

# **Badische Landesbibliothek Karlsruhe**

**Digitale Sammlung der Badischen Landesbibliothek Karlsruhe**

## **Ärztliche Mitteilungen aus und für Baden. 1857-1933 1903**

21 (15.11.1903)

# Ärztliche Mitteilungen

## aus und für Baden.

Erscheinen 2 mal monatlich.

Anzeigen:  
20 Pfg. die einspaltige Petitzelle,  
mit Rabatt bei Wiederholungen.

Beilagen:  
Preis je nach Umfang.

Einzelne Nummern:  
20 Pfg. inkl. freier Zustellung.

Begründet von Dr. Rob. Volz.

Schriftleitung: Dr. Bongartz in Karlsruhe.  
Verlag, Druck und Expedition: Malsch & Vogel in Karlsruhe.

Jahres-Abonnement:  
4 Mk. 75 Pfg.  
exkl. Postgebühren.

Für Mitglieder der badischen  
ärztlichen Landesvereine,  
welche von Vereins wegen  
für sämtliche Mitglieder  
abonnieren,  
— 3 Mk. —  
inkl. freier Zustellung.

LVII. Jahrgang.

Karlsruhe

15. November 1903.

### Die Konferenz von Ärzten und Krankenkassenvertretern im Ministerium des Innern am 5. November d. J.

Die Wahrnehmung, dass in letzter Zeit an verschiedenen Orten des Grossherzogtums zwischen den Krankenkassen und Ärzten Meinungsverschiedenheiten über ihre gegenseitigen Beziehungen entstanden sind, die zumteil zu unliebsamer gegenseitiger Bekämpfung geführt haben, hat die Grossherzogliche Regierung veranlasst, eine gemeinsame Erörterung der in Betracht kommenden Fragen durch Vertreter von Ärzten und Krankenkassen herbeizuführen, um, wie es in dem Einladungsschreiben weiter heisst, einen Weg zu finden, wie bei derartigen Meinungsverschiedenheiten ein Ausgleich der verschiedenen Interessen mit tunlichster Unparteilichkeit und Raschheit herbeigeführt werden könne.

Bei diesem Anlass sollte insbesondere auch darüber beraten werden, welche Durchschnittssätze bei der Festsetzung von Aversalvergütungen nach der Mitgliederzahl der Krankenkassen angemessen erschienen und welche Erhöhung die bisherigen Aversen wegen der Ausdehnung der Krankenunterstützung nach der Novelle zum Krankenversicherungsgesetz billigerweise zu erfahren hätten. Diese Besprechung hat nun am 5. d. M. im Ministerium des Innern stattgefunden.

Erschienen waren zu derselben von seiten der Regierung Herr Minister Dr. Schenkel, der die Konferenz eröffnete und für kurze Zeit leitete, dann die Herren Geheimer Oberregierungsrat Dr. Glockner, Ministerialrat Weingärtner und Obermedizinalrat Dr. Greiff; als Vertreter der Ärzte die Herren Medizinalrat Lindmann-Mannheim, Bongartz und Tross-Karlsruhe, Rosswog-Schliengen, Medizinalrat Kugler-Mannheim und Seiz-Konstanz, sodann von seiten der Krankenkassen ein Mitglied der Aufsichtsbehörde aus Karlsruhe, sowie Vertreter des Krankenkassenverbandes respektive der Orts- und Gemeindekrankenkassen von Karlsruhe, Pforzheim, Lahr, Hockenheim und Messkirch.

Nach der Eröffnung durch den Minister erstattete Ministerialrat Weingärtner ein sorgfältig ausgearbeitetes, von eingehender Beherrschung des Stoffes zeugendes

Referat, in welchem er an der Hand der Reichs- und der badischen Landesstatistik die seit dem Jahre 1886 eingetretene allmähliche Steigerung der Ausgaben für Arzthonorar, die Zunahme der Ärztezahle, andererseits aber auch die seitdem eingetretene Verteuerung der gesamten Lebenshaltung klar und übersichtlich erläuterte und folgende 3 Fragen zur Besprechung stellte:

1. Muss eine Erhöhung des Arzthonorars in Rücksicht auf die Verlängerung der Unterstützungsdauer überhaupt eintreten?
2. Wie hoch sollen die Aversa gesteigert werden?
3. Wie soll in Streitfällen verfahren werden?

Da bezüglich der Bejahung der ersten Frage ein Zweifel nicht sein konnte, drehte sich die nunmehr lebhaft geführte Debatte fast ausschliesslich um die zweite.

Zunächst wurde seitens des Vertreters der Regierung dargetan, dass, soweit die von einzelnen Krankenkassen (Frankfurt a. M. etc.) geführte Statistik dies annehmen lässt, die Ausdehnung der Unterstützungsdauer von 13 auf 26 Wochen eine Vermehrung der ärztlichen Mühewaltungen um 17 bis 20 Prozent eintreten werde, eine Ansicht, zu der auch der Ärztliche Ausschuss auf Grund eines vom Medizinalrat Kugler ausgearbeiteten Berichtes gekommen sei. Auf Grund der Statistik der Eisenbahnbetriebskrankenkasse einerseits und der Erfahrungen bei Mannheimer Krankenkassen andererseits kamen Tross-Karlsruhe und Lindmann-Mannheim zu ähnlichen Ergebnissen, während Seiz-Konstanz 25 Prozent für richtig hielt. Verschiedene Kassenvertreter glaubten auf Grund der Erfahrungen bei ihren Kassen (Pforzheim etc.), dass die Steigerung der ärztlichen Arbeit keine solch hohe sein werde; im allgemeinen stellte sich bei der Besprechung heraus, dass die Verhältnisse bei den einzelnen Kassen verschieden liegen und eine gleichmässige Steigerung voraussichtlich nicht eintreten wird, im grossen und ganzen aber wurden 17 bis 20 Prozent auch von den Vertretern der Ärzte als das Wahrscheinlichste angenommen. War es bis jetzt sehr ruhig zugegangen, so geriet die Debatte in ein wesentlich lebhafteres Fahrwasser, als nun die Frage erörtert wurde, wie hoch die Arzthonorare nunmehr auf Grund

dieser angenommenen Mehrleistung an Arbeit gesteigert und welche Minimalaversalsätze speziell anzunehmen seien, wobei seitens des Ministerialvertreters 2 M. 50 S. für Gemeindekrankenversicherungen in Vorschlag gebracht wurden. Überhaupt drehte sich die ganze mehrstündige Erörterung, soweit die Frage der Aversalsätze in Betracht kam, fast lediglich um die Gemeindekrankenversicherungen, die Ortskrankenkasernen wurden wenig erwähnt, und von den Betriebskrankenkasernen wurde während der ganzen Verhandlungen auch nicht mit einem einzigen Worte gesprochen. Dies besonders festzustellen, ist aus bestimmten Gründen, wie später zu ersehen, wichtig. Mit Entschiedenheit hielten die sämtlichen Vertreter der Ärzte an den von den verschiedenen Vereinen festgesetzten Minimalaversalsätzen von 3 M. in loco und 4 M. auswärts, auch bei Gemeindekrankenkasernen, fest; es wurde dargetan, dass auch bei diesen Sätzen die Vergütung für die Einzelleistung weit unter der Minimaltaxe sich bewegen würde, und dass die Ärzte mit diesen Sätzen den Kassen das weitgehendste Entgegenkommen bewiesen. Die Mängel der Reichsstatistik bezüglich der Bewertung der ärztlichen Arbeit wurden beleuchtet und verlangt, dass nur die Zahl der Einzelleistungen bei erwerbsfähigen wie erwerbsunfähigen Kranken als Grundlage für die Honorarbemessung gelten solle. Aus den im Amte Müllheim und im Kreise Offenburg seit einer Reihe von Jahren gemachten Erfahrungen ergab sich, dass auch bei ländlichen Kassen (Gemeindekrankenversicherungen) Bezahlung der Einzelleistung bei freier Arztwahl möglich ist und Kassen wie Ärzte sich dabei gut stehen und im besten Einvernehmen miteinander leben.

Auf Grund eingehender Berechnung wurde durch Medizinalrat Kugler dargetan, dass auch die Gemeindekrankenkasernen den Forderungen der Ärzte und all ihren gesetzlichen Verpflichtungen nach Einführung der Novelle zum Versicherungsgesetze gerecht werden können, wenn sie die Beiträge von 2 Prozent auf 2,6 Prozent des massgebenden Tagelohnes erhöhen, und dass sie das gesetzlich zulässige Höchstmass von 3 Prozent nicht einmal zu erheben brauchten.

Den Ausführungen der Ärzte wussten die Vertreter der Krankenkassen sachlich recht wenig entgegen zu halten. Nur der Vertreter von Messkirch hielt die Befriedigung der Forderungen der Ärzte bei den Gemeindekrankenkasernen seines Bezirkes für unmöglich, ohne aber zwingende Beweise hierfür zu erbringen. Dass die Bezahlung der Einzelleistung auch von Vertretern von Krankenkassen als das richtigste System bezeichnet wurde, muss besonders erwähnt werden, ebenso, dass die Bereitwilligkeit ausgesprochen wurde, sich mit den Ärzten zu verständigen und in der Honorarfrage ihnen entgegenzukommen, da auch die Kassenvorstände auf dem Standpunkte ständen, dass jede Arbeit ihres Lohnes wert sei.

Dass bei diesen Erörterungen, die seitens der Kassenvorstände häufig um rein lokale Verhältnisse sich drehten, auch Klagen gegen die Ärzte, wenn auch in sehr gemässigter Form, vorgebracht wurden, ist selbstverständlich. Fast ausschliesslich handelt es sich hierbei um die Ausnützung der Kassen durch einzelne Ärzte, dem gegenüber von den Vertretern der Ärzte wiederholt

darauf hingewiesen wurde, dass gerade die ärztlichen Organisationen am besten in der Lage seien, derartigen Auswüchsen entgegen zu treten, und dass diese keineswegs gewillt seien und absolut kein Interesse daran hätten, derartige minderwertige Elemente, die, wie in jedem Stande, ja auch bei uns vereinzelt vorkämen, zu schützen.

Hochinteressant für alle Beteiligten war die aus den Erörterungen hervorgehende, uns Ärzten allerdings längst bekannte Tatsache, dass die Beziehungen zwischen Ärzten und Krankenkassen da am befriedigendsten sind, wo freie Arztwahl herrscht und die Verhältnisse von Organisation zu Organisation geregelt werden. Besonders klar ging dies aus den Schilderungen der Vertreter der Ortskrankenkasernen von Lahr und Pforzheim hervor, und vor allem die sehr sympathischen Darlegungen des letzteren fanden von ärztlicher Seite lebhaftere Anerkennung, weil aus ihnen hervorging, dass bei einer gut geleiteten Kasse die Forderungen der Ärzte auf freie Arztwahl, standesgemässe Stellung und Honorierung durchgeführt werden können und dabei die Kasse bei weitgehendster Berücksichtigung der Interessen ihrer Mitglieder finanziell prosperieren kann. Hoffentlich haben die übrigen anwesenden Kassenvorstände eine Lehre aus diesem schönen Beispiel gezogen.

Dass der Leipziger Verband auch mehrfach von beiden Seiten erwähnt wurde, ist selbstverständlich, und wenn seitens eines Kassenvorstandes die Friedensschalmei geblasen und bedauert wurde, dass von ärztlicher Seite etwas scharf in die Kriegstrompete gestossen worden sei, so wurde nicht verfehlt darauf hinzuweisen, dass bis vor kurzem das Verhalten gar vieler Kassenvorstände ein anderes gewesen. Während früher die Kassen den Ärzten einfach dekretiert hätten, was sie ihnen geben wollten, seien die Ärzte jetzt in der Lage, selbst ihre Forderungen zu stellen. Wiederholt wurde dabei betont, dass die Ärzte bei ihren Forderungen die Existenzbedingungen der Kassen, soweit dies mit ihren eigenen vitalen Interessen nur irgendwie vereinbarlich sei, berücksichtigen würden, dass man von ihnen aber nicht verlangen könne, dass Gebilde, die, wie manche kleinen Gemeindekrankenversicherungen, überhaupt nicht existenzfähig seien, auf Kosten der Ärzte über Wasser gehalten würden. Hier an Stelle der kümmerlich dahin siechenden leistungsfähigere und lebenskräftigere Organisationen zu schaffen, sei aber Sache der Gesetzgebung respektive der Verwaltungsbehörden, aber nicht der Ärzte.

Da bei diesen Erörterungen die Zeit bereits weit vorgeschritten, konnte die Frage, wie in Streitfällen zu verfahren sei, leider nicht in der wünschenswerten Gründlichkeit erörtert werden. Wohl wurde betont, dass dies am besten durch Verhandlungen zwischen Kassen und ärztlichen Organisationen geschehen könne, und dem Wunsche, dass die Kassenvorstände sich hierzu in Zukunft mehr wie bisher bereit finden möchten, Ausdruck verliehen.

Auch die freie Arztwahl wurde nur kurz erwähnt. Breite Erörterungen hierüber würden wohl auch kaum die anwesenden prinzipiellen Gegner derselben überzeugt haben, wenn dies durch die Mitteilungen der übrigen Kassenvorstände über ihre günstigen Erfahrungen mit derselben noch nicht geschehen war. So begnügten

sich denn die Vertreter der Ärzteschaft unter Hinweis auf diese Tatsachen damit, die Kassenvorstände, welche diesem System, auf dessen allmähliche allgemeine Durchführung die Ärzte aus Rücksicht auf die ethischen Lebensbedingungen ihres Standes bestehen müssten, noch abgeneigt seien, aufzufordern, sich die günstigen Erfahrungen ihrer Kollegen zu Nutze zu machen und dementsprechend zu handeln.

Zum Schlusse glaubte der Vertreter des Ministeriums aus dem Gang der Verhandlungen schliessen zu können, dass Minimalaverssätze von 2,50 *M.* bis 3,50 *M.* bei den Kassen, die bei den Besprechungen in Betracht gekommen, als angemessen zu betrachten seien.

Wir betonen aber nochmals, dass die Vertreter der Ärzte an keinem Punkte der Verhandlungen von der Minimalforderung von 3 *M.* in loco abgegangen sind, und dass es sich bei allen den Erörterungen über diese Frage stets nur um Gemeindekrankenversicherungen handelte, über Honorarsätze bei grösseren Ortskrankenkassen oder gar bei Betriebskrankenkassen ist überhaupt nicht gesprochen worden, wenigstens nicht in Bezug auf für dieselbe in Betracht kommende Averssätze.

Wenn nun der Vorstand des badischen Krankenkassenverbandes, ohne irgend eine offizielle Äusserung des Ministeriums abzuwarten, gleich am folgenden Tage schon in einem Rundschreiben an die dem Verbaude angehörigen Kassen die Behauptung aufgestellt hat, dass seitens des Grossherzoglichen Ministeriums in jener Konferenz der Averssatz von 2,50 *M.* bis 3 *M.* als Arzthonorar für Gemeindekrankenversicherungen, Orts-, Betriebs- etc. Krankenkassen bestimmt worden sei, so wird es schwer, ein solches Vorgehen noch als loyal zu betrachten, selbst wenn man annimmt, dass die tatsächlich unrichtige Wiedergabe der Meinungsäusserung des Vertreters des Ministeriums, der ausdrücklich von einem Averssatze von 2,50 bis 3,50 *M.*, nicht 2,50 bis 3 *M.* sprach, bona fide geschehen sei.

Wenn es dann in dem Berichte des Krankenkassenverbandes ferner heisst, dass auf Grund der Verhandlungen in der Konferenz bezüglich der freien Arztwahl es den einzelnen Kassen überlassen bleiben solle, ob sie dieselbe einführen wollten oder nicht, so muss auch hier, um Missverständnissen vorzubeugen, bemerkt werden, dass weder die Vertreter des Ministeriums noch auch die Kassenvertreter zu dieser Frage irgendwie eine bestimmte Stellung eingenommen haben; nur die Ärzte, die sich hierüber äusserten, haben die freie Arztwahl als eine Forderung hingestellt, von welcher der ärztliche Stand nicht ablassen werde und die früher oder später erfüllt werden müsse, während die Kassenvertreter sich damit begnügten, die bei den einzelnen Kassen eingeführten Arztsysteme zu beschreiben, ohne zur prinzipiellen Frage Stellung zu nehmen.

Wie man nun den Versuch, diese für keinen Teil verbindlichen und nur einen rein informativischen Charakter tragenden Besprechungen zu Ungunsten der Ärzte auszunützen, mit dem mit einer gewissen Emphase betonten guten Willen zur friedlichen Verständigung vereinbaren kann, ist unverständlich.

Demgegenüber können wir die Vereine und Kollegen im Lande nur wiederholt auffordern, um so fester und energischer

auf ihren Forderungen zu beharren und sich durch keine Legendenbildung irre machen zu lassen.

Zu bedauern ist nur, dass auf diese Weise die gute Absicht der Regierung, die Meinungsverschiedenheiten zwischen Ärzten und Kassen auf friedlichem Wege auszugleichen, durchkreuzt oder doch mindestens in der Durchführung sehr erschwert wird. Um das eigentümliche Vorgehen des Vorstandes des Krankenkassenverbandes recht zu beurteilen, muss man wissen, dass die meisten grösseren Orts- und vor allem die Betriebskrankenkassen im ganzen Lande schon seit Jahren mehr als die oben angeführten Sätze an Arzthonorar bezahlen, es sich also allem Anscheine nach bei der angeführten Behauptung um den Versuch einer direkten Schädigung der ärztlichen Interessen handelt, indem man unberechtigterweise die Autorität der Regierung gegen dieselben auszuspielen sucht. Und das nennt man Friedensliebe.

So ist nachträglich leider durch dieses Vorgehen des Vorstandes des Krankenkassenverbandes ein starker Misston in die auch von seiten der Kassenvertreter in durchaus friedlichem Sinne geführten Besprechungen gefallen, deren durchaus objektive und von eingehendster Sachkenntnis zeugende Leitung durch die Vertreter des Grossherzoglichen Ministeriums besonders von den ärztlichen Teilnehmern dankbar anerkannt wurden. B.

### Ärztlicher Kreisverein Karlsruhe.

Generalversammlung vom 31. Oktober 1903.

Anwesend 73 Mitglieder.

Einziger Gegenstand der Beratung war der Abschluss eines Schutz- und Trutzbündnisses zur Durchführung der Beschlüsse des Kölner Ärztetages den Krankenkassen etc. gegenüber. Die zu diesem Zwecke seitens des Vorstandes vorgeschlagenen Bestimmungen wurden nach eingehender Beratung mit unbedeutenden Änderungen angenommen.

Eine lebhaft diskutierte rief nur die seitens einiger Ärzte der Eisenbahnbetriebskrankenkasse gewünschte vorläufige Ausnahme der letzteren von den Bestimmungen bezüglich der Honorarsätze hervor, doch wurde der betreffende Antrag von der Versammlung fast einstimmig abgelehnt. Es wurde sodann beschlossen, sämtliche Vereinsmitglieder durch Unterschrift einer ehrenwörtlichen Erklärung auf die Befolgung der Bestimmungen zu verpflichten und auch die ausserhalb des Vereines stehenden Kollegen zum Anschluss an das Schutz- und Trutzbündnis aufzufordern. Letzteres soll als zu stande gekommen betrachtet werden, wenn 90 % der praktizierenden Ärzte die betreffende Erklärung abgegeben haben.

Die von der Versammlung beschlossenen Bestimmungen lauten:

1. In jedem Zweigverein wird eine drei- resp. fünfgliedrige Vertragskommission (V.-K.) gebildet, welche berechtigt und verpflichtet ist, alle Beziehungen der Vereinsangehörigen zu öffentlichen und privaten Korporationen, Behörden, Gemeinden, Versicherungsanstalten, insbesondere zu Kranken-, Unfall- und Invaliditätskassen zu kontrollieren und den Vereinsbestimmungen gemäss

zu regeln. Die Vertragskommissionen geben sich selbst eine Geschäftsordnung, in welcher auch Bestimmungen über die Schlichtung etwaiger Differenzen zwischen ihr und einzelnen Kollegen enthalten sein müssen.

Die Vereinsmitglieder sind verpflichtet, jeden neuen Vertrag mit obengenannten Verbänden und Kassen, sowie jede Abänderung eines bestehenden vor dem Abschluss der zuständigen Vertragskommission zur Genehmigung vorzulegen und erst, wenn diese erfolgt, ist der Vertrag zu unterschreiben.

Ausgenommen hiervon sind die Verträge der beamteten Ärzte mit staatlichen Behörden, soweit sie nicht auf ausserdienstliche ärztliche Leistungen sich beziehen.

Die Vereinsmitglieder sind ferner verpflichtet, eine Abschrift der Verträge, auch der schon bestehenden, der V.-K. einzusenden.

2. Für die Verträge mit Krankenkassen gelten folgende Vorschriften:

a. In jedem Verträge soll die Errichtung eines Schiedsgerichtes zur Schlichtung von Streitigkeiten zwischen Ärzten und der Krankenkasse vorgesehen werden für alle Fälle, welche durch direkte Verhandlung zwischen der V.-K. und dem Kassenvorstande nicht beigelegt werden können.

Das Schiedsgericht soll bestehen aus je zwei von der V.-K. und der Krankenkasse zu ernennenden Schiedsrichtern unter dem Vorsitze eines Unparteiischen.

b. Die Bestimmungen über die Kündigungsfristen müssen für beide Teile gleichlautend sein, auch muss die Kasse verpflichtet werden, auf Verlangen die Gründe der Kündigung anzugeben.

c. Nichtversicherungspflichtige Mitglieder mit einem Gesamteinkommen von über 2000 *M.* sollen vertragsmässig von der Kasse nicht neu aufgenommen werden. Sind solche bereits Mitglieder der Kasse, so muss das Honorar für dieselben entsprechend erhöht werden.

3. Für die Honorarbemessung gelten folgende Bestimmungen:

a. bei Kassen, die bisher nur 13 wöchentliche Unterstützungsdauer hatten, ist bei Aversal- oder Pauschalverträgen eine mindestens 20%ige Erhöhung des Honorars zu fordern resp. die unten folgenden Sätze, falls eine 20%ige Erhöhung des Honorars zur Erreichung derselben nicht genügen sollte;

b. bei Aversalverträgen kommen folgende Minimalsätze in Anrechnung:

α. in loco resp. bis 2 Kilometer Entfernung: 3 *M.* pro Mitglied und 9 *M.* pro Familie;

β. auswärts von 2 bis 5 Kilometer Entfernung 4 *M.* resp. 12 *M.* Ob bei Entfernungen über 5 Kilometer höhere Sätze in Anrechnung zu bringen sind, entscheidet die V.-K. in jedem einzelnen Falle.

Hierbei ist zu bemerken, dass dies die Minimalsätze sind, unter welche unter keinen Umständen heruntergegangen werden darf und die nur finanziell schlecht stehenden Kassen bewilligt werden dürfen, welche bereits 3% des massgebenden Tagelohns

als Beitrag erheben, und zwar nur so lange, bis ihre finanzielle Lage sich gebessert hat. Im allgemeinen sind mindestens 4 *M.* resp. 12 *M.* in loco zu fordern, besonders darf bei Kassen mit freier Arztwahl unter diesen Satz nicht heruntergegangen werden, wenn auch alle spezialärztliche Leistungen aus dem Aversum vergütet werden sollen.

Aussergewöhnliche Leistungen, wie Nachtbesuche, chirurgische und geburtshilfliche Operationen und andere Verrichtungen, welche nach der preussischen Taxe von 1896 mit mindestens 5 *M.* berechnet werden, sind dabei extra zu bezahlen.

c. Bei Pauschalverträgen müssen die tatsächliche Mitgliederzahl und die oben angeführten Kopffaversen der Berechnung des Pauschales zugrunde gelegt werden.

d. Bei Bezahlung der Einzelleistungen müssen folgende Minimalsätze in Anrechnung kommen:

α. In loco 1 *M.* für den Besuch und 60 *S.* für Konsultationen in der Sprechstunde, für Nachtbesuche 3 *M.*

Chirurgische, geburtshilfliche und sonstige höher zu bewertende Leistungen nach den Minimalätzen der preussischen Taxe oder nach besonders mit der V.-K. zu vereinbarem Tarife.

β. Auswärts über 2 Kilometer Entfernung für Gelegenheitsbesuche 1,50 *M.*; bei Extrabesuchen ausserdem eine Kilometergebühr von 1 *M.* pro Kilometer Entfernung, bei Nacht doppelte Gebühr. Nur bei Kassen, bei welchen die Gesamtausgabe für Arzthonorar 4 *M.* pro Mitglied schon übersteigt, kann bei bereits bestehenden Verträgen der Gelegenheitsbesuch mit 1 *M.* berechnet werden.

Die von auswärtigen Krankenkassen der betreffenden Ortskrankenkasse überwiesenen Kranken sollen nur gegen Bezahlung der Einzelleistung behandelt werden.

e. Alle Verträge, welche obigen Bedingungen nicht entsprechen, müssen bis spätestens 1. Januar 1904 abgeändert resp. gekündigt werden.

f. Alle Verträge sind schriftlich abzufassen.

g. Die freie Arztwahl ist möglichst bei allen Kassen anzustreben, bei neu gegründeten oder freigeordneten Kassen muss dieselbe eventuell durch Kampf durchgesetzt werden. Bewerbungen um freigeordnete Kassenarztstellen sind nur mit ausdrücklicher Genehmigung der Vertragskommission gestattet und die Kassenverwaltungen sind mit etwaigen Anerbietungen an diese zu verweisen. Bei Kassen, deren Verträge abgeändert werden müssen, soll die freie Arztwahl stets in Vorschlag gebracht werden. Entsprechend den Beschlüssen des Kölner Ärztetages sind die Vereinsmitglieder verpflichtet, sich jeder Agitation gegen die freie Arztwahl zu enthalten.

Die Erklärung lautet:

Der Unterzeichnete verpflichtet sich hiermit ehrenwörtlich, sich allen von dem Ärztlichen Kreisverein Karlsruhe in der Generalversammlung vom 31. Oktober 1903 bezüglich der Abschliessung neuer oder die Abänderung bestehender Verträge mit öffentlichen oder

privaten Korporationen, vor allem mit Kranken-, Unfall-, Invalidität- und sonstigen Kassen beschlossenen Vorschriften und Bestimmungen zu unterwerfen, insbesondere

1. unter allen Umständen die festgesetzten Minimaltaxen zu fordern;
2. jeden Vertrag vor seinem Abschluss der zuständigen Vertragskommission zur Genehmigung vorzulegen;
3. keinen Vertrag einzugehen, durch welchen die seitens der Vertragskommission beabsichtigte Einführung der freien Arztwahl bei neu gegründeten oder frei gewordenen Kassen verhindert oder deren Aufhebung bewirkt werden kann;
4. bei Streitigkeiten zwischen einzelnen Ärzten resp. der Vertragskommission und Krankenkassen in keinerlei Beziehung zu letzteren zu treten und sich nicht nur der Unterbietung, sondern überhaupt jeglichen Wettbewerbes zu enthalten.

### Die Stellung der physikalischen (und diätetischen) Heilmethoden in der heutigen Therapie.

Bemerkungen zur physikalischen Therapie des Respirations- und Circulationsapparates\*)

Von Hofrat Professor Dr. O. Vierordt in Heidelberg.

Die Einführung der physikalischen Heilmethoden in die wissenschaftliche Medizin bedeutet einen Wendepunkt von weittragender Bedeutung in der Geschichte unserer Wissenschaft. Es ist nicht lange her, dass die Schulmedizin diese Methoden mit verschwindenden Ausnahmen unbenutzt beiseite liess, dass sie es geradezu zurückwies, sich mit ihnen zu befassen, dass sie sie zu ihrem eigenen Schaden den rohen und ungebildeten Empirikern, den Pfüschern überliess — und warum? — weil der vollständige Mangel an wissenschaftlichen Grundlagen für dieses Verfahren, das Fehlen einer exakten Erforschung ihrer Wirkung den wissenschaftlich gebildeten Arzt abstieß, ihm Misstrauen, ja Verachtung einflösste.

Das ist nun anders geworden; die Elektrotherapie und Hydrotherapie als zeitlich erste, die Ernährungstherapie (wenn es gestattet ist, dieselbe hier mitzuerwähnen), später hinzukommend, die beiden ersteren aber an tatsächlichen Grundlagen rasch überholend, ferner die Bewegungs-, Luft-, Lichttherapie und wie sie alle heissen, sie sind in ihren Wirkungen unserem wissenschaftlichen Verständnis näher gerückt. Die Lehre von ihrer Wirkung ist von massenhaftem, unklarem, teilweise mystischem Wust gereinigt worden und sie hat dafür an positiven Tatsachen gewonnen.

Ich will Sie jetzt nicht mit der gewissenhaften Aufzählung aller der Zustände ermüden, bei welchen die physikalischen Methoden ihre heilsamen Einflüsse entfalten. Die Geschichte der wissenschaftlichen Bearbeitung dieser Dinge setzt ein mit der noch nicht lange zurückliegenden Zeit, da verschiedene Forscher begannen, sich

mit der Hydrotherapie einerseits der akuten fieberhaften, andererseits der chronischen Zustände zu beschäftigen, da durch Arbeiten aus den Kurorten und von Spezialisten unternommen wurde, die Wirkungen der Mineralwässer nach modernen Methoden zu studieren, da die Elektrotherapie, dann die Massage gegen Krankheiten des Nervensystems angewandt wurde. Inzwischen ist die Anzahl der Heilfaktoren vermehrt, der Kreis ihrer Anwendbarkeit erweitert, und heutzutage sind wir so weit, dass es ausgesprochen werden darf, es gebe kein Organ des menschlichen Körpers, welches nicht durch physikalisch-diätetische Einflüsse getroffen werden kann, und es gebe kein internes Leiden, bei welchem nicht, unbeschadet der gesicherten Indikationen der medikamentösen und antitoxischen, beziehungsweise der chirurgischen Therapie, die Methoden der medizinischen Heilweise angezeigt wären.

Unter den medizinischen Heilmethoden der inneren Medizin ist ja bisher eigentlich nur von der Ernährungstherapie zu sagen, dass sie bereits ein stolzes, festgefügtes, in manchen Beziehungen einigermaßen abgeschlossenes Gebäude auf der Basis gesicherter naturwissenschaftlicher Tatsachen darstellt. In dem physikalischen Teile dieser neuen Heilmethode ist unser streng wissenschaftlicher Besitz noch geringer und weniger geschlossen, und es erscheint die Klage von Winternitz in dem vor zwei Jahren erschienenen Handbuch der physikalischen Therapie über spärlich gelieferte neue Arbeit nicht unberechtigt, wenigstens was deren Ergebnis an exakten, wohlbeobachteten Tatsachen bedeutet.

Dennoch müssen wir vor allem anerkennen, dass uns auch in diesen Disziplinen gerade in der neuesten Zeit vielfach entgegengearbeitet ist durch die grundlegenden Arbeiten von Rubner und anderen über den Wärmehaushalt des Körpers und den Stoffwechsel überhaupt, durch Arbeiten über das Verhalten des Blutes, des Nervensystems, des Circulationsapparates unter physikalischen Einflüssen. Dies zusammengenommen mit einem Teile der zahlreichen älteren und neueren direkt therapeutischen Arbeiten hat denn doch schon einen gewissen festen Bestand an Gesichtspunkten und sicheren Grundlagen für diese Therapie ergeben.

Das Resultat ist, dass die Indikationen für die Massnahmen der physikalischen Therapie anfangen, präciser zu werden. Und dies ist ein grosser Fortschritt!

Wie eine nach bestimmten Indikationen handelnde Therapie auf die Erweiterung unserer Kenntnisse in der Pathologie und Klinik und insbesondere auf die Verfeinerung der Diagnostik zurückwirkt, das zeigt uns die Entwicklung der Chirurgie und inneren Medizin in deren Grenzgebieten, die Geschichte der Appendicitis, der Lokalisationen im Grosshirn, der eitrigen Pleuraexsudate u. a. m. Das Umgekehrte tritt ein, wenn, wie dies früher bei den physikalischen Heilmethoden der Fall war, die Richtung der Therapie unbestimmter wird, die Ziele allgemeiner Kräftigung oder sonstiger allgemeiner Beeinflussung des Organismus verfolgt, weniger individuell der Diagnose und speziellen Natur des Einzelalles angepasst wird. Exakte Diagnosen erscheinen dann nicht nötig und werden dann auch nicht gestellt; »Kräftigung des Herzens«, »Hebung der Ernährung«, »Abhärtung« etc. sind ja in der Tat Indikationen, die

\*) Vortrag, gehalten bei Eröffnung der balneologischen Kurse in Baden-Baden, am 5. Oktober 1903.

auf vieles passen. Und so werden die Diagnosen leicht salopp. Diese Klippe hat in der ersten Zeit der Anwendung der physikalischen Methoden eine wohl erkennbare Rolle gespielt, manche Vertreter dieser Richtung sind an ihr gescheitert.

Es ist ein überall hervortretendes Gesetz in der Entwicklung der Medizin, dass, je spärlicher die naturwissenschaftlichen Kenntnisse, je oberflächlicher die Anschauungen gewesen, desto mehr die Ärzte sich an Schemata, an deduktiv ersonnene Systeme gehalten haben. In der Therapie bauten sie sich nicht selten auf mystisch übertriebene Vorstellungen von der Heilkraft einzelner Stoffe und Faktoren auf. So ist es schon von alters mit dem Wasser, mit der Luft, mit der Sonne gewesen, nicht nur in der Hand der illegitimen Vertreter, der Pfscher; auch die wissenschaftlich gebildeten Ärzte, soweit sie sich mit diesen Heilfaktoren abgaben, verfahren schematisch; für was sollte beispielsweise nicht alles die »gute Luft«, die »Luftveränderung«, der Ganzwickel mit Schwitzen und Dusche heilsam sein, wie gedankenlos wurden sie angewandt! Diese Hinneigung zum Schema ist der physikalischen Therapie noch lange nachgegangen; selbst die durchaus wissenschaftlich entwickelte Hydrotherapie des Abdominaltyphus litt ursprünglich an über-großem Schematismus. Aber gerade hierin ist es neuerdings ganz anders und besser geworden; die Erweiterung unserer Kenntnisse von der Wirkung dieser Heilfaktoren hat gelehrt, dass sie derselben, ja vielfach einer noch feineren Individualisierung fähig sind, als die medikamentöse Therapie, dass Diagnose und individuelle Natur des Einzelfalles zuvor sorgsam festgestellt werden müssen, ehe es sich entscheidet, ob und welche physikalischen Methoden, ob sie allein oder in Kombination mit medikamentöser Therapie anzuwenden sind.

In alledem also haben wir eine Wandlung zum Besseren erlebt; wir sind auf dem Wege, eine Wissenschaft der physikalischen Therapie zu besitzen, so sehr dieselbe auch noch in den Anfängen steckt.

Andere Schwierigkeiten aber, die sich der jungen Disziplin in den Weg stellen, sind schwerer zu beseitigen. Sie sind verhältnismässig trivialer Natur.

Die physikalische Therapie ist umständlicher, zeitraubender, oft teurer als die medikamentöse. Das Publikum wirft sich ihr teilweise freilich mit einer all dies überwindenden Begeisterung in die Arme, leider auch heute noch recht vielfach dann, wenn sie von der Hand eines reklametreibenden, mit dem mystischen Glanze des Zauberers sich umgebenden Pfschers dargeboten wird. Ein grosser Teil der Patienten verhält sich aber besonders in der Hauspraxis ablehnend, nimmt es übel, wenn der Arzt nicht die bequemeren Pillen und Tropfen verordnet.

Hier sind nun manche Kurorte und Sanatorien in besonderem Masse bahnbrechend gewesen; die Patienten kommen hier willig entgegen, sie haben Zeit und sie gehören im allgemeinen zu denen, welche über die nötigen Mittel verfügen; hier hat sich denn hauptsächlich Gelegenheit geboten, die Laien vom Wert der physikalischen Therapie zu überzeugen.

So sollte man meinen, dass diese Heilfaktoren sich denn doch den Weg auch in die eigentliche ärztliche

Praxis sollten bahnen können, wenn nicht hier noch besondere Schwierigkeiten im Wege stünden. Die oben erwähnte, dass diese Dinge umständlich, zeitraubend und teuer sind, wird durch die Technik und Organisation, wenn ich so sagen darf, der Therapie und durch die Einsicht und den guten Willen der Patienten allmählich wohl überwunden werden; die Lösung einer anderen Schwierigkeit ist für mich vorläufig nicht abzusehen: Der Hausarzt hat meist nicht die nötige Zeit, um die physikalische Therapie selbst anzuwenden oder persönlich zu überwachen. Die Forderung, die praktischen Ärzte sollen diese Methoden selbst ausüben, ist schon oft genug erhoben; besonders zur wirksamen Bekämpfung des Pfschertums wurde das vielfach geraten. Am bestmtesten vielleicht hat vor fünf Jahren Rubner in einem sehr lesenswerten Vortrag über Volksgesundheitspflege und medizinlose Heilweise hier an die Hausärzte appelliert. Allein da der Erwerb des Arztes eine Funktion aus der Zahl seiner Besuche und den Einzelhonoraren ist, und bei dem allgemeinen Standard der letzteren ist der Hausarzt nur ausnahmsweise in der Lage, sich hier zu betätigen. Es bleiben für ambulante Kranke in den Städten die vielfach entstandenen, sehr segensreich wirkenden Institute für physikalische Therapie, wiewohl sie bekanntlich den Nachteil haben, dass sie leicht den Patienten dem Hausarzt aus dem Auge kommen lassen. Wie soll aber die häusliche Therapie ausgeübt werden? Gewiss ist Winternitz' Wort richtig, dass man oft nicht viel Apparat braucht, dass man mit einem Handtuch und einem Kübel Wasser das meiste in der Hydrotherapie ausführen kann. Da lässt sich ja der Patient zu manchem anleiten, was er selbst machen kann. Aber denken wir auf der anderen Seite an die differenteren Methoden, beispielsweise an ärztliche Massage nichtambulanter Kranker, an die so ausserordentlich wichtige Hydrotherapie, besonders der akuten Schwerkranken — wer soll das machen?

Man kann sich die Lösung dieser Frage verschieden denken, entweder durch die Hebung der hausärztlichen Honorare, die mehr Zeit auf den einzelnen Kranken zu verwenden gestattet, oder durch Schaffung eines geschulten, nur unter Aufsicht arbeitenden Personals etwa von der Qualität der früheren Ärzte II. Klasse; dies letztere ist aber bei der heutigen Lage der Gesetzgebung, die das Pfschen freigibt, durchaus ausgeschlossen; das gewöhnliche Pflegepersonal wiederum hat für die eingreifenderen und komplizierteren Methoden nicht die nötige Vorbildung.

Im Auslande hat sich teilweise in grossen Städten eingebürgert, dass junge angehende Ärzte ihre Sporen mit den häuslichen Manipulationen der physikalischen Therapie verdienen; auch in Deutschland kommt derartiges vor, es fragt sich, ob dieser Weg nicht der beste ist.

Mögen diese Fragen gelöst werden, wie sie wollen — eine Lösung wird mit der Zeit kommen, daran kann nicht gezweifelt werden. Die durchbrechende Überzeugung vom Wert der physikalischen Therapie wird dafür sorgen.

Worin besteht der Wert der physikalischen Heilmethoden?

Die alte Behauptung der Naturärzte, dass ihre Verfahren unschädlicher seien als Medizin, ist in ihrer Allgemeinheit falsch. Das kalte Bad kann dem Fiebernden Kollaps und Tod bringen, die Priessnitzschen und Kneipp'schen Methoden haben zahllosen Menschen durch Schädigung des Herzens, der Nieren das Leben gekostet; Massage phlebitischer Beine oder eines eitrigen Appendicitisrestes ist ebenso gefährlich wie eine toxische Morphiumdosis, auch die diätetische Entfettungskur kann tödlich sein — was soll ich die Beispiele noch vermehren?

Falsche Diagnosen also und Pferdekuren führen hier wie in der medikamentösen Therapie zur Schädigung und selbst Vernichtung des Organismus.

Aber innerhalb der Grenzen, die durch richtige Diagnostik und durch kunstgemäße Anwendung gezogen sind, lassen sich die physikalischen und diätetischen Heilmethoden, insbesondere in ihren vielfältigen Kombinationen, mit einer Feinheit abstufen, welche von der medikamentösen Therapie nur selten erreicht wird.

Es kommt dann weiter hinzu, dass viele Faktoren der physikalischen Therapie und der Diätetik, die Wärme und Kälte, die Belichtung und mechanische Beeinflussung, die Bewegung und Ruhe etc., teils qualitativ identisch sind mit den physiologischen Faktoren, welche tagtäglich die Funktionen des Körpers beeinflussen, teils ihnen nahestehen; es liegt auf der Hand, dass mit ihnen am besten und am schonendsten Verschiebungen im Sinne der Schonung und Übung, der Verminderung und Steigerung der Funktionen, der Hebung der Circulation zum Zweck der Wegschaffung pathologischer Produkte, kurz im Sinne vieler Gesichtspunkte unserer heutigen Therapie erreicht werden können.

Schädliche Nebenwirkungen kommen bei der physikalisch-diätetischen Therapie auch vor, allein sie sind, wenn gut diagnostiziert, vernünftig verfahren und während der Behandlung sorgsam beobachtet wird, immer vermeidbar, was bekanntlich z. B. von der Jod-, Arsen-therapie, der Therapie der Schlafmittel etc. nicht immer gesagt werden kann. Umgekehrt ist die günstige Nachwirkung dieser Kuren im allgemeinen bedeutender als wie diejenige vieler medikamentösen; das hängt teilweise mit einem Umstande zusammen, der den Hauptwert der physikalisch-diätetischen Therapie in sich schliesst, dass nämlich der Patient aus diesen Kuren fast immer etwas ins tägliche Leben mit hinübernimmt.

Die Zeit reicht nicht, um Ihnen dies mit Beispielen zu belegen; das ist aber auch wohl vor erfahrenen Kollegen nicht nötig. Die Abhärtung, das Mass der nötigen Wärme, die Übung und Schonung, die Erkenntnis, was dem eigenen Körper an Bewegung zugemutet werden kann und muss, gewisse Regeln der Diätetik, auch psychische Diätetik, das alles nimmt der Patient, falls er genug Einsicht und guten Willen hat, aus diesen Kuren mit zu dauernder Nutzenanwendung; sie stehen so mit einem Worte in engster Beziehung

zur Hygiene, und zwar der Hygiene des Lebens, der Wohnung, der Kleidung, der Ernährung im allgemeinen, wie zu derjenigen spezifischen Hygiene, die im Einzelfalle den Leidenden unter Leitung eines Arztes zur weiteren Bekämpfung seines Zustandes, dem Genesenen zur Abwendung des Rückfalles frommt. So bekommt der Einzelne in das, was sein Körper verlangt, denjenigen Einblick, welcher ihn nicht zum Hypochonder macht, sondern ihm Hoffnung auf Erhaltung der Gesundheit oder eines möglichst hohen relativen Masses derselben einflösst, er lernt zu leben! Damit haben wir die naturgemäße Lebens-, die naturgemäße Heilweise auf wissenschaftlicher Basis.

Dass dabei ein gewisser Grad von Mitwirkung bei der Kur und nach derselben von seiten des Patienten nötig ist, geht aus dem Gesagten hervor. Diese Mitwirkung, richtig geleitet, ist bei chronisch Kranken und für die Prophylaxe von hohem erzieherischen Werte, und sie beeinflusst die Stimmung des Patienten. Der Frohsinn und bis zur Sinnlosigkeit gesteigerte Enthusiasmus vieler Patienten, der bei den Naturkuren der Pfuscher obwaltet, ist wohlbekannt; er kommt zum guten Teile daher, dass die Patienten täglich mit sehr sichtbaren Mitteln den Kampf gegen das Leiden selber führen helfen; dass dort gerade dieser durch keine Sachkenntnis eingedämmte Enthusiasmus von Arzt und Patient vielen die Gesundheit und das Leben kostet, das wissen wir. An uns aber ist es, mit derjenigen weisen Mässigung und Einschränkung, welche die wissenschaftliche Erkenntnis auferlegt, von diesem Heilfaktor Gebrauch zu machen.

(Fortsetzung folgt.)

## Personalnachrichten.

**Niedergelassen haben sich:** Dr. Walter Dahle in Karlsruhe, Theodor Weber in Petersthal, Amts Oberkirch, Dr. Hermann Keul in Karlsruhe, Hans Müller in Nussloch, Amts Heidelberg, Dr. Theodor Mayer in Neckarbischofsheim, Amts Sinsheim. Zahnarzt Max Kausch in Konstanz.

**Verzogen sind:** Dr. Walter Peters von Petersthal, Amts Oberkirch, Hofrat Dr. Georg Fischer von Konstanz nach Stuttgart, Arzt Adolf Schuster von Gernsbach, Dr. Bruno Diercks von Neckarbischofsheim nach Bielefeld.

Als Mitglied zum Ärztlichen Kreisverein Konstanz hat sich angemeldet:

Dr. K. Hirth, prakt. Arzt in Immendingen.

Eventuelle Einsprachen gegen die Aufnahme sind binnen 14 Tagen an den Unterzeichneten zu richten.

Konstanz, Rheingasse 19.

Dr. Weisschedel,

Schriftführer des Ärztlichen Kreisvereins Konstanz.



# Ichthalbin

**Tonicum und Darmantisepticum.**

Geruch- und geschmackloses Ichthyoleiweiss  
zur inneren Ichthyolanwendung.

Ind.: *Tuberculose, Typhus abdom., Hautkrankheiten.*  
Dos.: 0,3–1,0 3mal täglich.

**KNOLL & Co, Ludwigshafen a. Rh.**

# Tannalbin

**erprobtes Antidiarrhoicum.**

Auch in tuberculösen Fällen wirksam. Vorzüglich bei  
Cholera infantum. Greift den Magen nicht an.

Dos.: 3–5 mal täglich 2 Kaffeelöffel.

658/12.3

**KNOLL & Co, Ludwigshafen a. Rh.**

## Verband der Ärzte Deutschlands zur Wahrung ihrer wirtschaftlichen Interessen.

Wirtschaftliche Abteilung des Deutschen Ärztevereinsbundes.

Geschäftsstelle: **Leipzig, Zeitzerstrasse 49<sup>1</sup>**

In den nachstehenden Orten schweben zurzeit Differenzen zwischen Ärzten und Krankenkassen. Kollegen, welche sich für Kassenarztstellen daselbst interessieren, werden dringend gebeten, sich vor der Bewerbung an den Vorsitzenden **Dr. Hartmann** in Leipzig-Connewitz, Südstr. 121<sup>11</sup>, oder die unter den Ortsnamen genannten Herren zu wenden; dieselben erteilen bereitwilligst jede gewünschte Auskunft.

### Köln a. Rh.

Sanitätsrat Dr. Keller,  
Köln, Albertstr. 12,  
Vertrauensmann des Ver-  
bandes.

### Crimmitschau- Neukirchen.

Sanitätsrat Dr. Hey-  
nold, Crimmitschau,  
Obmann des Verbandes

### Freienwalde a. O.

Dr. Heidemann,  
Eberswalde.

### Göppingen i. W.

Dr. Wolff, Göppingen, W.  
Dr. L. Bauer, Stuttgart,  
Rechbergstr. 4, Vertrau-  
ensmann des Verbandes.

### Düsseldorf.

Dr. Pfeiffer, Düssel-  
dorf, Sternstr. 30 a,  
Vertrauensmann des Ver-  
bandes.

### Bonn a. R.

Dr. med. Laspeyres,  
Bonn, Kaiserstr. 26,  
Obmann des Verbandes.

### Zeitz.

Dr. Richter, Zeitz,  
Obmann des Verbandes.

### Hilden

(Landkreis Düsseldorf).  
Dr. Ellenbeck i. Hilden,  
Obmann des Verbandes.  
Dr. Pfeiffer, Düssel-  
dorf, Sternstrasse 30 a,  
Vertrauensmann des  
Verbandes.

### Apolda.

Dr. Jaenicke, Apolda,  
Obmann des Verbandes.  
Dr. Ponnendorf, Weimar,  
Vertrauensmann des  
Verbandes.

### Königsberg i. Pr.

Dr. med. Voelsch,  
Königsberg i. Pr., Vor-  
sitzender d. Königsberger  
Ärzte-Vereins.

Dr. med. Josephsohn,  
Königsberg i. Pr., Vord.  
Vorstadt 4, Vertrauens-  
mann des Verbandes.

### Baden-Baden.

Dr. Berton, Baden-  
Baden, Obmann des Ver-  
bandes.

### Remscheid.

Dr. med. von Sassen,  
Remscheid.

### Viersen i. Rhld.

Sanitätsrat Dr. Witt-  
hoff, Viersen i. Rhld.

### Konstanz und Bezirkskrank- kassen Konstanz- Land.

Dr. med. Seiz, Kon-  
stanz, Vertrauensmann  
des Verbandes.

### Salzwedel.

Dr. Alefeld, Salzwedel.

**Benrath** bei Düssel-  
dorf. Dr. Tellerling,  
Benrath.

Dr. Pfeiffer, Düssel-  
dorf, Sternstrasse 30 a,  
Vertrauensmann des Ver-  
bandes.

### Solingen, Wald, Zentral, Gräf- rath.

Sanitätsrat Dr. Pätz,  
Gräfrath, Vorsitzender d.  
Solinger Ärztevereins.  
Dr. Wentzel, Solingen,  
Obmann des Verbandes.

### Bielefeld.

Dr. med. Holtmeier,  
Bielefeld, Obmann des  
Verbandes.

### Gera-Reuss.

Dr. med. Schrader,  
Gera, Reuss,  
Vorstand des unterlän-  
dischen Ärzte-Vereins,  
Obmann des Verbandes.

### Mannheim.

Dr. med. Wegerle,  
Mannheim N 6, 2, Vertrau-  
ensmann des Verbandes.

### Ohligs.

Dr. med. Burdach,  
Ohligs.

### Langerfeld

(Kreis Schwelm).  
Dr. Rittershausen,  
Langerfeld.  
Dr. Vosswinkel,  
Barmen, Weststrasse 8.

### Sprendlingen

(Kreis Offenbach).  
Dr. med. Pullmann,  
Offenbach a. Main,  
Obmann des Verbandes.

**Maulbronn** Wttbg.  
Neckarkreis, Dr. med.  
Georgii, Maulbronn,  
Obmann des Verbandes.

**Heppenheim und  
Umgegend.** Grossh.  
Hessen. Dr. Vogel,  
Heppenheim a. d. Berg-  
strasse, Vorsitzender des  
ärztlichen Kreisvereins.

### München-Glad- bach.

Dr. Thomas, M.-Glad-  
bach. Dr. Pfeiffer,  
Düsseldorf.

### Stettin.

Dr. Giese, Stettin,  
Königsplatz 15, Obmann  
des Verbandes.

Dr. Steinbrück, Sanitätsrat,  
Bollinken-Züll-  
chow b. St., Vertrauens-  
mann des Verbandes.  
Dr. Samuel, Stettin,  
Vorsitzender des kassen-  
ärztlichen Vereins.

### Pirmasens.

Dr. med. Mansmann,  
Pirmasens, Obmann des  
Verbandes.

### Heiligenberg i. B.

Dr. Seiz, Konstanz i. B.,  
Vorsitzender des Kreis-  
vereins Konstanz,  
Vertrauensmann des  
Verbandes.

### Oldenburg i. Gr.

Dr. Laux, Oldenburg,  
Vertrauensmann des Ver-  
bandes.

### Mülheim a. Rhein.

Augenarzt Dr. Caspar,  
Mülheim a. Rhein,  
Obmann des Verbandes.

### Krankenkassen des Kreises

**Kempfen** (Rhld.) und  
zwar: Lobberich, Dülken,  
Suechteln, Kempfen, St.  
Tönis, Hüls, Kalden-  
kirchen, Grefrath, Breyell,  
Brüggen.

Dr. Hennes, Lobberich,  
Obmann des Verbandes.

### Rendsburg.

Sanitätsrat Dr. Schrö-  
der, Rendsburg, Obmann  
des Verbandes

**Crottendorf** i. Erzg.  
Dr. Arnold, Crottendorf.

### Mühlhausen i. Th.

Dr. med. Hapke, Mühl-  
hausen i. Th., Vorsitzen-  
der des kassenärztlichen  
Vereins, Obmann des Ver-  
bandes.

### Zehdenick.

Dr. med. Jean Palmié,  
Charlottenburg, Leib-  
nizstr. 87, Vertrauens-  
mann des Verbandes.

### Dürkheim und Neustadt a. H.

Dr. med. Scherer,  
Ludwigshafen a. Rh.,  
Vertrauensmann des Ver-  
bandes.

### Spandau.

Dr. R. abitz, Spandau,  
Potsdamerstr. 26, Vor-  
sitzender des Spandauer  
Aerzte-Vereins.

Dr. Palmié, Char-  
lottenburg, Leibnizstr. 87.

### Östringen i. Baden.

Bezirksarzt Dr. med.  
Schleid, Wiesloch.  
Dr. Baumstark,  
Karlsruhe-Mühlburg.

### Hornberg i. Schw.

Dr. Smith in Hornberg.  
Dr. Seiz,  
Konstanz a. B.,  
Vertrauensmann des  
Verbandes.

### Magdeburg.

Dr. Blick, Magdeburg,  
Berlinerstrasse, Obmann  
des Verbandes.

### Rastatt-Gerns- bach Gaggenu.

Dr. Vögelin, Gerns-  
bach. Dr. Wegerle,  
Mannheim N 6, 2.

In allen Verbandsangelegenheiten und über die obenstehenden Orte erteilen jederzeit Auskunft: In Mannheim: Dr. med. Wegerle, Mannheim N 6, 2; in Leipzig: Dr. med. Hartmann, Leipzig-Connewitz, Südstrasse 121<sup>11</sup>.

Der Verband der Ärzte Deutschlands zur Wahrung ihrer wirtschaftlichen Interessen weist kostenlos geeignete Orte zur Niederlassung, Assistentenstellen und Vertretungen nach. Man wende sich an den Vorsitzenden Dr. Hartmann, Leipzig-Connewitz, Südstrasse 121<sup>11</sup>.