung des Landarztes gegen seine KVD, deren Mittel nur zur Befriedigung der unbedingt notwendigen ärztlichen Hilfeleistungen, also auch nur der unbedingt notwendigen Weggebühren ausreichen.

Ein Konflikt mit wissenschaftlichen Erfordernissen braucht dabei keinesfalls zu entstehen. Denn was der kranke Mensch unbedingt braucht, muß ihm gegeben werden, ob es sich um Medikamente oder um Besuche mit Weggebühren handelt. Aber es muß doch entschieden gerade für die jungen Aerzte darauf hingewiesen werden, daß der Maßstab klinischer Gepflogenheiten auf die ärztliche Landpraxis nicht angewendet werden kann. Es ist gewiß zweckmäßig, auch die scheinbar harmlosesten Erkrankungen in der Klinik mit einer täglich zweimaligen Visite zu betreuen; in der Landpraxis scheitert ein solcher — rein wissenschaftlichen Erwägungen entspringender — Versuch einmal in ausgedehnten Prozen an der zur Verfügung stehenden Zeit, und zum zweiten an den Kassen.

Ich werde natürlich bestrebt und verpflichtet sein, eine ernste Erkrankung, wie z. B. eine kruppöse Pneumonie bis zur Krisis oder eine schwere Diphtherie täglich zu besuchen, aber bei dem großen Heer der alltäglichen Erkrankungen, wie Angina, Grippe, Rheumatismus, Lumbago u. a., wenn keine Komplikationen entstanden sind, können 2 oder 3 Besuche allen berechtigten Wünschen der Patienten und der Wissenschaft Rechnung tragen.

Und es muß auch auf dem Lande verlangt werden, daß alle gehfähigen Patienten zur Sprechstunde kommen. Es ist nun einmal in der Eigenart des Landlebens begründet, daß mancherlei Geschäfte mit größeren Wegen verbunden sind. Solche ist die Landbevölkerung gewöhnt, bei geschäftlichen Besorgungen, bei Schulbesuch und Kirchgängen und sie können ihm daher auch bei gewissen Krankheitsfällen zugemutet werden. Falsches, ganz unnötiges Mitleid des Arztes, das letzten Endes doch nur in seiner persönlichen Verdienstmöglichkeit an Wegegebühren wurzelt, kann nicht geduldet werden. Es kann z. B. nicht zugestanden werden, daß Ponoritien mit Hausbesuchen behandelt werden, wenn nicht etwa Komplikationen in Form von Scharlach, Lymphangitis oder dergl. sich hinzugesellt haben. Es muß auch von der Landbevölkerung erwartet werden, daß erkrankte Kinder, wenn irgend möglich in die Sprechstunde gebracht werden. Rücksichten und Zugeständnisse an die Bequemlichkeit der Bevölkerung dürfen nicht gemacht werden. Das ist nicht Schikane; wir müssen dem Volk klarmachen, daß wir als Treuhänder seines eigenen Geldes, das es in die Kassen gezahlt hat, handeln.

Häufiger als in der Stadt wird der Landarzt bei langwie-

rigen Erkrankungen, die allzuviel Wegegebühren der KVD. aufbürden, oder in Fällen, in denen die Pflegemöglichkeiten auf dem Lande nicht ausreichen, Krankenhauspfllege beantragen. Es besteht zwar heute seitens der Kassen das Bestreben, diese nach Möglichkeit einzuschränken; aber die Eigenart des Landes, wo für Krankenpflege oft weder Zeit noch geeignete Räume vorhanden sind, werden Krankenhauspfllege viel häufiger nötig machen als unter städtischen Bedingungen. Die meines Erachtens in diesem Punkte heute übertriebenen Spormaßnahmen der Kassen dürfen uns nicht verleiten, den obersten Grundsatz, Krankheiten rasch und unter den für dieses Ziel geeignetsten Bedingungen zu heilen, zu verkennen. Ungeheizte Räume, zugige Dachkammern und sonstige Räume, deren Beschaffenheit von den Ställen oft merkwürdig absticht, sind keine Krankenzimmer.

Die Verwaltung der Wegegebühren, wie sie so in unsere Hand gegeben ist, erfordert von den Landärzten ein vollgerütteltes Maß von Verantwortungsbewußtsein; es dürfen keine Zugeständnisse weder an die Eigensucht des Arztes, noch an die Bequemlichkeit der Bevölkerung gemacht werden, auch dann nicht, wenn vielleicht einem Nachbarkollegen nachgesagt wird, daß er weitherziger denke. In solchen Fällen hat jeder Kollege die Pflicht, die ärztliche Organisation zu unterrichten, daß sie Ordnung hält; es darf da nicht ein Arzt gegen den andern ausgespielt werden.

Es ist oft nicht ganz leicht, unzulässige Forderungen des Publikums abzuweisen. Dazu gehört schon manchmal Mut und Bestimmtheit und jede Neigung, auf Kosten der KVD. durch unnötige Landbesuche Geld zu verdienen, muß mit aller männlichen Entschiedenheit abgelehnt werden. Wir sind nicht in erster Linie dazu da, um Geld zu verdienen, sondern wir sind zu nichts anderm da, als wie es auch der Gesetzgeber vorschreibt, dem Versicherten die unbedingt notwendige Hilfe angedeihen zu lassen.

Was darüber hinausgeht, ist ein unzulässiger Verstoß gegen die Gemeinschaft der Kollegen, welche aus einem Topfe essen. Die Gemeinschaftsaufgabe, die gemeinsame Bindung und die Gemeinschaftsverpflichtung aller Mitglieder der KVD. kann nicht ernst genug immer wieder betont werden.

Aber ebenso betone ich, um nicht mißverstanden zu werden, nochmols: Oberstes Ziel ist der kranke Mensch. Ihm muß gegeben werden, was er zur Heilung braucht, aber nur das.

Mit den Pflichten gegen die KVD. berühren sich eng die allgemeinen Verpflichtungen gegen die Träger der Sozialversicherung, besonders die Begutachtung der Arbeitsunfähigkeit. Gegenüber städtischen Verhältnissen ergeben sich keine wesentlichen Unterschiede. Bei landwirtschaftlichen Dienstboten, die in häuslicher Gemeinschaft mit ihrem Arbeitgeber wohnen, sorgt schon der Bauer selbst dafür, daß sie sich nicht allzu lange krank schreiben lassen, zumal das bei dem niedrigen landwirtschaftlichen Grundlohn sehr bescheidene Krankengeld keinen Anreiz bildet, sich lange krank zu melden. Eher muß der Arzt bei alten, bereits invaliden landwirtschaftlichen Gelegenheitsarbeitern ein wachsames Auge haben, daß sie sich nicht über Gebühr durch Krankengeld einen Zuschuß zu ihrer Invalidenrente zu verschaffen suchen. Auch die auf dem Lande für die Kassen erschwerte Kontrolle ihrer Arbeitsunfähigen wird dem Landarzt zu einer aufmerksamen Beobachtung krank geschriebener Kassenmitglieder veranlassen.

Es mag aber in diesem Zusammenhang ganz allgemein auf die gewissenhafte Handhabung aller Aufgaben, die aus der Tätigkeit als Kassenarzt uns erwachsen, aufmerksam gemacht werden.

Ich bespreche

4. die Besonderheiten der Landpraxis in dem Verhältnis der Landkollegen untereinander.

Es mag dies das schwierigste Kapitel sein. Und ich weiß, vielfach fehlt es gerade auf dem Lande daran. Glücklicherweise die Kollegen, die in geschlossenem Bezirk allein, ohne Konflikte mit Nachbarkollegen ihrem schönen Beruf nachgehen können. Sie sind selten geworden in unserer Zeit, da die Ueberfüllung des Standes auch auf dem Lande viele neue Arztstühle entstehen ließ. Als Folge hat sich vielerorts ein wüster Konkurrenzkampf entwickelt, in dem auch so viele Ideale des Berufes untergegangen sind. Und die Ursache: das liebe, böse Geld.

In der Stadt spielt sich der Konkurrenzkampf — mit Widerwillen gebrauche ich dieses mit allen Schattenseiten des Geschäftsmäßigen belastete Wort — mit gleichwertigeren Wajsen ab. Die Besuchsgebühren sind im allgemeinen nicht wesentlich verschieden; auf dem Lande verschärfen die Wegegebühren die Unterschiede; der Dorfklatz sorgt dafür, daß die einzelnen Aerzte in ihrer Rechnungsstellung und in ihrer Art, wie sie mit dem Volke umgehen, gegeneinander abgewogen und ausgespielt werden. Und bei der teilweisen Notlage der Landbevölkerung — sie trifft heute freilich höchstens noch für Kleingütler zu — und bei der übertriebenen Knauserigkeit des Bauern wird der „billige Jakob“ auch unter den Aerzten seitens des Publikums besonders geschätzt. Und leider gibt es auch charakteristische Aerzte, die aus dieser Einstellung für sich Vorteile zu ziehen wissen und noch dem Grundsatz „die Masse macht“ gegen Nachbarkollegen übelste Konkurrenz treiben und so unseren edlen, heiligen Beruf entweihen. Denn die ausgemacht „billigen Jakobe“ handeln nicht, wie ich überzeugt bin, aus christlicher Nächstenliebe, sondern aus übelster geschäftlicher Betrachtungsweise eines Berufes, in dem das Wort „Geld“ eine untergeordnete Rolle spielen müßte. Und sie verderben auch noch das Volk, das auf solche Weise lernen muß, daß dieser ideale Beruf auch eine recht schmutzige geschäftliche Seite haben kann. Und kein Wunder, daß es doraus für sich Vorteile zu ziehen sucht.

Nicht allein Unterbietungen in den Wegegebühren spielen dabei eine traurige Rolle, auch Nachgiebigkeit bei Hausbesuchen in der Kassenpraxis, Nachgiebigkeit bei der Bestätigung der Arbeitsunfähigkeit und, was besonders drückend für alle die sein muß, die es mit der ethischen Hochzüchtung unseres Standes ernst nehmen, Entgegenkommen in Unfall- und Rentenangelegenheiten. Nichts schafft gerade auf dem Lande einem Arzt leichter den Vorrang vor Nachbarkollegen, als wenn er dafür bekannt wird, daß von ihm jedes Zeugnis zu hoben ist, er also ein besonderes Herz für das schaffende Volk hat.

Auch auf dem Lande können die Aerzte kollegial nebeneinander wohnen und arbeiten. Aber es ist kein Zustand, wenn es Aerzte gibt, die durch einen benachbarten Arztstuhlin in einen dritten fahren und dort zu billigen Preisen die dortigen Aerzte schädigen. Und wenn solche behaupten, sie würden ihrer besonderen Tüchtigkeit wegen soweit entfernt gerufen oder sie müßten dem Rufe Folge leisten, weil in den Nachbarbezirken alte, unmoderne Aerzte säßen, so glaube ich es ihnen nicht.

Gegen solche Mißstände sind schon die alten örtlichen Organisationen mit allen Mitteln vorgegangen. Sie verlangten schon immer, daß die Aerzte ihre wirklichen Entfernungsgebühren rechnen, wenn es sich um Privatpatienten handelte. In der Kassenpraxis wurde nur die Berechnung nach dem Wohnort des nächstwohnenden Arztes gestattet und es wurde verlangt, daß

ein weiter entfernt wahnender Arzt die größere Entfernung privat in Rechnung stellte. Diese Forderung scheiterte leider häufig an der Sabotage unkollegioler Elemente, so daß wir neuerdings gezwungen waren, Besuche in Orten, die mehr als 2 km von der Wohnung des nächstwahrenden Arztes entfernt liegen, überhaupt zu verbieten. Ausnahmen im Interesse der Kollegen oder der Bevölkerung kann der Amtsleiter zulassen.

Besuchsfahrten, ohne daß Anmeldungen vorliegen oder bettlägerige Kranke laufend zu betreuen sind, Fahrten, die also lediglich dem Patientensang dienen, müssen als standesunwürdig verboten werden.

Auch der Landarzt hat darauf zu achten, daß Anmeldungen zu Besuchen außer durch persönliche Bestellung nur durch den Fernsprecher erfolgen. Es ist standesunwürdig, daß in Landgemeinden ausgehängte Söhnchen an Wirtshäusern dem durchfahrenden Arzt Besuchsanmeldungen anzeigen. Das könnte in einer abgeschlossenen Praxis eines einzelnen Arztes vielleicht nach geduldet werden, hatte früher Sinn in der sogenannten alten guten Zeit, als es noch keine Fernsprecher gab; sobald mehrere Aerzte in einer Ortschaft Praxis ausüben, wirkt aber ein solches Verfahren entwürdigend.

Es ist merkwürdig, wie erfunderisch manche Aerzte in geschäftsmäßigen Kniffen sind, um Patienten an sich zu locken. Das mag in Städten genau so oft vorkommen als auf dem Land. Hier wirken sich aber solche Machenschaften viel verheerender aus. Besonders verführerisch ist der Kraftwagen. Er bietet ja die Möglichkeit, Patienten spazieren zu fahren oder zu transportieren; ja ich habe es vor Jahren erlebt, daß Patienten zu Höhen-sonnenbestrahlungen kastenlos zu Hause abgeholt und wieder heimgebracht wurden. Was gibt es da für menschenfreundliche Aerzte gegenüber ihren borstigen Nachbarkollegen! Man kann auch sanft erfolgreich auf „Kundensong“ ausgehen: Freibier und Kateletteessen ist bei den Dorfburschen sehr beliebt. Und es ist bisweilen wirklich entwürdigend, wie Aerzte an den Kirchweihen der Reihe nach in allen Ortschaften, besonders den gefährdeten Grenzgebieten ihrer Praxis sich durchessen und -trinken, um ja ihre Sympathie für das Volk zu beweisen gegenüber Nachbarkollegen, die über den Methaden solcher Art Praxiserwerb stehen. Unendlich viel Mißstimmung unter Landkollegen würde vermieden, wenn alle Aerzte restlos solche Gesplagenheiten und vielleicht Notwendigkeiten eines Geschäftsmannes ablehnen würden.

Zwischen den benachbarten Kollegen, zwischen den Mitgliedern eines ärztlichen Bezirksvereins bzw. einer Bezirksstelle der KVD, sollte vielmehr ein freundschaftliches Verhältnis angebahnt werden. Mit Neid habe ich schon oft beobachtet, wie Angehörige anderer Berufsstände gerade auf dem Lande, z. B. Geistliche oder Lehrer freundschaftlich zusammenkommen und miteinander verkehren, während gerade unter den Aerzten oft sehr kühle, wenn nicht gar feindliche Beziehungen herrschten. Gesellschaftlicher Verkehr gerade auf dem Lande ist ein Bedürfnis für verwandte Berufe und würde die kollegialen Beziehungen sicher bessern. Dahin rechne ich auch gegenseitige Vertretungen, welche dazu nach dem Landarzt auch regelmäßige Serienwochen ermöglichen würden.

Nicht eindringlich genug kann die Mahnung sein, sich fern zu halten von Darfklatsch, dem merkwürdigerweise auch Gebildete erliegen. Es gibt Menschen, die eine Freude daran haben, durch Zuträgereien Aerzte zu entzweien. Man gewöhne sich daran, nichts zu glauben, was einem über einen Kollegen hinterbracht wird. Nur persönliche Aussprache vermeidet in solchen Fällen tiefere Mißstimmung. Denn monchen ist die Harmonie der Aerzte

ein Dorn im Auge. Sie ist aber ein Segen für den Stand und ein Nutzen für die Bevölkerung.

Ich habe mir in meiner langjährigen Tätigkeit in der ärztlichen Organisation schon oft Gedanken gemacht, woher es kommt, daß Aerzte, und zwar gerade auf dem Lande, oft so schlecht miteinander stehen.

Oft ist es wirklich so, daß Aerzte, die sonst gar nicht so leichtgläubig sind, sofort darauf hereinfallen, wenn ihnen jemand etwas über einen Kollegen erzählt. Es ist aber so, daß das Volk in den letzten Jahrzehnten das alte Vertrauensverhältnis zum alten Hausarzt, teilweise leider auch auf dem Lande verloren hat, und, wie es seinen Zucker heute bei dem, morgen bei jenem Kaufmann besorgt, auch seine körperlichen Klagen heute zu diesem, morgen zu jenem Arzt schleppt. Das Volk ist ungeduldig geworden; wird es nicht rasch geheilt, so geht es zum zweiten und dritten Arzt, für eine notwendige Beobachtung eines Krankheitsfalles hat es keinen Sinn, die Ueberschätzung mit Reklame angebotener Heilmittel und besonders der Röntgenstrahlen, deren Möglichkeit der einfache Mann verzehnfacht, führen es von einer ärztlichen Hand in die andere. Es kann hier nicht untersucht werden, wer daran die Schuld trägt, aber daraus folgern so viele Verstimmungen der Aerzte untereinander, so viele unberechtigte Kränkungen unserer Kreise, die dann eine gewisse Atmosphäre der Gereiztheit schaffen und leicht die Neigung aufkommen lassen, die Schuld an diesen Verhältnissen eher den Kollegen, als dem irreführenden und nicht mehr so konservativen Volk zuzuschreiben.

Wir müssen uns damit abfinden, daß die Menschen verschieden sind, auch wir Aerzte; des einen Wesen sagt dem oder jenem mehr zu. Bemühen wir uns alle, gute Menschen und gute Aerzte zu sein, denken wir klar und objektiv und halten wir uns frei von Krämergeist und wir werden — auch auf dem Lande — alle gut, wenn auch bescheiden nebeneinander leben können. Gemeinschaftsarbeit und Gemeinschaftsgeist muß das Ziel sein.

Lassen Sie mich aus meiner Erfahrung nach einen wunden, freilich etwas heiklen Punkt berühren, d. i. die Arztfrau auf dem Lande. Ihre Stellung erfordert den feinsten Takt. Das ärztliche Berufsgeheimnis stehe auch hier über allem. Auch die Frau hat nicht zu wissen, was ein Patient Ihnen anvertraut, soweit sie nicht Ihre Helferin in der Buchführung oder bei sonstigen ärztlichen Arbeiten ist. Denn mit besonderem Nutzen kann sich die Arztfrau auf dem Lande als Assistentin ihres Mannes bewähren. Aber sonst greife sie nicht in das feine Räderwerk des Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient ein. Sie rühre nicht die Werbetrommel für ihren Mann bei der Frau Bürgermeister, bei der Frau Lehrer oder beim Krämer. Unzählige kollegiale Verstimmungen sind oft auf solche, gar oft nur unüberlegte Geschäftigkeit zurückzuführen. Gerade auf dem Lande bedeutet der Mangel an geeigneter Gesellschaft mit gleich Gebildeten eine große Gefahr. Ich rede daher bewußt der Geselligkeit benachbarter Aerztesfamilien das Wort.

Die Familie des Arztes auf dem Lande ist gegenüber der Familie städtischer Kollegen schwer benachteiligt. Die meiste Zeit des Tages, oft sogar der Sonntage, wird der Landarzt als Gatte und Vater seiner Familie entzogen. Die Erziehung und Ausbildung der Kinder erhöht das Budget des Landarztes ganz bedeutend und es ist eine Bitternis, daß Arztkinder, wenn sie etwas lernen sollen, so bald das Elternhaus verlassen müssen. Das sind seelische und finanzielle Sargen, von denen sich der Stadtarzt oft keine rechte Vorstellung macht. Das sind auch „Besonderheiten der ärztlichen Landpraxis“ und sie tragen oft Schuld an der Landflucht der Aerzte. —

Sie sehen aus meinen Ausführungen: Gerade auf dem Lande wird vom Arzt ein besonderes Maß von Können, Berufsfreudig-

keit, Berufsethos und Anpassungsfähigkeit verlangt. Mit bedeutend größerem Aufwand an Zeit und Nervenkraft wird er die Einnahmen städtischer Kollegen erreichen, in vielen, ja den meisten Fällen wird er mit einem niedrigeren Einkommen sich begnügen müssen. Er wird weniger Zeit für Erholung, Fortbildung und Lebensgenüsse aufwenden können als seine Kollegen in der Stadt; aber seine Verbundenheit mit dem Volk, seine noch den ganzen kranken Menschen umfassende Tätigkeit hält ihn frei von mechanistischer Berufsauffassung und schafft ihm die innere Befriedigung, daß er auf dem Land vielsach noch das sein kann, was unsere Väter und Großväter waren: der Dollarzt vom alten Schrot und Korn.

Verschiedenes

Vorsicht bei Verordnungen von Novokainlösungen.

Das Novokain-Hydrochlorid wirkt für sich allein nur schwach. Seine Wirkung wird aber vertieft und verstärkt durch Zusatz von Suprarenin (Adrenalin). Obgleich seine Giftigkeit nur etwa ein Zehntel der des Kokains beträgt, können bei unvorsichtiger Verordnung und ungenauer Dosierung bedrohliche Vergiftungserscheinungen auftreten.

Auf Veranlassung des Reichsgesundheitsamtes werden daher zur Vermeidung von Unglücksfällen bei Verwendung von Lösungen von Novokain oder einem anderen Lokalanästhetikum mit Suprareninzusatz folgende Rezeptmuster veröffentlicht, die sowohl das Lokalanästhetikum wie die Suprareninlösung nach Menge und Konzentration eindeutig verschrieben erkennen lassen.

<p>1.</p> <p>Novocain hydrochlor. 0,1 Aq. dest. sterilis. (od. Solut. Natr. chlorat. physiol. sterilis.) 20,0 Adde Solut. Suprarenin hydrochlor. (1:1000) gttss II (oder III) D.S. 0,5proz. Novocainlösg. mit Suprareninzusatz.</p>	<p>2.</p> <p>Novocain hydrochlor. 0,3 Solut. Natr. chlorat. physiol. 30,0 M. Sterilisa! Adde Suprarenin hydrochlor. solut. (1:1000) gttss D.S. 1proz. Novocainlösung mit Suprareninzusatz. V</p>
<p>3.</p> <p>Novocain hydrochlor. 1,0 Solut. Natr. chlorat. physiol. 50,0 Solut. Suprarenin hydrochlor. (1:1000) gttss VIII M.D.S. 2proz. Novocainlösg. mit Suprareninzusatz.</p>	<p>4.</p> <p>1proz. Novocainlösung mit Suprareninzusatz 30,0 (5 Tr. 1:1000) M.D.S. Zu Händen des Arztes (oder Zahnarztes).</p>

Ist in der Verschreibung über eine Arznei, die Novokain und Suprarenin enthält, nicht eindeutig angegeben, in welcher Menge die Suprareninlösung (1:1000) der Novokainlösung zugesetzt werden soll, so greifen in einem solchen Falle für den Apotheker die Vorschriften der Länder über die Anfertigung von unvorschriftsmäßig ausgeführten Verschreibungen Platz. Der Apotheker wird sich mit dem Arzt oder Zahnarzt in Verbindung setzen, um eine ordnungsmäßige Verschreibung für die Anfertigung der stark wirkenden Arznei zu erlangen. Ist der Arzt nicht zu erreichen, so wird der Apotheker die Anfertigung der Arznei abzulehnen und den Arzt auf einem für diese Fälle vorgeschriebenen Wege zu benachrichtigen haben.

Nur größte Sorgfalt bei der Ausstellung von Rezepten auf Lösungen von Novokain oder einem anderen Lokalanästhetikum mit einem Zusatz des rezeptpflichtigen und mit einer höchsten Einzelgabe versehenen Suprarenins wird zu einer ordnungsmäßigen Belieferung des Rezeptes in der Apotheke führen und Gesundheitschäden durch den Zusatz einer zu hohen Menge der Suprareninlösung (1:1000) vermeiden lassen.

Danzig errichtet eine Akademie für praktische Medizin.

Eine wichtige kulturelle Neugründung hat die Hansestadt Danzig mit der Errichtung der „Staatlichen Akademie für praktische Medizin“ vorgenommen. Dieses Institut ist für die reichsdeutschen Studierenden von großem Interesse. Der Reichs- und Preussische Kultusminister hat angeordnet, daß das Studium reichsdeutscher Studenten an dieser Akademie als pflichtmäßiges Ostsemester angerechnet wird.

Sperre für die Ausübung des Arztberufes durch Ausländer in Frankreich.

Der Senatsausschuß für das Gesundheitswesen hat sich dafür ausgesprochen, daß Ausländer den Arztberuf in Frankreich erst fünf Jahre nach ihrer Einbürgerung ausüben dürfen, wenn sie inzwischen der allgemeinen Dienstpflicht im aktiven Heer Folge geleistet haben. Für diejenigen, die keinen Heeresdienst geleistet haben, beträgt die Wartezeit 10 Jahre.

Strafmaßnahmen gegen englische Kassenärzte

werden immer feltener. Das British Medical Journal sieht darin ein Zeichen des hohen moralischen Niveaus der Ärzteschaft. Bei einer Ärztezahl von 15500 und bei 15 Millionen Versicherten sind nur 72 Fälle von Regreßansprüchen an Ärzte vorgekommen, und die gesperrten Summen betragen insgesamt nur 455 englische Pfund. In 40 Fällen wurde Ärzten Nicht-einsendung von Berichten oder von verlangten Auskünften, in 15 Fällen inkorrekte Ausstellung von Zeugnissen, in 6 Fällen unberechtigte Gebührenforderung zur Last gelegt. Zweimal haben Ärzte ihren Bezirk ohne erforderliche Meldung für länger als eine Woche verlassen. (Brit. Med. J. Nr. 3842.)

Privatkliniken genießen gleichen Schutz wie Krankenhäuser.

Das Reichsversicherungsamt hat durch eine Grundentscheidung festgestellt, daß die Auffassung rechtsirrig sei, als ob Kassenvorstände berechtigt wären, Krankenhäuser zur ausschließlichen Behandlung der Kassenmitglieder zu bestimmen und alle anderen auszuschließen. Die Krankenkassen seien jetzt vielmehr verpflichtet, auch private Krankenanstalten zuzulassen, sofern Gewähr für ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Krankenhausbehandlung bestehe. Gerade die privaten Anstalten, die sogenannten Privatkliniken der Ärzte, sollten den gleichen Schutz erhalten wie die öffentlichen und gemeinnützigen Krankenhäuser.

Amerika.

Sozialversicherung. Präsident Roosevelt hat dem amerikanischen Kongreß eine Botschaft über ein großzügiges Sozialprogramm vorgelegt. Der erste Programmpunkt, der in der Botschaft Roosevelts erfüllt werden soll, ist die Arbeitslosenversicherung. Dies scheint angesichts der 16 Millionen Arbeitslosen in USA. allerdings dringend notwendig zu sein. — Die Einzelheiten im Programm Roosevelts sind noch nicht bekannt. Da die Sozialpolitik bisher ausschließlich Sache der Einzelstaaten war, wurde auch schon in mehreren Staaten eine solche Versicherung eingeführt. In sie zahlten teils nur die Arbeitgeber, teils auch die Arbeitnehmer Beiträge. Auch Gewerkschaftskassen zur Unterstützung bei Arbeitslosigkeit sind vorhanden gewesen, die jedoch bei Zunahme der Arbeitslosigkeit zumeist ihre Zahlungen einstellen mußten. Im ganzen erfreute sich der Versicherungsgedanke in der Arbeiterschaft durchaus keiner Beliebtheit. Man bezeichnete die Versicherung als „unamerikanisch“ und lehnte sie sogar ab. Roosevelt wird sich bei Durch-

führung seines Programmes auf die gemachten Erfahrungen stützen und die kommende Gesetzgebung für alle Einzelstaaten verbindlich machen. — Andere Zweige, wie Witwen- und Waisenfürsorge und Altersversicherung fallen nicht vernachlässigt werden. In verschiedenen sozialartgeschrittenen Staaten gibt es bereits Alterspensionen; man berichtet, daß sie in zwei Fünftel der 48 Staaten bereits eingeführt sind. Die Invalidenversicherung ist dagegen erst ganz wenig bekannt. Die Haftung für Schaden, die der Arbeitnehmer im Betriebe erleidet, liegt allgemein dem Arbeitgeber ab. Um sich hiergegen zu schützen, haben sich die Arbeitgeber in 44 Staaten bereits Unfallversicherungsgesellschaften angeschlossen. Die Krankenversicherung findet in dem Entwurf gar keine nähere Behandlung. Mit ihrer zwangsweisen Einführung ist also vorerst noch nicht zu rechnen. (Aerztl. Nachr. 5/35.)

Vom holländischen Hochschulwesen.

Wie bekannt wird, erwägt die holländische Regierung zur Zeit die Schließung einer der vier staatlichen Universitäten. In Betracht für die Schließung kommen die Hochschulen in Groningen und Utrecht. Ferner sollen die Fakultäten der Städtischen Universität Amsterdam mit denen an den anderen staatlichen Hochschulen zusammengelegt werden.

Gebühren bei Urkunden über die arische Abstammung.

Der Reichs- und Preussische Minister des Innern hat die Gebührenfreiheit bei der Ausstellung von Urkunden zum Nachweis der arischen Abstammung zusammenfassend neu geregelt.

Er geht hierbei davon aus, daß es grundsätzlich Aufgabe jedes Volksgenossen ist, den Nachweis seiner arischen Abstammung selbst zu führen. Insalgedessen wird bestimmt, daß, von einigen gesetzlich geregelten Sonderfällen abgesehen, Urkunden zum Nachweis der arischen Abstammung nur bei Unvermögen des Antragstellers gebührenfrei auszustellen sind. Damit wird der weitverbreitete Irrtum richtiggestellt, daß für alle Urkunden zum Nachweis der arischen Abstammung Gebührenfreiheit bestände. Die Gebühr für jede Urkunde ist auf 60 Rpf. festgesetzt worden. Daneben dürften besondere Such-, Schreib- usw. Gebühren nicht erhoben werden. Gebührenfreiheit bleibt wie bisher bestehen bei Anforderung von Urkunden durch den Sachverständigen für Rasseforschung beim Reichs- und preussischen Ministerium des Innern oder das Amt für Sippenforschung der NSDAP., ferner bei Durchführung des Reichserbhafengesetzes sowie für Bewerber um Ehestandsdarlehen und für Versorgungsanwärter. Die Durchführung des Gesetzes zur Wiederherstellung des Berufsbeamtentums, das gleichfalls Gebührenfreiheit für den Nachweis der arischen Abstammung von Beamten, Angestellten und Arbeitern im öffentlichen Dienst vorsah, ist im wesentlichen abgeschlossen. Neu in den öffentlichen Dienst eintretende Beamte, Angestellte und Arbeiter haben keinen Anspruch auf Gebührenfreiheit.

(Zahnärztl. Mitteilungen Nr. 11/1935.)

Versammlungen

Tagung der schwäbischen Aerzte in Augsburg.

30. und 31. März 1935.

Der schwäbische Aerztetag in Augsburg erfreute sich eines zahlreichen Besuches aus Stadt und Land. Gauleiter Wahl, die Bürgermeister der Stadt Augsburg und verschiedene Vertreter von Behörden waren erschienen.

Nach einer Eröffnungsansprache des Gauamtsleiters Dr. Luther dankte Gauleiter Wahl den Mitarbeitern des NS.-Aerztebundes für ihre verbildliche Arbeit im Gau. An den Führer der deutschen Aerzteschaft, Pg. Dr. Wagner, wurde ein Begrüßungstelegramm abgesandt. Weiter sprach Pg. Dr. Blome über die Aufgaben des Amtes für Volksgefundheit und die Pflichten der deutschen Aerzteschaft.

Eine große öffentliche Kundgebung im Ludwigsbau bildete den Mittelpunkt der Tagung.

Der Gaubeauftragte des Rassenpolitischen Amtes, Dr. Sicius (Memmingen) eröffnete den Abend. Er führte unter anderem aus:

„Wir Deutsche erleben wieder einmal die vom ewigen Juden unter den Völkern erregte Unruhe in der ganzen Welt mit Kriegsgeschrei und Bedrohung der verhassten nordisch gerichteten Kultur. Dem sehen wir im Herzen Europas entgegen die Gedanken der rassenspolitischen Gesundung und damit der inneren Beruhigung und Festigung.“

Ein großer Führer hat uns wieder den Weg der Natur gewiesen: »Die Rasse ist die Grundlage aller Völker. Was nicht Rasse ist, ist Spreu!« hat Adolf Hitler schon vor Jahren gesagt. Der Unruhe der Welt sehen wir Deutsche die Festigkeit des Willens zu den Naturgesetzen, zur natürlichen Einfachheit, zur Kraft des Blutes entgegen. Für uns Nationalsozialisten ist maßgebend Wissen und Glauben an tief in unserer Erbmasse ruhendes deutsches Seelentum, bisher verkümmert und überfremdet, dem Untergang nahe. — Mäge die Teilnahme am heutigen Abend den Willen zur Mitarbeit, den Einsatz für die rassenspolitischen Ziele bekunden. Denn wenn der Führer im Vertrauen auf sein einiges Volk eine kraftvolle Staatspolitik nach außen führt, so haben wir die Aufgabe, im Inneren die Volksgrundlagen auszubauen: Rassenpolitik ist das Fundament aller Staatspolitik! — Zwei Dinge, führte Redner aus, müssen die Deutschen noch lernen: Schärfere Anspannung der Sinne allem klug getarnten Fremdwesen gegenüber. Er gedenkt Ludendorffs, dessen 70. Geburtstag dieser Tage bevorsteht. Wir alten Nationalsozialisten haben nicht vergessen, daß Ludendorff, nach umleuchtet von der Siegessonne bei Tannenberg an der Seite Hindenburgs, mit unserem Führer durch die Feuergarben an der Feldherrnhalle schritt!

Und das Zweite, was wir Deutschen nach lernen müssen ist, in großen Zeiträumen und in Generationen zu denken! Schnell ist vergeudet und vertan, was Jahrhunderte aufgerichtet! Rassenhygienische und -politische Erneuerung eines Volkes entsteht nicht von heute auf morgen, sondern in Generationen.

Nach diesen Begrüßungsworten des Gaubeauftragten des Rassenpolitischen Amtes, Dr. Sicius (Memmingen), nahm der Leiter des Rassenpolitischen Amtes Berlin, Pg. Dr. Graß, in einem umfassenden Referat Stellung zu den wichtigen Problemen der nationalsozialistischen Rassenpolitik und setzte sich in eindrucksvoller Weise mit den in letzter Zeit immer mehr auftauchenden Gegnern dieser Politik auseinander. Pg. Dr. Graß zergliederte in großen Zügen das Wallen der nationalsozialistischen Rassenpolitik, die sich wendet gegen die Verminderung der Zahl des Volkes, gegen die Verschlechterung der erblichen Verfassung des Volkes und gegen die sinnlose Mischung des Volksblutes mit Trägern fremden Rassegutes. Er warnte vor einer gegenwärtig künstlich gezüchteten Massenpsychose in der Frage des Erfolges der deutschen Bevölkerungspolitik.

Dr. Graß besprach dann die Gründe, warum Völker an einer verkehrten Auslese aussterben, und stellte die Maßnahmen dar, die vom Dritten Reich ergriffen wurden, um wiederum die wahre und gattgewaltige natürliche Auslese zur Wirkung zu bringen. Wenn nun die Bewegung auch in all den Dingen der Sterilisation usw. bisher weitgehend die anderen Auffassungen zu Warte kamen ließ und immer versucht habe, auszugleichen, so dürfe doch

nicht angenommen werden, daß sie schlechthin alles dulde. Wenn große Volkskreise aufgefärbert werden, gegenüber diesen Stoots-gesetzten passive Resistenz zu üben, wie es in letzter Zeit häufig geschehen sei, dann werde man nicht mehr länger zusehen können. Ein solches Vorgehen muß beantwortet werden mit dem klaren Angriffswillen der nationalsozialistischen Bewegung, die dort, wo sich einer als Feind hinstellt, ihn auch als Feind schlägt. Die Rasenverschiedenheit auf dieser Welt sei Tatsache, und demütig erkenne der Nationalsozialismus diese Tatsache an und kämpfe dagegen, daß da vermonscht und vermischt werde, wo Gott selbst getrennt habe. Man müsse deshalb auch verstehen, wenn das deutsche Volk nicht auf Wegen wandeln wolle, die ihm fremde Menschen vorschreiben. Das, was deutsch sei, könne immer nur ein Deutscher entscheiden.

Der Vortrag fand bei den Versammelten begeisterte Zustimmung.

Am Sonntagvormittag versammelten sich im Hotel „Drei Mohren“ die Gauredner und Kreisbeauftragten des rassenpolitischen Amtes zu einer Sondertagung, bei der der Gaubeauftragte Dr. Sicius (Memmingen) ein Referat hielt. Um 11 Uhr fand im Stadttheater eine geschlossene Festvorstellung statt, bei der das Schauspiel von H. Unger „Opferstunde“ erstmals in Augsburg aufgeführt wurde.

Bekanntmachungen

Dienstesnachricht.

Die Stelle eines Bezirksarztes für die Stadt Nürnberg ist ab 1. September 1935, die eines Bezirksarztes für den Bezirk Rothenburg o. d. T. ab 1. Juli 1935 neu zu besetzen.

Bewerbungs-(Verfetzungs-)Gesuche sind beim Staatsministerium des Innern bis 1. Mai 1935 einzureichen.

Bewerber aus dem Kreise der Anwärter für den ärztlichen Staatsdienst haben der Bewerbung den Nachweis der arischen Abstammung (gegebenenfalls auch für die Ehefrau) beizulegen.

Psychotherapeutische Gesellschaft und Akademische Arbeitsgemeinschaft für medizinische Psychologie.

Sommersemester 1935: Dr. Leonhard Seif (München): „Medizinische Psychologie und Psychotherapie“. — 8. April: Volksgemeinschaft und Neurose. — 15. April: Arzt und Erziehung. — 29. April: Einheit von Leib-Seele und deren Wechselbeziehungen. — 6. Mai: Neurose als Charakterproblem. — 13. Mai: Ueber die Bedeutung von Angst und Mut für den Aufbau der Persönlichkeit. — 20. Mai: Bedingungen seelischer Gesundung: Heilung und Vorbeugung. — 27. Mai: Ueber Organneurosen. — 3. Juni: Ueber die Rolle von Angst, Zwang und Zweifel in der Zwangsneurose. — 17. Juni: Liebesbeziehungen und ihre Störungen. — 24. Juni: Vom Sinn des Lebens (Weltanschauung).

Beginn, Montag, den 8. April, 8 Uhr abends, c. t. — Ort: München, Siemensstraße 1a, Hörsaal der 2. Med. Klinik.

Die Reichsarbeitsgemeinschaft für Mutter und Kind veranstaltet am 26. April, vormittags 9.30 Uhr, ihre 1. Tagung im großen Vortragsaal, Halle 4 der Ausstellung „Das Wunder des Lebens“ in Berlin. Nach einer Begrüßungsansprache von Staatsrat Dr. Canti werden folgende Referate gehalten:

1. Professor Dr. G. A. Wagner (Berlin): „Die Grundlagen der Mutterschaftsfürsorge“;

2. Professor Dr. G. Bessau (Berlin): „Die Grundlagen der Kinderfürsorge“.

Anschließend wird der Säuglingspflegefilm „Dein Kind“ vorgeführt.

Anmeldung an die Reichsarbeitsgemeinschaft für Mutter und Kind, Berlin W 62, Einemstraße 11.

Aerzte-Kursus 1935 in Bad Wörishofen.

Vortragsfolge:

Samstag, den 27. April: 19.30 Uhr: Begrüßungsabend im Hotel Kreuzer, Gartensaal.

Sonntag, den 28. April: 10.15 Uhr: Organisatorische Fragen. Referent: Dr. Haindl, Reichsführer der Kneipp-Aerzte. Anschließend: „Das Kneippische Heilverfahren“. Referent: San.-Rat Dr. Schalle. — 15.15 Uhr: Besichtigung der Licht-, Luft-, Sonnen- und Schwimmbäder unter Führung von Dr. Kreuzer. Treffpunkt wird vereinbart.

Montag, den 29. April: 9.15 Uhr: „Physiologie der Wasserheilkunde.“ Referent: Prof. Dr. Lampert. — 10.15 Uhr: „Indikationsstellung.“ Referent: Dr. Glamm. — 11.15 Uhr: „Licht-, Luft-, Sonnenbehandlung.“ Referent: Prof. Dr. Böhm. — 14.15 „Erkrankungen und funktionelle Störungen des Kreislaufsystems.“ Referent: San.-Rat Dr. Schalle. — 15.15 Uhr: „Technik der Wasseranwendungen.“ Vortrag mit Lichtbildern über die Kneippischen Güsse. Referent: Dr. Baumgarten. Anschließend praktische Uebungen. — 20.15 Uhr: Diskussionsabend. Treffpunkt nach Vereinbarung.

Dienstag, den 30. April: 9.15 Uhr: „Physiologische Grundlagen der Kneippischen Hydrotherapie.“ Referent: San.-Rat Dr. Scholz. — 10.15 Uhr: „Akute Infektionskrankheiten.“ Referent: Dr. Kapferer. — 11.15 Uhr: „Fastenkuren.“ Referent: Dr. Kapferer. — 15.15 Uhr: „Kneippische Ernährung.“ Referent: Dr. Baumgarten. — 16.15 Uhr: „Erkrankungen der Verdauungsorgane und der Anhangdrüsen unter besonderer Berücksichtigung sekundärer Krankheitszustände.“ Referent: Dr. Glamm.

Mittwoch, den 1. Mai: Nationalfeiertag. Teilnahme an der Maifeier. — 20.15 Uhr: Gemeinsames Abendessen. Kneippische Küche. Lokal wird noch bekanntgegeben.

Donnerstag, den 2. Mai: 9.15 Uhr: „Die Pharmakologischen Voraussetzungen der Kräuterheilkunde.“ Referent: Dr. Keller. — 10.15 Uhr: „Kräuterheilkunde, Krankheitslehre und Rezeptur.“ Referent: Dr. Glamm. — 11.15 Uhr: „Kinderkrank-

Verlag der Ärztlichen Rundschau
Otto Gmelin, München 2 BS

Die Idylle vom Landarzt

oder

Der Geist der Medizin ist leicht
zu fassen

Wahrheit und Dichtung

Von Dr. med.

Walter Kuhwald, Querfurt

61 Seiten Klein-8°

Preis RM. 1.80, gebunden RM. 2.70.



Schmerzen

beseitigt
durch Birkenstock's
FUSSBETT

Die blaue Einlage ohne Metall

Kein Rosten. Kein Brechen. Sofortiges Schmerzliefen. Tragbar.

Alleinige Hersteller:
Birkenstock G. m. b. H.
Friedberg H.

heiten." Referent: Dr. Wolfgang Scholz. — 14.15 Uhr: „Die Kneippkur in der Großstadt — Allgemeinpraxis." Referent: Dr. Spengler. — 15.15 Uhr: „Technik der Wasseranwendungen." Vortrag mit Lichtbildern über Waschungen und Wickel. Referent: San.-Rat Dr. Scholz. Anschließend praktische Übungen. — 20.15 Uhr: Diskussionsabend.

Freitag, den 3. Mai: 9.15 „Frauenkrankheiten." Referent: Dr. Sieber. — 10.15 Uhr: „Ausleitende biologische Heilverfahren, ihre Begründung, Indikation und Technik." Referent: Dr. Bottenberg. — 14.15 Uhr: „Krankheiten des respiratorischen Systems." Referent: Dr. Dr. Tienes. — 15.15 Uhr: „Technik der Wasseranwendungen." Vortrag mit Lichtbildern über Bäder und Dämpfe. Referent: Dr. Keller. Anschließend praktische Übungen.

Samstag, den 4. Mai: 9.15 Uhr: Störungen des Wasserhaushaltes (Niere, Blase), mit besonderer Berücksichtigung der Krankheitsformen durch akute und chronische Störungen der Nierentätigkeit." Referent: Dr. Chorrois. — 11.00 Uhr: „Erkrankungen des Nervensystems." Referent: Dr. Detmar. — 15.15 Uhr: „Schwedische Heilgymnastik und Massage." Referent: Gymnastik-Dir. Bergqvist. — 20.15 Uhr: Abschlussabend mit Abschiedsfeier in der Halle des Parkhotels.

Meldung bei Ankunft in Würzhofen in der Kurverwaltung.
Dr. Hoindl.

Deutscher Verband der Aerzte für physikalische und diätetische Behandlung (Naturheillehre) E. V.

Gau Schwaben.

1. Goutagung

am Sonntag, den 12. Mai, nachmittags 3 Uhr, in Augsburg, Hotel „Drei Mohren" (Saal).

Tagesordnung:

1. Begrüßung und Referat durch den Goubeauftragten Dr. Kemmer (Kempten).
2. Referat von San.-Rat Dr. Zimmermann (Augsburg).
3. Dr. Flamm (Bad Würzhofen): Ausgewählte Kapitel aus der Pflanzenheilkunde.
4. Aussprache.
5. Geschäftliches.

Auch Nichtmitglieder des Verbandes sind willkommen.

Gau Unterfranken.

1. Goutagung

am Sonntag, den 28. April, nachmittags 2.30 Uhr, in Würzburg im „Fronziskaner" (Saal).

Tagesordnung:

1. Dr. med. Kog, Sonatorium Hohenwaldou (Stuttgart-Degerloch): Wechselbeziehung zwischen Diät und Verdauung.
2. Dr. med. Bußmann (Würzburg): Aus der Praxis der Wasserbehandlung.
3. Aussprache.
4. Verschiedenes.

Auch Nichtmitglieder des Verbandes sind willkommen.

Dr. Vöth.

Der 2. ärztliche Fortbildungslehrgang, zu welchem auch die Aerzte Pölens, Dänemarks und der Randstaaten eingeladen sind, findet vom 18. bis 20. Mai 1935 in Bad Kudowa statt. Gegenstand des Lehrganges ist die innere Sekretion (unter Berücksichtigung der Balneologie). Die Vorträge haben unter anderen folgende Dozenten übernommen: Bastanier (Berlin); v. Bergmann (Berlin); Cobet (Berlin); Grote (Dresden); Gutzeit (Breslau); Hesse (Breslau); Kötschau (Jena); Munk (Berlin); Nonnenbruch (Prag); Porade (Breslau); J. H. Schulz (Berlin); Wogner (Berlin). Nähere Auskunft erteilt die Badverwaltung Kudowa, Bezirk Breslau, in Berlin auch deren Geschäftsstelle W. 50, Nachodstr. 8, Fernruf Bovario P 4, 2254.

Personalia

Mit den Vorbereitungen der Neuorganisation des ärztlichen Fortbildungswesens wurde Dr. Blome (Berlin) betraut.

Würzburg: Zum Nachfolger von Geh.-Rat Dr. König wurde Professor Kappison die Chirurg. Klinik als Direktor berufen.

Freiburg. Dem Professor Dr. Paul Uhlenhuth, Direktor des Hygienischen Instituts der Universität, wurde von der Dermatologischen Gesellschaft in Istanbul das „Ehrendiplom für ausländische Forscher" in Anerkennung seiner grundlegenden Forschungen über die Syphilis und ihre Heilung durch organische Arsenpräparate verliehen.

Der Direktor des Anatomischen Instituts der Universität in Freiburg, Professor Dr. Wilhelm v. Möllendorff, wurde zum außerordentlichen Mitglied der mathematisch-naturwissenschaftlichen Klasse der Heidelberger Akademie der Wissenschaften gewählt.

Salzburg. In Salzburg ist im Alter von 70 Jahren Hofrat Professor Norbert von Ortner, der ehemalige Leibarzt des Kaisers Franz Josef, gestorben. Bis zum Jahre 1930 hatte er die Leitung der 2. Medizinischen Klinik an der Wiener Universität inne. Der sowohl als klinischer Leiter und Forscher, wie auch als Diagnostiker und Therapeut weltbekannte Internist ist Verfasser einer langen Reihe von Arbeiten, hauptsächlich über Herz- und Leberkrankheiten. Seine dreibändige „Klinische Symptomatologie innerer Krankheiten" ist in mehreren Auflagen verbreitet.

Würzburg. Dr. Karl Reimers wurde als Privatdozent für Chirurgie an die medizinische Fakultät der Universität Würzburg berufen.

Schriftleitung: Dr. Philipp Wechsner, Haar — Anzeigen: Ernst Scharfingher, München-Lampfenburg. D.R. 5500 (I. B. 35.).

Anfragen und Zuschriften, die Schriftleitung betreffend, erbeten an Dr. Ph. Wechsner, Haar b. München, Telefon 475 224. Redaktionsschluss Donnerstag Abend der Woche vor Erscheinen.

Medizin!

Verlangen Sie
Verlags-
verzeichnis vom
Verlag der
Ärzt. Rundschau
Otto Smelin,
München 2 B.

Ergotin Denzel seit vielen Jahrzehnten best eingeführtes Secalepräparat zur Ordination von Mixturen.

Ergotin-Ampullen

von zuverlässiger Wirkung.
Schachteln zu 6—12 und 50 Stück.

Dr. Julius Denzel, Tübingen.

Histoneon

optimal
abgestimmtes
Therapeutikum
bei allen

Schwäche- und kachektischen Zuständen

cf. Prof. Dr. Drügg, M. M. W. 1931, Nr. 31
Literatur und Muster auf Wunsch
Münchener Pharmazeutische Fabrik
München 25

Ärzteblatt für Bayern

vormals Bayerische Ärztezeitung (Bayerisches Ärztliches Correspondenzblatt)

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

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

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

Verlag der Ärztlichen Rundschau Otto Smeltn, München 2 SW, Babarating 10. / Fernsprecher: 596483 / Postfachkonto: 1161 München
Alleinige Anzeigenannahme: Walbel & Co. Anzeigen-Gesellschaft München-Berlin. Anschrift: München 23, Leopoldstraße 4, Fernsprecher 35653, 34872.

Nummer 17

München, den 27. April 1935

2. Jahrgang

Inhalt: Zur gefl. Beachtung! — Das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses. — Zur Frage der Geschlechtsbestimmung. — Zur Behandlung des „schlichten Landarztes“. — Verschiedenes: Richtlinien für den Verkehr mit den Mittelstandsversicherungen. — Zur Beachtung! — Gebühren für Begutachtung bei Lebensversicherungsgesellschaften. — Erbgesundheit und Bauernsiedlung. — Vom Heiratsalter. — Eine Zahnextraktion zur Zeit des Tiberius. — Rassenpolitik der britischen Faschisten. — Rassenbüffel und Rassenhaß bei den Juden. — Was sind die Väter unserer Studenten? — Wie finanziere ich meine Niederlassung? — Bekanntmachungen.

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

Zur gefl. Beachtung!

Aus technischen Gründen wird der Redaktionschluß von Donnerstag abend auf **Mittwoch** abend jeder Woche verlegt.

Die Schriftleitung.

Das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses.

Von Direktor Dr. Ast, Egging-Haar.

Das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses ist ein so grundlegendes und in die Zukunft weisendes Werk, daß jeder Arzt sich mit ihm eingehend vertraut machen muß. Zweck dieser Zeilen kann also nur sein, hierzu anzuregen. Es mag dies versucht werden durch eine kurze Skizzierung der durch das Gesetz gelösten und angeschnittenen Probleme, der bei seiner Durchführung zutage tretenden Schwierigkeiten und Irrtümer und der Aufgaben, die es dem praktischen Arzt stellt. Im übrigen muß auf die Erläuterungen von Gütt-Rüdink-Ruttke (J. S. Lehmanns Verlag, München 1934) hingewiesen werden, ein Standardwerk, das in keiner ärztlichen Bücherei mehr fehlen sollte.

Das Wesentliche des Gesetzes ist in lapidarer einfacher Form im § 1 enthalten: Wer erbkrank ist, kann unfruchtbar gemacht werden. Erbkrank im Sinne des Gesetzes ist jeder, der an einer der folgenden Krankheiten leidet: 1. Angeborener Schwachsin, 2. Schizophrenie, 3. manisch-depressives Irresein, 4. erblicher Fallsucht, 5. erblicher Veitstanz, 6. erblicher Blindheit, 7. erblicher Taubheit, 8. schwerer erblicher körperlicher Mißbildung. Ferner kann unfruchtbar gemacht werden, wer an schwerem Alkoholismus leidet. Es gibt immer noch Skeptiker, die an der Solidität der wissenschaftlichen Grundlage dieses § 1 zweifeln. Wer das tut, der setzt sich dem Vorwurf aus, daß er die Ergebnisse langjähriger, im übrigen hauptsächlich der deutschen Wissenschaft zu verdankenden Forschungsarbeit nicht oder nicht genügend kennt. Die aufgezählten Krankheitsformen stellen, das ist allgemein anerkannt, wohl abgegrenzte Krankheitsein-

heiten dar, und daß für ihre Entstehung eine spezifische Erbanlage notwendig ist, ist durch die erbbiologischen Forschungen, in erster Linie von Rüdink und seiner Schule, auf deren verschiedene Methoden (Zwillingsforschung, genealogische Erforschung des Erbganges der Erkrankungen, empirische Erbprognostik) hier nicht näher eingegangen werden kann, einwandfrei erwiesen. An dieser festen Basis kann auch die Tatsache nichts ändern, daß noch zahlreiche klinische und erbbiologische Fragen offen stehen und daß im gegebenen Fall der Nachweis einer Erbkrankheit schwierig sein kann. In weitaus der Mehrzahl der Fälle können die Erbgesundheitsgerichte, wie ich aus eigener Erfahrung berichten kann, mit völliger Sicherheit ihr Urteil fällen. Wo die Erbkrankheit nicht einwandfrei festgestellt werden kann (Art. 1 der 1. Ausführungsverordnung), kann eben auch keine Entscheidung auf Unfruchtbarmachung fallen. Andererseits dürfen jedoch die unklaren Fälle nicht schon bei der Antragstellung ausscheiden, sondern müssen durch eine solche vor die Erbgesundheitsgerichte bzw. vor das Obergericht gebracht werden. Nicht selten sind zwei Mißverständnisse des § 1 anzutreffen. Auch von Ärzten findet man gegen die Unfruchtbarmachung öfters angeführt, daß es sich nur um einen leichten Fall von Schizophrenie, manisch-depressivem Irresein usw. handle. Nach dem klaren Wortlaut des Gesetzes ist jedoch Erbkrankheit mit der Wahrscheinlichkeit schwerer Erbschäden bei den Nachkommen in jedem Fall von Ziffer 1 bis 8 eo ipso gegeben. Das Gegenteil wäre eugenisch auch ganz unlogisch, denn gerade die leichteren, häufig nicht in Anstaltsverwahrung kommenden Fälle gelangen zur Fortpflanzung und Ehe. Ferner wird oft Erbanlage und Erbkrankheit nicht genügend auseinander gehalten. Unfruchtbar gemacht kann nach dem Gesetz nur der werden, bei dem die Erbanlage irgendeinmal in seinem Leben durch das Auftreten der Erbkrankheit manifest geworden ist. Es können also z. B. bei der Schizophrenie die Geschwister oder Kinder eines Schizophrenen, auch wenn wir auf Grund der Kenntnis ihrer Familienbelastung und ihrer persönlichen Artung mit Bestimmtheit bei ihnen die schizophrene Anlage vermuten können, nicht unfruchtbar gemacht werden, ein Beweis für die weise Beschränkung des Gesetzgebers auf das wissenschaftlich Sündierte. Man hat hieraus auch einen Schluß auf die Wirkungslosigkeit des Gesetzes zu machen versucht. Es müsse

den über die äußerlich Gefunden gehenden Hauptvererbungsstrom ungehindert lassen, während die vom Gesetz erfochten Erbkranken in der Regel ohnedies zum größeren Teil kinderarm oder kinderlos blieben. Dieser Schluß ist ganz unrichtig. Es wird an sich schon eine ungeheure Wohltat für Volk und die betroffenen Familien sein, wenn erst einmal die Kinder aller Monifesterkranken, deren Zahl im Verhältnis zu dem Elend, das sie darstellen, wahrhaftig groß genug ist — die Anstaltsärzte wissen hiervon ein Lied zu singen —, weggefallen sein werden. Davon abgesehen aber hat das Gesetz, wie sich jetzt schon ganz deutlich gezeigt hat, das rassenhygienische Gewissen der weitesten Volkskreise so geweckt und geschärft, daß heute allen anderen rassenhygienischen Maßnahmen, die bei den gesunden Anlogeträgern in Betracht kommen (Ehelosigkeit, Fortpflanzungsverhütung usw.), weit mehr Verständnis entgegengebracht und Folge geleistet wird, als dies bis vor kurzem noch der Fall war.

Weitaus die große Mehrzahl der Fälle stellen die unter Ziffer 1—4 genannten dar, unter ihnen wieder der Schwachsinn, dem ja die verhängnisvollste Rolle bei der Verschlechterung des Volkserbgutes zukommt. Lenz schätzt die Zahl der erblich Schwachsinnigen in Deutschland, wenn man die leichteren Formen mit einrechnet, auf noch an 2 Proz., also auf etwa 1500000. Dabei zeigen sie eine relativ größere Fruchtbarkeit als die Vollwertigen. Sie zu erfassen ist also wohl zunächst die dringlichste Aufgabe. Bekanntlich setzt sich die Gruppe der sog. Asozialen, Gemütlosen, minderwertigen Psychopathen, die große Masse der Prostituierten und Verbrecher größtenteils aus Schwachsinnigen oder Debilen zusammen. Das Gesetz bietet also die Handhabe, auch diese Typen der Sterilisierung in weitgehendem Maße zuzuführen, wenn man sich nur die Mühe gibt, die intellektuellen Defekte bei ihnen, wenn sie auch geringfügig sind, aufzudecken. Freilich muß zugegeben werden, daß die Entscheidung an der oberen Grenze oft nicht leicht ist. Diese Fälle sind eben dann dem Gerichte auf dem Wege der Antragstellung zur Entscheidung vorzulegen. Bei der Schizophrenie und auch beim manisch-depressivem Irresein machen die unbestimmten Initialsymptome der Erkrankung, die oft als reaktive Störungen auf psychische Traumen aller Art, als Pubertätsstörungen u. dgl. gewertet werden, Schwierigkeiten, die vom Sacharzt jedoch meist unschwer zu beheben sind. Bei der Epilepsie sind natürlich alle exogen entstandenen Fälle auszuschließen. Das bedeutet keineswegs, so wenig wie bei den vorgenannten Erkrankungen, daß die Vererbung im Einzelfall nachgewiesen sein muß. Die erbliche Fallsucht d. G. deckt sich im wesentlichen mit der klinischen Krankheitsbezeichnung genuine Epilepsie, für die der Beweis der Erblichkeit als generell erbkrank anzusehen ist. Wenn also das Symptomenbild (im Kindes- oder jugendlichen Alter aufgetretene epileptische Krämpfe, Dämmerzustände, die epileptische Wesensveränderung) das gewöhnliche Bild ist und exogene Momente nach sorgfältiger Prüfung auszuschließen sind, so fällt der Fall unter das Gesetz. Diese Prüfung ist aber notwendig, da bekanntlich auf Grund des Krankheitsbildes allein eine sichere Entscheidung zwischen genuiner und traumatischer oder symptomatischer Epilepsie häufig nicht möglich ist. Die Anlage zur Epilepsie ist in den Familien, in denen sie auftritt, sehr oft mit minderwertigen Anlagen aller Art vergesellschaftet, ihre Ausmerze also, abgesehen von ihrer Häufigkeit — man rechnet etwa 100000 Epileptiker im Reich —, von großer Wichtigkeit. Die Erkrankungen Ziffer 5—8 stehen an praktischer Bedeutung weit hinter den genannten zurück und können deshalb übergegangen werden. Dagegen scheinen über den Begriff schwerer Alkoholismus noch mancherlei Zweifel zu bestehen. Er begreift nicht in sich das gewohnheitsmäßige oder das unmäßige Trinken,

wie es in bestimmten Berufen und Lebenslagen vorkommt, sondern es müssen die körperlichen und geistigen Symptome des chronischen Alkoholmißbrauches nachgewiesen sein. Andererseits sollen jedoch die Fälle nicht erst erfasst werden, wenn der Alkoholiker schon eine Reihe von Kindern erzeugt und seine Unfruchtbarkeit damit ihren Sinn verloren hat. Dies ist dadurch erleichtert, daß der Alkoholismus ja meist sich auf der Basis einer psychopathisch-minderwertigen Konstitution entwickelt. Erfahrungsgemäß finden sich in fast jeder Blutsverwandtschaft von Trinkern allerlei Psychopathen und Schwachsinnige. Alkoholismus auf solcher erblicher Basis kann und muß als schwerer Alkoholismus im Sinne des Gesetzes betrachtet werden, auch wenn er klinisch noch wenig vorgeschritten scheint.

§§ 2—17 regeln das Verfahren auf Unfruchtbarmachung. Es wird eingeleitet durch den Antrag auf Unfruchtbarmachung. Antragsberechtigt ist derjenige, der unfruchtbar gemacht werden soll, im Falle er geschäftsunfähig oder entmündigt ist oder das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, sein gesetzlicher Vertreter, ferner der beauftragte Arzt und für die Inassen einer Heil- und Pflegeanstalt oder Strosanstalt der Anstaltsleiter. Das Erbgesundheitsgericht, zusammengesetzt aus einem Amtsrichter als Vorsitzenden, einem beamteten Arzt und einem mit der Erbgesundheitslehre besonders vertrauten Arzt, entscheidet unter Berücksichtigung des gesamten Ergebnisses der Verhandlung und Beweisaufnahme nach freier Ueberzeugung. Das Gericht kann also auch einmal in Fällen, in denen die Voraussetzungen für eine Unfruchtbarmachung gegeben sind, auf Grund der Berücksichtigung aller dem Gericht bekannt gewordenen Tatsachen von einer Unfruchtbarmachung absehen. Wenn jedoch die Unfruchtbarmachung vom Erbgesundheitsgericht bzw. vom Erbgesundheitsobergericht beschlossen ist, so muß die Unfruchtbarmachung erfolgen. Zu dem Gesetz sind bis jetzt drei Ausführungsverordnungen erschienen, von deren Inhalt hier nur das Wichtigste angeführt werden kann: Der Antrag auf Unfruchtbarmachung soll nicht gestellt werden, wenn der Erbkranker infolge hohen Alters oder aus anderen Gründen nicht fortpflanzungsfähig ist oder wenn der zuständige Amtsarzt bescheinigt hat, daß der Eingriff eine Gefahr für das Leben des Erbkranken bedeuten würde, oder wenn er wegen Anstaltsbedürftigkeit in einer geschlossenen Anstalt dauernd verwahrt wird. Die Anstalt muß volle Gewähr dafür bieten, daß die Fortpflanzung unterbleibt. Ein fortpflanzungsfähiger Erbkranker, der in einer geschlossenen Anstalt verwahrt wird, darf nicht entlassen oder beurlaubt werden, bevor die Unfruchtbarmachung durchgeführt oder der Antrag endgültig abgelehnt worden ist. Diese für die Praxis ganz neuen gesetzlichen Vorschriften hoben bezüglich ihrer Auslegung und Handhabung langwierige, auch heute noch nicht ganz abgeschlossene Erörterungen zur Folge gehabt, obwohl durch die zweite und dritte Ausführungsbestimmung viele Zweifel behoben worden sind. Die Fortpflanzungsunfähigkeit muß im allgemeinen eine körperlich bedingte sein, im Zweifelsfall durch einen Sacharzt bestätigt werden. Insbesondere bei der Unfruchtbarmachung der Frauen hat sich stark die Neigung geltend gemacht, schon vom 41. Lebensjahr ab Fortpflanzungsunfähigkeit anzunehmen, was von autoritativer Seite energisch abgelehnt wurde. Abortus aus eugenischen Gründen ist bekanntlich nicht statthaft. Die Frage jedoch, was mit einer während des Verfahrens auf Unfruchtbarmachung eingetretenen Schwangerschaft zu tun ist, ist noch strittig. Ein Erbgesundheitsgericht hat in diesem Fall Unterbrechung erkannt. Wir haben in den uns zugekommenen Fällen den Ausweg gewählt, sie durch den Amtsarzt der ärztlichen Kommission für Schwangerschaftsunterbrechung zu melden. Als besondere Gefahr für das Leben gelten auch die die Operation oder die Nach-

behandlung störenden Erregungs- und andere psychotische Zustände Geisteskranker. Dieser Standpunkt ist offenbar nicht überall eingehalten worden, sonst hätten sich manche Chirurgen nicht vor solchen Situationen gestellt gesehen, wie sie Gauß schildert (M. M. W. 1935, Nr. 13). Wir haben von Anfang an bei solchen Kranken mit Zustimmung des Amtsarztes von der Vornahme der Operation einstweilen abgesehen. Außerdem hat es sich uns als vorteilhaft erwiesen, die Operation der immer schwer berechenbaren Anstaltskranken in den Anstalten selbst vornehmen zu lassen, da hier gleich der Einsatz der geschulten Kräfte und der Einrichtungen der Irrenanstalt gegen etwaige Störungen möglich ist.

Die Bestimmung, daß ein Kranker nicht entlassen werden darf, bevor er sterilisiert ist, hat infolge der Verspätung der Entlassungen zu starker Ueberfüllung der Anstalten und Belastung der öffentlichen Kostenträger geführt, ein mißlicher, aber unvermeidlicher Uebergangszustand, der noch Bewältigung des ersten Andrangs von selbst bald verschwinden wird. Durch die vorletzte und letzte Ausführungsbestimmung ist es im übrigen möglich, noch sortpflanzungsgefährliche Fälle unter Umständen auch vor der Unfruchtbarmachung mit Zustimmung des Amtsarztes zu entlassen. Man wird überhaupt dem Vollzug des Gesetzes am besten dienen und vor allem dadurch den dringlichen Fällen den Vorrang verschaffen, wenn man nicht allzu ängstlich-schematisch am Buchstaben klebt, sondern immer je nach Sachlage des Einzelfalles das Gegebensein der verschiedenen Bestimmungen prüft. Man kann z. B. bei einer 49jährigen Frau, obwohl sie noch regelmäßig menstruiert ist, die sich wegen schwerer Depression auf noch nicht absehbare Zeit in der Anstalt befindet, von der Unfruchtbarmachung absehen, wie dies jüngst eine Kammer entschieden hat, oder man kann bei einer harmlosen jugendlichen Imbezillen eine die Gewähr der Nichtfortpflanzung bietende Verwehruug annehmen, wenn sie auch nicht in einer geschlossenen Irrenanstalt, sondern in einer Idiotenanstalt sich dauernd aufhält, während man fluchtverdächtige Alkoholiker und debile kriminelle Psychopathen auch dann sterilisieren muß, wenn sie sich in der Verwahrung einer Heil- und Pflegeanstalt befinden. Das Wesentliche muß immer sein, ob und wie man die Gewähr für die Nichtfortpflanzung übernehmen kann.

Die wichtigste Bestimmung ist die im Art. 3 der 1. Ausführungsverordnung festgelegte Anzeigepflicht. Wird einem approbierten Arzt in seiner Berufstätigkeit eine Person bekannt, die an einer der im § 1 genannten Erkrankungen leidet, so hat er dem zuständigen Amtsarzt nach Vordruck unverzüglich Anzeige zu erstatten. Der Gesetzgeber stellt mit Recht die Erbkrankheiten in dieser Beziehung den bisher anzeigepflichtigen Infektionskrankheiten an die Seite und zeigt damit, welche Gefahr er ihnen für Volk und Rasse beimißt.

Wenn somit der Vollzug des Gesetzes selbst im wesentlichen Sache der Amtsärzte, der künftigen Gesundheitsämter und der Anstalten ist, so ist doch die aktive und verantwortungsbewusste Mitarbeit der Aerzteschaft ganz unentbehrlich. Vor allem ist möglichstes Zusammenarbeiten mit den genannten Stellen nötig, und ich möchte hier ein Wort über die Anstalten sagen, für die früher bei vielen Aerzten oft wenig Interesse anzutreffen war. Heute zeigt sich, daß sie doch nicht nur reine Versorgungsanstalten sind, sondern eine äußerst wichtige Funktion gehabt haben und haben, die Erbkranken nicht nur zu verwahren und zu behandeln, sondern auch zu erfassen und diagnostisch zu klären. Die Anstalten sind die Sammelbecken der Erbkranken. Wie sich aus einer jüngst veranstalteten Statistik ergibt, sind an die 90 Proz. der Anstaltsbestände Kranke, welche an den im Erbgesetz genannten Krankheiten leiden. Die Anstalten besitzen in der Sammlung ihrer Krankheitsgeschichten, der Stammbäume

ihrer Kranken, ein außerordentlich wertvolles Material, von denen aus sich verhältnismäßig leicht die Erblinien in die zum Aufnahmebezirk gehörigen Bevölkerung hinein verfolgen lassen, sind also imstande, dem praktischen Arzt, an den jetzt so viele Fragen von Seite seiner Klientel herantreten, wichtige Auskünfte zu erteilen. Ferner scheinen als Beratungsstellen noch nicht so bekannt, als sie es verdienen, die sog. Außenfürsorgen oder Außendienststellen der Anstalten (in München die Psychiatrische Fürsorge- und Beratungsstelle der oberbayerischen Kreis-Heil- und Pflegeanstalt Eglfing-Haar, Weinstraße 13, I. Stock, Zimmer Nr. 65 [altes Polizeigebäude]). Sie sind jederzeit bereit, Zuweisungen von Kranken zur Untersuchung anzunehmen oder mit Aerzten und Hausärzten Konsultationen abzuhalten. Letzteres empfiehlt sich namentlich bei der jetzt so häufig verlangten Individualprognose, der Feststellung der Krankheitserwartung bei Kindern, Geschwistern, Neffen usw. von Erbkranken, die durchaus nicht einfach ist und eine große erbbiologische und psychiatrische Erfahrung erfordert. Besonders segensreich kann sich der praktische Arzt auf dem Gebiet der Aufklärung und der Propaganda für das Gesetz und die weiteren rassenhygienischen Maßnahmen betätigen. An ihn als den Arzt seines Vertrauens wendet sich der um die Zukunft seiner Kinder und Verwandten besorgte Patient zuerst und er kann am besten Zweifel und Widerstände beruhigen und beheben. Nur ein Arzt jedoch, der sich in die rassenhygienischen Gedanken vertieft hat und von ihrer Wahrheit selbst innerlich überzeugt ist, wird den Aufgaben, die ihm im neuen Staat gestellt sind, gerecht werden können.

Zur Frage der Geschlechtsbestimmung.

Von Priv.-Doz. Dr. med. et phil. Karl Freudenberg, Berlin.

In Nr. 13 des „Arzteblattes für Bayern“ (vom 30. März 1935) setzt Herr Dr. Schöner seine Theorie der Geschlechtsbestimmung auseinander. Die Angaben lassen sich im allgemeinen nicht nachprüfen, und deshalb muß eine Kritik derselben unterbleiben.

Sehr leicht läßt sich hingegen zu den Ausführungen Stellung nehmen, in welchen durch die Statistik über das Geschlechtsverhältnis von Zwillingen die Theorie von Schöner gestützt werden soll. Er sagt, daß nach seiner Theorie 37,5 Proz. aller Zwillingspaare gemischten Geschlechts, d. h. sog. „Pärchen“ sein müssen. Wie er mit seiner Theorie auf dieses Verhältnis kommt, ist nicht verständlich, es kommt aber hierauf auch nicht an.

Schöner gibt an, daß von 1888 519 Zwillingengeburt 698 424 Pärchen waren, während es nach seiner Theorie 708 195 sein müßten. Woher diese Zahlen stammen, ist entgegen allen statistischen Gepflogenheiten nicht angegeben, die Größe der Zahlen deutet darauf hin, daß es sich um die Statistik mehrerer Jahrzehnte für einige große Staaten handelt; die von ihm angegebene Zahl von 698 424 Pärchen unter 1888 519 Zwillingengeburt sei als richtig unterstellt.

Dann besteht zwischen der beobachteten und der nach der Theorie erwarteten Zahl der Pärchen eine Differenz von 9771 Fällen (bei den gleichgeschlechtlichen Zwillingengeburt sind es 9720, der Unterschied muß auf einem Rechenfehler beruhen, kann aber vernachlässigt werden). Hinsichtlich dieser Differenz sagt Schöner, daß „die Theorie ... mit 99,48 Proz. Wahrscheinlichkeit bewiesen“ sei. Wendet man indessen die Gesetze der Wahrscheinlichkeitsrechnung an, so findet man, daß der sog. „mittlere Fehler“ der genannten Abweichung 665,3 Fälle beträgt, d. h. die Differenz ist 14,6mal so groß wie ihr mittlerer Fehler, und die Wahrscheinlichkeitstheorie ergibt, daß die Möglichkeit einer Uebereinstimmung von Theorie und Beobachtung

in einem solchen Falle nicht 99,48 Proz. beträgt, sondern einen Bruchteil eines Prozents, welcher so winzig ist, daß hinter der Null und dem Dezimalkamma zunächst 44 Nullen kommen und dann erst eine gültige Stelle!

Indessen bedarf es gar nicht dieser Abschweifung in das Gebiet der Wahrscheinlichkeitsrechnung, vielmehr genügt zur Widerlegung der Theorie von Schöner auf dem Gebiete der Zwillingsstatistik die Heranziehung einer Tatsache, die ganz einfach nachgeprüft werden kann. Man braucht nämlich nur die Zwillingsgeburten hinsichtlich ihres Geschlechtsverhältnisses nach dem Alter der Mutter zu verteilen. Hierfür ist einiges statistisches Material vorhanden, und zwar abgesehen von dem nur in statistischen Quellenwerken zu findenden folgendes:

1. Die Statistik des Königreichs Sachsen 1901—1910, welche Prinzing in seinem Handbuch der medizinischen Statistik (2. Aufl., S. 74; 1931) veröffentlicht hat.

2. Die Statistik für Dänemark 1896—1910, die Wedervang in seinem 1924 in norwegischer Sprache erschienenen Buche wiedergegeben hat, und deren Zahlen von mir in einem Beitrage „Zur Statistik der Mehrlingsgeburten“ (Archiv für Soziale Hygiene und Demographie, Bd. I, S. 195; 1926) mitgeteilt sind; die Zahlen der Pärchen sind dort auf eineiige und zweieiige Zwillinge umgerechnet, aus diesen Zahlen lassen sich die ursprünglichen aber ohne weiteres wiederherstellen.

3. Die Statistik für Frankreich 1902—1913, welche von Wedervang bzw. mir an den gleichen Stellen angegeben ist.

Nach diesen Statistiken erhält man als Anteile der Pärchen an allen Zwillingsgeburten bei bestimmtem Alter der Mutter folgende:

Alter der Mutter	Pärchen auf 100 Zwillingsgeburten		
	Sachsen 1901—1910	Dänemark 1896—1910	Frankreich 1902—1913
bis 20	24	24	21
20—25	31	31	30
25—30	37	35	34
30—35	41	37	37
35—40	41	39	39
über 40	37	38	37

Man sieht also, wie überall mit zunehmendem Alter der Mutter der Anteil der Pärchen steigt, nur die wenigen Geburten jenseits des 40. Lebensjahres weisen eine kleine Abweichung auf. Die Erklärung besteht darin, daß — bezogen auf die Gesamtzahl aller Niederkünfte — der Anteil der eineiigen Zwillingsgeburten fast unabhängig vom Alter der Gebärenden ist, während der der zweieiigen mit zunehmendem Alter (wenigstens bis zu 40 Jahren) sehr stark ansteigt und im Alter zwischen 35 und 40 Jahren über viermal so groß wie im Alter unter 20 Jahren ist. Die Theorie von Schöner könnte jedenfalls, rein statistisch betrachtet, nur für ein Alter um 30 Jahre gelten, darunter und darüber wäre der Zyklus des Abgangs von männlich und weiblich präformierten Eiern ganz anders!

Schließlich muß noch erwähnt werden, daß es ein Unding ist, aus dem Geschlechtsverhältnis der Geborenen (106 Knaben auf 100 Mädchen — übrigens mit fühlbaren Schwankungen nach Ländern und Zeiträumen!) Rückschlüsse auf das der Gezeugten zu ziehen, wie es Schöner offenbar tut, indem er beides überhaupt nicht unterscheidet; denn das Geschlechtsverhältnis der Fehlgeburten ist zweifellos ganz anders, hier ist nach allen Erfahrungen der Anteil der Knaben wesentlich größer, nur für die ersten Schwangerschaftsmonate fehlt zuverlässiges Material. Gewiß erscheint es daher nach allgemeiner Auffassung, daß nach der Befruchtung des Eies mindestens 110 bis 112 männliche auf 100 weibliche Säten kommen, wie Prin-

zing schätzt, während andere Autoren zu nach weit höheren Zahlen des männlichen Anteils kommen. Der von Schöner gezogene Schluß aus der Verteilung festgestellter Carpara lutea erscheint aus diesem Grunde nicht als Beweis, sondern eher als Gegenbeweis gegenüber seiner Theorie, soweit die Kleinheit der absoluten Zahlen der diesbezüglichen Beobachtungen überhaupt eine Verwertung gestattet.

Hiernach erscheinen die statistischen Ausführungen von Schöner ganz und gar nicht geeignet, seine Theorie von der Präformation der Geschlechtsanlage im unbefruchteten Ei zu stützen.

Zur Behandlung des „schlichten Landarztes“.

Von Dr. H. Beisele, schlichter Landarzt in Steingaden.

Allgemeines:

Wenn in der Literatur oder in der Presse ein Landarzt wohlwollend erwähnt werden soll, dann erscheint er als „schlichter Landarzt“ (sch. L.). Zum allgemeinen ungläubigen Erstaunen der zivilisierten Menschheit gelingt es ihm, eine richtige Diagnose zu stellen oder einen prominenten Durchreisenden zu dessen Zufriedenheit zu verbinden.

Diagnose:

Natürlich, wir wissen es ja alle: der sch. L. ist seit seiner Kindheit nicht oder kaum von seinem einsamen Heimatdörfchen weggekommen; sein Studium, das er bekanntlich in einem Nachbarort absolviert hat, kannte ihm natürlich nur wenige Kenntnisse vermitteln. Staunend sieht er gelegentlich in der Stadt, wie echte Aerzte vermittlels geheimnisvoller Strahlen den menschlichen Körper scharfsinnig durchdringen. Ihm sind nur Begriffe wie „schleimige Auszehrung, Wundbrand, Leichenschau“ geläufig. Er schneidet den schwärenden Finger mit dem Taschmesser auf (natürlich wieder nicht tief genug), seine Geburtszange ist von einem anstelligen Darfschmied gefertigt . . .

Pathologie:

Im Ernst, ganz so schlimm ist das Urteil über den sch. L. vielleicht doch nicht und jedenfalls nicht an den für uns maßgebenden Stellen. Aber man hat doch den Eindruck, daß, abgesehen vom lieben Publikum, die Behörden, Berufsgenossenschaften, Kassen usw. die Fähigkeiten eines sch. L. nach der Höhe der Einwohnerzahl seines Praxisortes einschätzen. Ueber diese Erfahrung habe ich schon manchen Kollegen klagen hören. Es mag schon sein, daß es manchen sch. L. gibt, der bei den erwähnten Stellen keinen vorteilhaften Eindruck macht und damit auch dem Ansehen des ganzen Standes schadet, der etwa in Tuberkulosefragen oder in der Unfallbehandlung nicht ganz auf der Höhe ist. Aber das ist doch wohl nicht mehr der typische Vertreter des Landarztes.

Therapie:

Ich glaube und wir hoffen alle, daß in nächster Zeit die Fortbildungsmöglichkeiten auf wichtigen Gebieten noch besser und leichter werden, und vor allem, daß auch alle sch. L. von diesen Möglichkeiten ausgiebigen Gebrauch machen. Bei aller Skepsis vor „neuesten Errungenschaften“ darf man doch nicht sich auf Routine allein verlassen. Vom wirklichen Arzt verlangt man mit Recht auch ein gediegenes Wissen. Beides zusammen erst kann uns wieder die Stellung im Staate und den Behörden und Kassen gegenüber geben, auf die wir doch Anspruch machen.

Darum dürfte es auch nicht geduldet werden, daß ein Arzt sich nach der Approbation ohne weitere Ausbildung in Geburts-

hilfe, kleiner Chirurgie, Unfallpraxis auf dem Lande niederlassen kann, wa doch gerade selbständige Aerzte notwendig sind.

Dann erst wird der Eindruck verschwinden, daß aufs Land nur der geht, der vor einem kritischeren Publikum nicht bestehen zu können glaubt.

Bis dahin müssen wir noch mit Kollegen Heisler sagen: Und dennoch Landarzt!

Verschiedenes

Richtlinien für den Verkehr mit den Mittelstandsversicherungen.

1. a) Der Arzt hat bei Aufstellung seiner Liquidation lediglich die wirtschaftliche Lage des Patienten zu berücksichtigen, der für ihn Priatpatient bleibt.
- b) Der Arzt ist nicht berechtigt, die Erstattungsgrundsätze der Mittelstandsversicherungen zur Grundlage seiner Rechnungsaufstellung zu machen.
- c) Der Abschluß von Verträgen mit Mittelstandsversicherungen über die Behandlung von Versicherten und die Bezahlung der Behandlung ist weder den ärztlichen Unterorganisationen noch dem einzelnen Arzt gestattet.
2. Die Diagnose wird vom Arzt nur dem Priatpatienten, der ihn dazu jeweils vom Berufsgeheimnis entbindet, auf kurzem Sanderzeugnis ausgestellt. Die Diagnose auf dem Rezept oder auf der Rechnung gefährdet die Wahrung des Vertrauensverhältnisses des Arztes zum Kranken und die Sicherung des Berufsgeheimnisses. Ob eine solche kurze Diagnose auf Sonderblatt im einzelnen honoriert werden muß, wird dem Arzte selbst überlassen.
3. Wünscht die Versicherungsgesellschaft eine gutachtliche Äußerung über den Rahmen der einfachen Diagnose hinaus, dann muß der Grundsatz der Entbindung vom Berufsgeheimnis gewahrt und das Gutachten von der Versicherungsgesellschaft honoriert werden. Das Honorar ist im Einzelfalle vom Arzt mit der Versicherungsgesellschaft vor Abgabe des Gutachtens zu vereinbaren.
4. Wünscht der Priatpatient vom Arzt eine gutachtliche Äußerung, so ist sie nur gegen Barzahlung abzugeben.

Die früheren „Richtlinien über die Beziehungen zwischen der Ärzteschaft und den priaten Mittelstandskrankenaersicherungen“ gelten für keine Mittelstandskrankenaersicherung mehr.

Für das Verhalten zu den Versicherten sämtlicher priaten Krankenversicherungen sind die oben angeführten Grundsätze und die für die Ausübung der Priatpraxis allgemein üblichen Standesanschauungen maßgebend.

Die Ausübung aertrauensärztlicher Tätigkeit gegenüber Mitgliedern von Mittelstandsversicherungen ist als ein Eingriff in die Freiheit der Privatpraxis anzusehen und daher untersagt, also z. B. die Vornahme einer vertrauensärztlichen Nachuntersuchung eines in Behandlung eines anderen Arztes stehenden Mitgliedes einer Mittelstandsversicherung.

Zur Beachtung!

früherer Name	jetziger Name	neue Abkürzung
DfV.-Kasse	Berufskrankenkasse der Kaufmannsgehilfen	Kaufm.
DTV.-Kasse	Berufskrankenkasse der Techniker	Techn.
DWV.-Kasse	Berufskrankenkasse der Werkmeister	Werkm.
Geda.-Kasse	Berufskrankenkasse der Behörden- und Büroangestellten	Behörd.
Dwa.-Kasse	Berufskrankenkasse der weiblichen Angestellten	Weibl. Ang.

Gebühren für Begutachtung bei Lebensversicherungsgesellschaften.

(Ärztliche Mitteilungen vom 7. Januar 1933, H. 1, S. 24.)

Gültig ab 1. Januar 1933.

1. Kurzes vertrauensärztliches Zeugnis (kleines Zeugnis):
bei Versicherungen bis 2000 RM. einschl. 7.— RM.
2. Ausführliches aertrauensärztliches Zeugnis (großes Zeugnis):
bei Versicherungen bis 10000 RM. einschl. 12.— "
" " " 20000 " " " 18.— "
" " " 50000 " " " 20.— "
" " " 100000 " " " 25.— "
" " " über 100000 " " " 30.— "

Diese Honorare sind einschl. einer abligatorischen Blutdruckmessung bei allen Antragstellern vom 40. Lebensjahr an zu zahlen.

3. Ärztlicher Bericht 8.50 "
4. a) Nachträgliche Untersuchung von Organen und Sekreten 6.— "
b) Falls dieselbe durch einen anderen Arzt erfolgt als den, der die Hauptuntersuchung vorgenommen hat 9.— "
c) Nachträgliche Untersuchung von Urin mit van der Gesellschaft verlangter mikroskopischer Untersuchung des Urins durch denselben oder einen anderen Arzt 8.— "
5. Besuch am Wohnort des zu Versicherenden im Auftrage der Gesellschaft (dazu kommen noch die auch am Wohnort entstandenen Fahrtkosten) 7.50 "
6. Bei Besuchen nach 8 Uhr abends oder Sonntags (dazu kommen noch die auch am Wohnort entstandenen Fahrtkosten) 12.— "
7. Bei auswärtigen Besuchen ist für jede angefangene halbe Stunde Zeitaersäumnis zu rechnen 3.— "
8. Blutdruckmessung (abgesehen von Nr. 2) im Auftrage der Gesellschaft 4.— "
9. Gynäkologische Untersuchung im Auftrage der Gesellschaft 4.— "
10. Mitteilungsgebühr 1.25 "

Erbgesundheit und Bauernsiedlung.

Der Raum, der uns Deutschen zur Ansetzung von Siedlern zur Verfügung steht, ist ausgesprochen knapp. Wir sind ein „Volk ohne Raum“, mögen wir den deutschen Osten auch noch so oft einen „Raum ohne Volk“ nennen. Gewiß, die Dichte der Beädlerung liegt dort noch ganz wesentlich unter der des Reichsdurchschnittes, sie beträgt nur rund 40—50 Menschen je Quadratkilometer gegen jetzt 138 im Reich. Doch dieser Unterschied ist durch die ganze Struktur des Landes bedingt. Er ist niemals durch Bauernsiedlung allein auch nur annähernd auszugleichen. Zu diesem Ausgleich bedarf es aielmehr einer planmäßigen Ansetzung von Industrien und Handwerksbetrieben, die allein geeignet sind, einer so hohen Zahl von Menschen auf der Flächeneinheit Verdienst und Brot zu geben. Wir streben diese Industrieumsiedlung auch mit allen Kräften an; der „Ostpreußenplan“ ist die Grundlage dazu.

Das Land allein kann also nicht beliebig viele Menschen aufnehmen. Die Zahl der möglichen Siedler wird stets größer sein als die Zahl der erreichbaren Siedlerstellen. Es ist daher nicht nur nicht möglich, die Arbeitslosen aus den Städten her-

auszuziehen und auf dem Lande als Bauern anzusetzen, sondern es können noch nicht einmal alle Nachkommen der Landbewohner Bauernstellen erhalten. Der Geburtenüberschuß des Landes ist doch noch größer als die Siedlungsmöglichkeit.

Diese leicht beweisbare Erkenntnis erlegt uns ganz besondere Pflichten auf. Wir müssen unter den Siedlungsbewerbern so lange auswählen, bis wir nur die übrig beholten, denen wir wirklich auch Siedlerstellen geben können. Der größte Teil wird vorerst leer ausgehen müssen, weil es die Praxis der Siedlung noch nicht gestattet, jährlich mehr Stellen auszuliegen.

Die Auswahl nun, die wir zwischen den vorhandenen Bewerbern zu treffen haben, steht unter dem Gesichtspunkte der Erbgesundheit. Das Bauerntum ist der Lebensquell unseres Volkes, es liefert uns den Nachschub gesunder Bevölkerung und ist damit der Regenerator in unserem staatlichen Leben. Von seiner Gesundheit hängt das Schicksal unseres Landes weitgehend ab. Daher müssen wir darauf sehen, daß die Menschen, die wir mit großen Kosten auf unserem knappen Boden ansetzen, auch wirklich die Bedingungen erfüllen, die wir vom gesunden Bauerntum erwarten. Unser Ziel gilt nicht der Erreichung einer Höchstzahl errichteter Stellen, sondern wir wollen Bauern ansetzen, die ständig auf dem ihnen gegebenen Boden bleiben können und so einen festen Volkswall an unseren Grenzen bilden.

Siedlerauswahl haben wir auch schon in früheren Jahren getrieben. Doch sie war nicht zwingend und nicht amtlich. Vor allem von den Gedanken Rasse und Erbgesundheit wollten die meisten „Instanzen“ gar nichts wissen. Nach der Zusammenfassung der Siedlung ist auch die Beratung zur Reichsfrage geworden und zwingend vorgeschrieben. Die zentrale Stelle in Berlin führt den Namen „Reichsstelle für die Auswahl deutscher Bauernsiedler“ und untersteht dem Reichsnährstand. Sie stellt den bäuerlichen Menschen selbst in den Mittelpunkt und zieht in den Kreis der Untersuchung die gesamten Angehörigen des Bewerbers ein. Beamtete Aerzte nehmen die Gesundheitsuntersuchung sodann vor. Daneben wird ein Fragebogen ausgehändigt, der bis in alle Einzelheiten geht und neben den höchst persönlichen Fragen auch Auskunft über Krankheiten und Todesursachen von Vorfahren und Verwandten verlangt. Der Grund ist die Erkenntnis etwaiger sogenannter „rezessiver Erbanlagen“.

Die Zusammenfassung der Prüfung an einer Stelle hat sich aus guten Gründen als notwendig erwiesen, weil nur so Einheitlichkeit und beste Zusammenarbeit von bäuerlicher und ärztlicher Erfahrung gewährleistet ist. Daneben zeigte sich eine ganz erhebliche Verbilligung. Die „Reichsstelle“ nimmt die Prüfung nicht als erste vor, sondern erhält nur die Bewerber zugewiesen, die die „Landesstellen“ nach einer Vorprüfung für geeignet halten. Diese dienen also unter Zusammenarbeit mit den Kreis- und Ortsbauernführern als erstes Sieb. Die endgültige Zulassung erfolgt nur durch die Reichsstelle.

Wie notwendig die strenge Austese unter den Bewerbern ist, zeigt uns ein Blick auf die Gründe, unter denen die Ablehnung leider sehr häufig erfolgen muß. Wir lesen dort: erbliche Geisteschwäche, erbliche Taubheit, erbliche Erblindungsgefahr, Tuberkulose, Asthenie, sämtliche Grade des Schwachsinn, Gemütskrankheit, übermäßiges Alter, dauernde Fehlgeburten usw. Derartige Bewerbungen können unter keinen Umständen Berücksichtigung finden, sie würden sich zu Krankheitskeimen im Bauerntum auswaschen und biologisch zersetzend wirken.

Nur derjenige darf dagegen ein Stück deutschen Bodens zur Nutzung erhalten, der in jedem Falle als tauglich anzusehen ist. Man zieht hier mit Recht die Parallele zum Wehrstand. Ferner besteht die Bedingung, daß die Siedler verheiratet sind,

möglichst bereits mehrere Kinder haben oder wenigstens gewillt sind, solche in die Welt zu setzen. Tauglichkeit in gesundheitlicher und erbgesundheitlicher Beziehung, Rassereinheit und Kinderfreudigkeit, das sind die Grundsätze, unter denen wir die Neugründung von Bauerntum vornehmen. Sie enthalten als Programm das Geleitwort und zugleich das Ziel, unter das wir unsere gesamte Bauernpolitik gestellt haben: Blut und Boden. (KDR.)

Dem Heiratsalter.

Die zielbewusste Eheförderung der nationalsozialistischen Staatsführung hat seit der Machtübernahme im Jahre 1933 schon zu einem starken Anstieg der Eheschließungen geführt, und wenn auch die statistischen Erhebungen für 1934 noch nicht voll abgeschlossen sind — es fehlen noch die ländlichen Gebiete mit den Zahlen für das vierte Vierteljahr 1934 —, so ist doch das Fortdauern des Anstieges unverkennbar, und die Gesamtziffern für 1934 müssen und werden über die Gesamtziffern für 1933 erfreulich weit hinausgehen. Um das Erreichte zu würdigen, muß man sich vergegenwärtigen, daß das Jahr 1932, das der Machtübernahme durch den Nationalsozialismus unmittelbar voranging, auch das Jahr des seit 1925 größten Niedergangs der Eheschließungszahlen war. Ein Höhepunkt lag in den Jahren 1928 und 1929, in denen auf je 1000 Einwohner 9,2 Ehen geschlossen wurden. Dann fiel die Zahl der Verehelichungen stetig ab bis auf 7,9 Heiraten auf 1000 Einwohner im Jahre 1932. Im Jahre 1933 aber wurden 9,7 Ehen auf je 1000 Einwohner neu geschlossen, der Höhepunkt von 1928/29 also in einem Zuge stark überholt, und für 1934 wird die Gesamtzahl der Neuehen wahrscheinlich 10 auf je 1000 Einwohner übersteigen.

Es ist anzunehmen, daß die Mehrzahl der Neuehen in den Jahren 1933 und 1934 von verhältnismäßig jungen Leuten geschlossen worden sind. Unter „verhältnismäßig jung“ soll da ein Heiratsalter zwischen 20 und 30 Jahren verstanden werden. Genaue statistische Feststellungen sind leider noch nicht bekannt. Die Auswertungen der beobachteten Zahlenwerte sind stets frühestens im zweiten Jahre nach Ablauf des Erhebungsjahres zu erwarten. Daher liegen jetzt erst die Zahlen für 1932, also für das Jahr des Niedergangs vor. In diesem Jahre wurden insgesamt 509597 Ehen geschlossen. Bei der Aufgliederung dieser Ehen nach dem Lebensalter des Mannes und dem Lebensalter der Ehefrau zeigt sich, daß die meisten Ehen zwischen Männern im 26. und Frauen im 24. Lebensjahre geschlossen worden sind. Das sind aber insgesamt nur 7188 Ehen oder rund 14,1 von je 1000 Ehen. Ueberhaupt ist das 26. Lebensjahr anscheinend das bevorzugte Heiratsalter des Mannes, denn von allen 509597 Ehemännern standen 48764 oder 96,3 v. T. im 26. Lebensjahr, aber 10107 von ihnen oder fast ein Viertel heirateten Frauen, die älter waren als sie, 303 davon sogar Frauen, die zehn und mehr Jahre älter waren als die Ehemänner.

Bei den Frauen scheint das 24. Lebensjahr das bevorzugte Heiratsalter zu sein, wenigstens standen von den 509597 Frauen insgesamt 52034 oder 102,1 v. T. in diesem Alter. Insgesamt 5765 von diesen Frauen heirateten Männer, die jünger waren als sie selbst, 105 von diesen Ehemännern standen im 20. und 18 sogar erst im 19. Lebensjahr.

Bemerkenswert ist noch die Zahl der Ehen, bei denen einer oder beide Ehepartner überaus jugendlich sind. Von den im 19. Lebensjahre stehenden Männern heiratete einer eine Frau im 30., ein anderer eine Frau im 33. Lebensjahr. Drei Männer im 20. Lebensjahr heirateten Mädchen im 16. Lebensjahr. Ein Mädchen im 16. Lebensjahr nahm einen Mann im 34., zwei andere Mädchen im 16. Lebensjahr Männer im 35. Jahre. Von

den Mädchen im 17. Jahre suchten sich zwei über 55jährige Männer, eines sogar einen über 60 Jahre alten Mann aus. Andererseits heiratete ein Mann im 27. Jahre eine über 55-jährige Frau, ein Mann im 29. Jahre nahm sogar eine Frau von über 60 Jahren.

Zusammenfassend ergibt sich also als das beste oder wenigstens bevorzugte Heiratsalter des Mannes das 26. Lebensjahr, für die Frau das 24. Lebensjahr. Aber, und das ist das Bedenkliche: dieses bevorzugte Heiratsalter gilt nur für etwa (ganz annäherungsweise) ein Zehntel der Eheschließenden. Von den restlichen neun Zehnteln sind die meisten älter, das will sagen, daß sie erst später als wünschenswert zur Familiengründung kommen. Die Auswertung der Heiratsstatistik für 1933 und 1934 wird nun zeigen müssen, ob und wie durch die nationalsozialistische Eheförderung die frühzeitigere und günstigere Familiengründung ermöglicht oder gefördert worden ist. Es kann aber schon jetzt gesagt werden, daß das Ergebnis durchaus nach der wünschenswerten Seite hinneigen wird. (KDR.)

Eine Zahnertraktion zur Zeit des Tiberius.

Man hatte damals, kurz nach Christi Geburt, im alten Rom chirurgische Methoden, die heute nur noch von wenigen Sterblichen überstanden würden. Eine selbständige wissenschaftliche Heilkunde gab es bei den Römern nicht, einwandernde Griechen brachten medizinische Kenntnisse nach Rom. Der erste griechische Arzt in Rom, Archagathos, der mit dem Messer und dem glühenden Eisen schnitt und brannte, führte laut Plinius den bezeichnenden Schimpfnamen „Henker“.

Der erste römische Schriftsteller, der ein zusammenhängendes medizinisches Sammelwerk hinterlassen hat, ist Cornelius Celsus, ein Sprößling eines der vornehmsten Patriziergeschlechter. Er lebte zur Zeit des Tiberius, seine Meinung über die Zahnertraktion findet sich im 12. Kapitel seines 7. Buches „de re medica“: „Denn es ist mit größter Gefahr verbunden, einen festen Zahn auszureißen, weil dadurch bisweilen der Kiefer luzziert wird. Dies ist auch bei Zähnen in der oberen Kinnlade gefährlich, weil hierbei die Schläfen und die Augen eine Erschütterung erleiden. Daher muß man den Zahn wenn möglich mit der Hand, geht dies nicht, mit der Zange herausnehmen. Ist er ober angefressen, so muß man vorher das Loch entweder mit Wolle oder einem gut passenden Stück Blei ausfüllen, damit er unter dem Druck der Zange nicht zerbricht . . . Oft faßt die Zange, wenn

sie den Zahn nicht fassen kann oder vergebens gefaßt hat, die Kinnlade und zerbricht sie. Man kann aber wissen, daß etwas von dem Kiefer lasgebrochen ist, da sich sogleich eine stärkere Blutung als gewöhnlich einstellt. Man muß dann mit der Sonde das abgebrochene Stück auffuchen und mit einer kleinen Zange ausziehen. Wird so diese Absicht nicht erreicht, so muß man das Zahnfleisch einschneiden, bis man das laße Knochenstück fassen kann. Geschieht dies nicht gleich, so schwillt der Kiefer von außen heftig an, so daß der Kranke den Mund nicht mehr öffnen kann. Man muß hier einen warmen Umschlag aus Mehl und Seigen auflegen, bis Eiterung eingetreten ist, und sodann den Einschnitt in das Zahnfleisch machen.“

Es nimmt nicht Wunder, daß damals in Rom Zahnertraktionen nicht sonderlich beliebt waren, weder bei dem Patienten noch bei dem Arzt. (Zahnärztl. Mitteilgn. Nr. 8/35.)

Rassenpolitik der britischen Faschisten.

Der vor einiger Zeit veröffentlichte Briefwechsel zwischen Lord Rothermere und Mosley, dem Führer der britischen Faschisten, zeigte nicht nur die Entzweiung beider Männer, sondern auch die Stellung Mosleys zur Judenfrage. Mosley führt nämlich aus: Die britischen Faschisten hätten sich verpflichtet, daß unter einer faschistischen Regierung in Großbritannien weder eine rassenmäßige noch eine religiöse Verfolgung sein werde. Aber man werde von den Juden wie von jedem anderen verlangen, das Interesse Großbritanniens allen anderen voranzusetzen. Juden könnten keine Mitglieder der faschistischen Bewegung werden, weil sie die Schwarzhemden schorf angegriffen und weil sie eine internationale Bewegung organisiert hätten, die rassenmäßige Interessen über nationale stelle. Die britischen Schwarzhemden würden ihre Haltung gegenüber den Juden nicht ändern, weil im letzten Jahr 80 v. J. derjenigen Personen, die wegen körperlicher Angriffe auf Faschisten von den Gerichten verurteilt worden seien, Juden gewesen seien, während die Juden in England nur 0,6 p. J. der Bevölkerung ausmachten. (KDR.)

Rassendünkel und Rassenhaß bei den Juden.

Die Juden nehmen es uns furchtbar übel, daß wir uns jetzt wieder auf unsere Art, unser Blut besitzen und Rassenhygiene treiben. Und dabei hatte der Gedanke der Rassenzucht in früheren Zeiten bei den Juden gerade eine ganz besondere Bedeutung. Ihre Reinheits- und Ehegesetze gründen sich auf die

Nach erfolgreichen Klinischen Versuchen

bringen wir mit unserem neuen Erzeugnis „Delargon“ eine hochwertige
Milchsäure-Vollmilch in Pulverform

auf den Markt.

Kohlhydrate sind nicht zugesetzt worden, damit der Arzt die Dosierung von fall zu fall selbst vornehmen kann.

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

Literatur durch Deutsche A.-G. für Nestle Erzeugnisse,
Bertin-Tempelhof, Teilestraße 13-16.

Delargon



NESTLE

Deutsches Erzeugnis

„Erbgesundheitsgesetze“ der alten Perser und Ägypter und fanden in verschärfter Form ihre Verankerung im Talmud. Ja, diese Rassenmoral führte die Juden sogar zu unverdächtigem Rassenhader und unersättlichem Haß gegen alles, was nicht als „Sohn Jahves“ galt. Allen anderen Völkern gegenüber bestand und besteht nach heute die an die Juden gerichtete Weisung des Deuteronomisten Elie-habdebarim.

„Geh hin, dein Gatt übergibst sie dir. Du sollst sie schlagen bis hin zur Ausrattung. Du sollst keinerlei Bündnis mit ihnen machen noch haben Erbarmen. Deine Töchter gib ihren Söhnen nicht und ihrer Söhne und Töchter nimm dich nicht an. Du sollst alle Völker verzehren, ja sie dir Gott in deine Hand gibst; denn mit dir wird er sie ausrotten nach seinem Willen, einen um des anderen willen und alle durch dich. Du sollst sie nicht auf einmal vertilgen, auf daß nicht die wilden Tiere der Erde sich wider dich vermehren, aber du rattest sie aus.“ (KVR.)

Was sind die Väter unserer Studenten?

Nach der vom Reichserziehungsministerium herausgegebenen „Deutschen Hochschullistik“ hatten seit dem Sommerhalbjahr 1928 von 100 Studierenden als Väter: 47 Beamte, 23 Kleinunternehmer, 12 Großunternehmer, 8 freie Berufe, 7 Angestellte, 3 Arbeiter. In der genannten Zeit war also fast jeder zweite Student Beamtensohn. 28 v. H. aller Studierenden entstammten mittleren, 16 v. H. den höheren und nur etwa 3 v. H. den unteren Beamtengruppen. Von allen Studentenvätern gehörten in der angegebenen Zeit 60 v. H. zum Mittelstand, 34 v. H. zu den oberen und 6 v. H. zu den unteren Schichten. Trotz der seit dem Sommer 1931 sinkenden Studentenzahl hat sich der Anteil der Beamtensohne behauptet. Im Winter 1933/34 waren nach rund 46 v. H. Beamtensohne. Auch der Gesamtanteil der Söhne von unteren Beamten ist bei der schwierigen wirtschaftlichen Lage mit 2,5 v. H. erstaunlich hoch.

Der Gesamtbestand an Nichtariern in der deutschen Studentenschaft war im Sommer 1932 3950, im Sommer 1933 nur noch 1900. Im Wintersemester 1933/34 waren nur noch 590 jüdisch, in den ersten beiden Semestern davon nur 13. Von den im angezogenen Semester studierenden 15000 Frauen waren 223 Jüdinnen.

Wie finanziere ich meine Niederlassung?

Zur Niederlassung benötigt jeder Jungarzt mindestens 8000 bis 10000 RM. Ein solch erheblicher Betrag steht den meisten angestellten Aerzten nicht zur Verfügung. Was liegt näher, zu überlegen, wie man zu gegebener Zeit in den Besitz der Niederlassungskosten gelangen kann. Die deutsche Rechts- und Wirtschaftsgeschichte kennt seit langem den Weg der genossenschaftlichen Selbsthilfe. Die angestellten Apatheker haben diesen Weg, und zwar mit großem Erfolg, seit Jahren beschritten. Sie gründeten eine Spar- und Darlehenskasse (Sparda), die unter Aufsicht des Deutschen Genossenschaftsverbandes steht und deren Geschäftsführung von angestellten Apathekern und neuerdings auch von den Vertrauensleuten der angestellten Aerzte überwacht wird.

Sparda finanziert seit 1924 Hunderte von Apathekern!

Sparda gab seit 1924 fast 3 Millionen Kredite aus!

Sparda gab einen Durchschnittskredit in Höhe von 9000 RM.

Das Arbeitsfeld der Sparda ist neuerdings ausgedehnt worden auf alle im Gesundheitswesen tätigen Personen, die in der Reichsbetriebsgemeinschaft „Freie Berufe“ organisiert sind, insbesondere auf Apatheker, Aerzte, Tierärzte, Zahnärzte usw.

Wer noch nicht Mitglied der Sparda ist, tut gut daran, sich sofort anzumelden. Der Genossenschaftsanteil beträgt nur

200 RM. (zweihundert Reichsmark). Der Betrag kann in Raten eingezahlt werden, er bleibt als Beteiligung erhalten und nimmt an der Ausschüttung der Dividende teil.

Der rechtzeitige Beitritt zur Sparda liegt im eigenen Interesse jedes angestellten Arztes, da die Mitgliedschaft Vorbedingung zur Kreditgewährung ist.

Ueber alles Weitere gibt Auskunft die der Reichsbetriebsgemeinschaft „Freie Berufe“ eingegliederte Sparda, Berlin W 15, Kurfürstendamm 165/166, Fernruf: Oliva 4600.

In das deutsche Nationalkomitee des in der Zeit vom 29. Juli bis zum 2. August d. J. stattfindenden Internationalen Neuralagenkongresses in Landau sind vom Reichsminister des Innern Prof. Dr. Max Nanne (Hamburg), Prof. Dr. Otfried Soerster (Breslau), Prof. Dr. Ernst Rüdin (München) und Prof. Dr. Max de Crinis (Köln) berufen worden. Die Führung des deutschen Nationalkomitees hat Prof. Dr. Walter Jacobi (Greifswald). Anmeldungen von Vorträgen sind unter Beifügung einer kurzen Inhaltsangabe an Prof. Dr. Jacobi, Direktor der Psychiatrischen und Nervenambulanz der Universität Greifswald, bis spätestens 15. März 1935 zu richten.

Bekanntmachungen

Amtsärztlicher Dienst.

Der Führer und Reichskanzler hat mit Urkunde vom 30. März 1935 den Bezirksarzt in Sarchheim Dr. Eugen Aschenbrenner ab 1. April 1935 auf seinen Antrag in den dauernden Ruhestand versetzt und ihm für seine dem Reiche geleisteten treuen Dienste seinen Dank ausgesprochen.

Dienstesnachricht.

Auf 1. Juni 1935 ist die Stelle eines Bezirksarztes für den Verwaltungsbezirk Höchststadt a. d. Aisch neu zu besetzen.

Bewerbungs(Versetzungs)gesuche sind beim Staatsministerium des Innern bis 5. Mai 1935 einzureichen. Bewerber aus dem Kreise der Anwärter für den ärztlichen Staatsdienst haben der Bewerbung den Nachweis der arischen Abstammung (gegebenenfalls auch für die Ehefrau) beizulegen.

Bezirksärztlicher Dienst.

Mit Wirkung vom 1. Juni 1935 wird der Bezirksarzt in Höchststadt a. d. Aisch Dr. Fritz Aub auf sein Ansuchen auf die Stelle eines Bezirksarztes für den Verwaltungsbezirk Pfarrkirchen in etatmäßiger Weise versetzt.

Schwabinger Abend

am Freitag, den 3. Mai, abends 8 Uhr, im Zentralbad des Krankenhauses Schwabing: Vorweisungen aus dem Gebiete der inneren Medizin, Chirurgie und Dermatologie.

Direktion des städt. Krankenhauses München-Schwabing.

Schriftleitung: Dr. Philipp Gedsner, Haar — Anzeigen: Ernst Scharfberger, München-Namphenburg. VA. 5500 (I. Vj. 35.).

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

Bellagenhinweis.

Der Gesamtauflage dieser Ausgabe liegt ein Prospekt »Turipol« der Firma Dr. R. & Dr. O. Weils Arzneimittelfabrik, Frankfurt a. M., bei.