

Badische Landesbibliothek Karlsruhe

Digitale Sammlung der Badischen Landesbibliothek Karlsruhe

Mitteilungen des Badischen Ärztlichen Vereins. 1847-1856 1856

12 (26.4.1856)

Mittheilungen

des

badischen ärztlichen Vereins.

Karlsruhe.

Nr. 12.

26. April.

Ueber ärztliche Armenverträge und die Einführung einer Armentare.

Das durch Jahre fortgeführte, stets wiederholt aufgenommene Bestreben der Aerzte, statt der ärztlichen Armenverträge eine Armentare zu erlangen, mag die abermalige Prüfung der hier einschlägigen Verhältnisse rechtfertigen.

Die Bitte der Aerzte um Einführung einer Armentare umfasst nämlich zweierlei:

1. die Aufhebung der Verpflichtung der Aerzte zur unentgeltlichen Behandlung der Armen in ihrem Wohnorte und Feststellung einer ermäßigten Gebühr dafür,
2. die Herabsetzung der auswärtigen Taxen bei Behandlung von Armen.

Der gegenwärtige Stand der Gesetzgebung, bezeichnet durch die Ministerialverordnung vom 27. Juni 1843, ist folgender:

1. der angestellte Arzt ist verpflichtet, in seinem Wohnorte die Armen unentgeltlich zu behandeln, ebenso der unangestellte Arzt, wenn kein Staatsarzt zugleich mit ihm im Orte wohnt;

2. in Orten, wo kein Arzt ansässig ist, kann der Arme einen Staatsarzt oder unangestellten Arzt in Anspruch nehmen, und diese erhalten dafür die ihnen zustehenden taxmäßigen Diäten ohne Gebühren;

3. die Gemeinden können mit einem Arzte einen Vertrag zur Behandlung ihrer Armen abschließen, wodurch dann der Kranke an keinen andern Arzt auf Rechnung der Gemeinde sich wenden kann.

Diese Bestimmungen, von denen die dritte einen neuen Grundsatz einführt, wurden getroffen hauptsächlich zur Scho-

nung der Gemeindefassen, indem bisher die Einzelberechnung der ärztlichen Besuche einen zu großen Kostenaufwand verursacht hatte, da weder die Kranken in ihrem Rechte, den Arzt zu holen, noch der Arzt in seiner Pflicht, die Kranken zu besuchen, durch eine verlässige Kontrolle beschränkt waren und dadurch Mißbräuche von beiden Seiten nicht ausblieben. Sie haben sich in dieser Beziehung bewährt. Es hat sich dadurch das *Vertragswesen* ausgebildet, und zwar in geradem Verhältniß sowohl mit der steigenden Verarmung, als auch mit der steigenden Zahl der Aerzte.

Dasselbe erschien nämlich nach zwei Seiten hin vortheilhaft, und wurde deshalb gesucht sowohl von den Gemeinden und Stiftungen zur Ersparung von Kosten, als von den Aerzten zur Erlangung der Praxis und eines gesicherten Einkommens.

Durch seine weitere Entwicklung wurde sogar der erste Grundsatz, daß der Arzt in seinem Wohnorte die Armen unentgeltlich zu behandeln habe, theilweise umgeworfen, indem die Gemeinden durch einen Vertrag sich die Niederlassung eines Arztes im Orte sicherten, und ihm für die Behandlung der Armen ein Aversum zahlten, wie einem Auswärtigen. Diesem Beispiele folgten selbst Gemeinden und Stiftungen, denen der Arzt vollständig gesichert war, und zahlten, vielleicht im Gefühle der Billigkeit, an unangestellte und selbst an angestellte Aerzte Aversen für die Behandlung ihrer Armen, und die Regierungen genehmigten es. Darnach ist der thatsächliche Stand gegenwärtig folgender.

Es bestehen	im See-	Ober-	Mittel-	Unter-	Summe
	kreis.	rhein.	rhein.	rhein.	
Gemeinden mit Verträgen mit im Orte wohnenden Aerzten	13	16	25	15	69.
mit auswärtigen Aerzten	3	22	92	35	152.
Gemeinden ohne Vertrag mit im Orte wohnenden Aerzten	9	15	4	2	30.
mit dort ansässigen Staatsärzten	18	19	37	18	92.
Es kommt im Seekreis	1	Vertrag auf			12,442 Einwohner.
„ Oberrheinf.	1	„	„	9,189	„
„ Unterrheinf.	1	„	„	6,932	„
„ Mittelrhein.	1	„	„	3,948	„

Im Seekreise fehlen beide Momente, welche zu Verträgen drängen, die Verarmung und die große Konkurrenz der Aerzte, im Mittelrheinkreise und Unterrheinkreise treten beide auf, in letzterem mehr die Armuth, in ersterem mehr die Konkurrenz.

Somit ist nicht zu läugnen, daß die ärztliche Armentranken-

pflege wohl geordnet erscheint. Sie hatte aber nichts desto weniger auch bedeutende Nachtheile in ihrem Gefolge, welche nicht zu übersehen sind. Sie treffen die Aerzte, die Gemeinden und die Armen selbst.

1. Die Armenverträge mit einem Orte ziehen immer die übrige Praxis in demselben nach sich, deshalb hauptsächlich auch werden sie gesucht. Dadurch bilden sie aber einen Praxisbann und schließen andere Aerzte aus, was gegen den Geist unserer Medizinalverfassung ist, welche entgegen z. B. wie in Bayern die Praxis freiläßt; sie beeinträchtigen die Erwerbsmöglichkeit, und geben die Praxis nicht dem besten, sondern dem gewandtesten. Da sie aber häufig die Bedingung zur Praxis in einer Gegend sind, so entsteht ein Kampf darum, in welchem, geführt mit den Waffen der Selbstsucht, immer Ehre und Ansehen des ärztlichen Standes Noth leiden. Solche Folgen für den ärztlichen Stand waren sehr üble, die materiellen der Praxisausschließung geringer anzuschlagen, als die moralischen von Unkollegialität, Unehrenhaftigkeit.

2. Die Ersparnis für die Gemeindefassen ist oft nur eine scheinbare und mehr eine Ersparnis der Wohlhabenden auf Kosten der Gemeindefasse. Es werden nämlich oft hohe Aversen von der Gemeinde verwilligt, während eine weitere Bedingung des Vertrags den Arzt verpflichtet, die Vermöglichen um geringere Tare zu behandeln.

3. Die Kranken werden kaum je mit der Sorgfalt behandelt werden, wie ohne Vertrag, wo der Lohn sich nach der Arbeit richtet, statt daß hier der Lohn sicher ist, mag die Arbeit groß oder klein sein, und in der Ausführung derselben der Willkühr eine gewisse Breite gegeben ist.

4. Eine andere Unbilligkeit und pekuniärer Nachtheil erwächst bei der jetzigen Einrichtung denjenigen Gemeinden, welche keine Armenverträge haben. Diese haben für ihre Armen den ärztlichen Besuch nach den Ansätzen der Medizinaltare zu bezahlen. Dagegen haben sich fast allerwärts in der ärztlichen Praxis auf dem Lande für die Vermöglichen ermäßigte Taren gebildet, welche mehr oder weniger unter der Medizinaltare stehen. Die Gemeinden zahlen somit die ärztliche Hülfe für ihre Armen theurer, als sie die Zahlungsfähigen zu stehen kommt.

Wenn wir ermessen wollen, ob nach diesen Erfahrungen die Vortheile oder die Nachtheile der bestehenden Einrichtung vorschlagen, so erachte ich für die Aerzte die Nachtheile, zumal die moralischen, für überwiegend.

Um aber ein Urtheil für die Wirkung auf die Gemeinden zu haben, werden noch einige Zahlen zum klaren Einblick

erforderlich sein, nämlich das Verhältniß der Vertragsgemeinden, d. h. solcher, welche vertragsmäßige Summen, Ubersen, für die Armenbehandlung bezahlen, der kurfreien Gemeinden, welche wegen Ansässigkeit eines Staatsarztes oder praktischen Arztes nichts dafür bezahlen, und endlich der Targemeinden, welche ohne Vertrag und ohne Arzt die gewöhnlichen Taren dafür bezahlen. Es hat der

	Gemeinden.	Vertrags-	Kurfreie,	Tar-Gemeinden.
Seefreis . . .	373	16	27	330
Oberheinfreis .	471	38	34	399
Mittelheinfreis .	391	117	41	233
Unterrheinfreis .	381	50	20	311
	1616	221	122	1273.

Da hiernach nur etwas über den achten Theil der Gemeinden den Vortheil des Vertragsverhältnisses und nur der dreizehnte Theil den der freien Armenbehandlung genießt, so haben beinahe vier Fünftel sämtlicher Gemeinden die volle Tare für die ärztliche Armenbehandlung zu leisten, und die Vortheile beschränken sich auf ein starkes Viertel der Gemeinden.

Darnach dürfte es nicht ungeeignet sein, auf die Mittel zu sinnen, um die bezeichneten Nachteile der jetzigen Armenfrankenpflege thunlichst zu beseitigen. Als solch ein Mittel erscheint aber die Freigebung der Armenpraxis unter Feststellung einer gegliederten Armentaxe mit gewissen Kontrolbestimmungen.

Die hohen Kosten, welche dadurch vermieden werden sollen, stammen nämlich weniger aus der absolut hohen Tare, als

1. aus ihrem Mangel an genügender Gliederung für verschiedene Entfernungen; daß sie z. B. für einen Besuch in einen drei Viertelstunden entfernten Ort eben so viel rechnet, als in einen von zwei Stunden Entfernung, keinen Unterschied macht zwischen einem Zeitaufwand von fünf Viertelstunden oder einer und einer halben Stunde bis zu einem von vier Stunden und von da wieder bis zu acht Stunden. Die Privatpraxis stuft hier nach Stunden, selbst halben Stunden ab. Dies thue auch die Armenpraxis.

2. Aus dem unbeschränkten Besuchsrechte der Kranken und aus dem unbedingten Besuchsrechte des Arztes. Die Kontrolle des Letzteren durch Einreichung eines durch die Ministerialverordnung vom 27. Juni 1843, §. 4 vorgeschriebenen seine Besuche begründenden Diariums ist nämlich völlig illusorisch. Die Kontrolle sei eine präventive und wirksamere, aber zugleich keine, welche die

ärztliche Thätigkeit beschränkt, welche eine moralisch drückende Beaufsichtigung einführt. Sie geschehe in der Form eines Forderungszettels mit vorgeschriebenen Rubriken (Namen und Alter des Kranken, Krankheit, Kostenansatz, Nothwendigkeit weiterer Besuche und voraussichtlich nächster Besuch *). Derselbe werde bei jedem Krankenbesuche ausgefüllt und dem Bürgermeister oder Stiftungsvorstande überschickt. Dieser erhält dadurch Kenntniß von den Leistungen, welche auf Kosten des Fonds gemacht werden, und Gelegenheit, sich mit dem Kranken wie mit dem Arzte darüber zu benehmen. Solche Beobachtung und Verständigung mag Mißbräuche verhüten.

So sehr der Arzt gewohnt ist, Armen seine Hülfe unentgeltlich zu leisten, so wird er es auch für billig halten, Gemeinden gegenüber, denen die Verpflichtung der Erhaltung ihrer Armen obliegt, seine Ansprüche zu ermäßigen. Wenn aber die Gemeinde selbst wohlhabend ist, so wird man dem Arzte kaum zumuthen können, der reichen Gemeindefasse nur die geringsten Forderungen zu stellen, und ihr eine Last abzunehmen, welche sie rechtlich zu tragen hat und ohne Opfer tragen kann. Die Regierung würde deshalb nach den Vermögensverhältnissen der Gemeinden festzustellen haben, welchen derselben das Armenrecht gewährt werden solle. Diejenigen aber, welche die Gemeindebedürfnisse aus eigenem Vermögen bestreiten können, werden eine höhere Tare zu zahlen haben, als diejenigen, welche sie durch Umlagen decken müssen. Zu diesem Zwecke wird eine ärztliche Armentare zwei Sätze enthalten müssen, einen höheren etwa den bestehenden Lokaltaren entsprechenden für vermögliche Gemeinden, und einen niedriger gehaltenen für arme Gemeinden.

Für die Herabsetzung aber der auswärtigen Taren und zur Herstellung einer billigeren Gleichförmigkeit dürfte es gerechte Entschädigung sein, auch in seinem Wohnorte dem unbesoldeten Arzte eine Vergütung für die Behandlung der Armen zu gewähren, falls die Zahl derselben groß ist. Da hier eine Kontrolle mißlicher ist, so würde man bei einer bestimmten Prozentenzahl der Armen ein Aversum festsetzen. Da nur 30 Gemeinden im ganzen Lande sind, welche den bei ihnen wohnhaften unangestellten Ärzten keine Entschädigung geben, so ist der Grundsatz bei den Gemeinden schon fast thatsächlich anerkannt, und dürfte nur allgemein gemacht werden. Ebenso sollte für größere, zeitraubende chirurgische und geburtshülflige Operationen eine ermäßigte Gebühr verwilligt werden.

Um schroffe Uebergänge bei bestehenden Verhältnissen zu

*) Vgl. Mittheilungen von 1853, Nr. 23.

vermeiden, könnten vorderhand die Verträge neben der Armen-tare gestattet bleiben, bis die Erfahrung ein genügendes Urtheil über die Wirkung der letzteren erlaubt.

Zur Casuistik.

Primäre Phlebitis. Den 5. Januar 1855 wurde ein Maurergeselle, 30 Jahre alt, in's Spital in Müllheim aufgenommen; er kam aus einem Hause, in dem die Frau an Typhus starb, und aus dem schon zwei Dienstboten an Typhus erkrankt im Spital sich befanden. Derselbe klagte anfänglich nur rechtsseitigen Kopfschmerz, die genaue Untersuchung seiner Brust und seines Unterleibs ließ kein weiteres Lokalleiden erkennen; dabei fieberte der Kranke etwas und konnte nicht außer Bette sein, weil er sich matt fühlte. Vertikale Blutentleerungen.

Ohne irgend eine traumatische Verletzung erfolgte nach Verschwinden des Kopfschmerzes Schmerz und Geschwulst im rechten Arme mit den Charakteren der Phlebitis. Vertikale Blutentleerungen, Kalomel, Fomentiren des Armes mit Goulard'schem Wasser, Kataplasmen.

Die Erscheinungen der Phlebitis minderten sich, und nun traten unter wiederholten Schüttelfrösten die Symptome lobulärer Entzündung der Lungen, linksseitiger Pleuritis mit Erythemat und hydropische Anschwellung der linken unteren Extremität ein. Der Kranke starb den 22. Februar. Die Sektion wies in der Vena brachialis mehrere Thromben, Verdickung der Venenhäute nach, so daß die Vene einer Arterie gleich sich verhielt. Die Thromben adhärirten an mehreren Stellen an der innern Venenhaut, die bald da, bald dort stark insizirte Gefäßreiser zeigte; nahe der Einmündung der Basilika war die innere Haut der Brachialis erreicht und zum Theil defekt. Die linke Brusthöhle enthielt blutwässrige Flüssigkeit; die Lungen, besonders die linke war lobulär hepatifirt, in der Mitte der hepatifirten Stellen fanden sich granulichte Erweichungen.

War hier Thrombenbildung oder Phlebitis primär? Dürfte dieser Krankheitsfall als ein Beweis dienen, daß es eine Phlebitis aus innern Ursachen, hier typhöse Blutkrase, gibt?

(Physikus Rees in Müllheim.)

Tracheotomie bei Croup. Eine Tracheotomie, die im vergangenen Jahre mit günstigem Erfolge vom prakt.

Arzte Wolf dahier ausgeführt worden, ermutigte mich zur Vornahme der Operation, als dem letzten Mittel in dieser mörderischen Kinderkrankheit.

Der Kranke, ein Knabe von 6½ Jahren, seit mehreren Tagen an Heiserkeit erkrankt, bekam heftige Erstickungsanfälle, und wurde von mir auf die Klinik des Herrn Geh. Hofr. H a s s e verbracht, woselbst, nachdem die gewöhnlichen Mittel zur Bekämpfung des Group's, als Blutegel, Brechmittel, Calomel ic. fruchtlos geblieben waren, von mir die Tracheotomie am Abend des 6. Krankheitstages gemacht wurde. Die Besserung im ganzen Zustande nach der Operation war auffallend, Puls und Respiration nahmen beträchtlich an Frequenz ab; nach 3 Tagen war die Besserung so bedeutend, daß der Knabe zu spielen anfing, nur wollte die Wunde keine Tendenz zur Heilung zeigen, das Fieber steigerte sich am folgenden Tage von neuem, die Athemfrequenz nahm wieder zu. Die Auskultation ergab das Vorhandensein einer ausgebreiteten Bronchitis, und der kleine Knabe starb den 9. Tag nach der Operation an einem Erstickungsanfälle. Die Sektion ergab an einer circumscripten Stelle der Arochnoidea entzündliche Röthung, Ödem und Trübung der pia mater, weite mit Serum erfüllte Ventrikel. Der Larynx zeigte sich vollkommen frei von Exsudat, seine Schleimhaut war normal, dagegen zeigten sich an der Trachea inselförmige, zahlreiche, diphtheritische Exsudate, die sich an mehreren Stellen bis an die kleineren Bronchien fortsetzten. An einzelnen, doch nur umschriebenen Stellen zeigten sich die Lungen verdichtet (lobuläre Pneumonie). Wenn auch nicht zu bezweifeln ist, daß in diesem Falle der Tod durch die fortschreitende diphtheritische Exsudation in den Luftwegen herbeigeführt wurde, nachdem der Group im Larynx und Pharynx (auf den Tonfillen waren in den ersten Tagen deutliche Pseudomembranen zu sehen) geheilt war, so kann darum die Nützlichkeit der Operation nicht bestritten werden, denn es kann wohl mit Sicherheit gesagt werden, daß ohne die Operation der kleine Kranke keine 12 Stunden mehr gelebt hätte, während das Befinden nach der Operation ein so ruhiges und behagliches war, so daß man versucht sein möchte die Operation selbst als Palliativum zu empfehlen. Die glücklichen Erfolge, welche namentlich Troussseau in Paris in neuester Zeit gehabt hat, fordern aber dringend auf, diese Operation bei Group in verzweifelten Fällen nie zu unterlassen, wenn es die Angehörigen zugeben, da man immer Aussicht hat, unter 5 operirten Kindern eines mit dem Leben davon zu bringen.

(Privatdozent Dr. v. D u s c h in Heidelberg.)

Anwendung der schwefligen Säure in Gasform. Als ich 1851 in Paris einen Fall von Tinea favosa, der allen angewandten Mitteln widerstand, zu behandeln hatte, kam ich auf den Gedanken, die schweflige Säure, deren Wirkung auf die Pflanzenparasiten schon lange bekannt ist, zu versuchen.

Das Ergebniß übertraf meine Erwartung. Die schweflige Säure, als Gas auf den leidenden Theil geblasen, zerstörte die Krankheit in einigen Tagen. Mehr als zehn andere Versuche bestätigten den ersten. Wenn der favus klein ist, so sah ich ihn in 6 Stunden nach der ersten Räucherung verwelfen. In andern Fällen zog sich die favöse Kruste zusammen, und konnte in einigen Tagen leicht abgenommen werden. Alsdann sah man in der Haut ein tiefes Loch, welches das Ansehen besaß, als wenn es mit einem Ausschneideisen gemacht worden wäre. Dieses Loch füllte sich rasch aus, und es blieb keine Narbe zurück.

Der von mir angewandte Apparat ist sehr einfach; er besteht aus einer thönernen Pfeife und aus einem Kork, an welchen man das eine Ende eines Kautschukrohres befestigt. In den Pfeifenkopf legt man Schwefelstücke und Zunder; man zündet letzteren an, verstopft den Pfeifenkopf und bläst. Auf diese Weise wird ein Strom schwefliger Säure entwickelt und diese durch das Pfeifenrohr gegen den favus gerichtet.

(H. Grun, Académie des sciences, 4. Febr. 1856.)

Zeitung.

Diensterledigung. Das Amtschirurgat **Gerbach** wird zur Werbung ausgeschrieben.

Niederlassung. Praktischer Arzt **Herrmann Kröll** von **Lahr** hat sich in **Rehl** niedergelassen.

Offener Platz. Die Gemeinde **Sinzheim**, Amt **Baden**, fordert einen Arzt zur Niederlassung gegen ein Aversum auf.

Todesfall. 8. Wund- und Hebarzt **Machleid**, Amtschirurg in **Ettenheim**, 1808 lizenziert, ist 71 Jahre alt am 16. Juni an Wafersucht gestorben.

Aufforderung. Diejenigen Herren Aerzte, welche nach **Australien** reisen und während der Ueberfahrt auf Emigrantschiffen sich dem Sanitätsdienst unterziehen wollen, lade ich ein, sich mit mir in Korrespondenz zu setzen. Kostenfreie Ueberfahrt in erster Kajüte, sowohl hin als zurück, kann ich denselben auf Verlangen garantiren.

Stuttgart, den 14. Juni 1856. **J. F. Gast**, im grünen Haus.

Redaktion: **Dr. R. Votz**.

Druck von **Malsch & Vogel**.