

# **Badische Landesbibliothek Karlsruhe**

**Digitale Sammlung der Badischen Landesbibliothek Karlsruhe**

## **Ärztliche Mitteilungen aus und für Baden. 1857-1933 1912**

6 (31.3.1912)

# Ärztliche Mitteilungen aus und für Baden.

Erscheinen 2 mal monatlich.

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

Beilagen:  
Preis nach Vereinbarung.

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 Vereinswegen  
für sämtliche Mitglieder  
abonnieren:

— 3 Mk. —

inkl. freier Zustellung.

LXVI. Jahrgang.

Karlsruhe

31. März 1912.

## Bericht über die Tätigkeit der Ärztekammer im Jahre 1911.

Im Jahre 1911 fanden zwei Sitzungen der Ärztekammer (am 8. März und 16. November) und drei Vorstandssitzungen (am 1. Mai, 31. Mai und 30. Oktober) statt. In den letzteren wurden die Tagesordnungen für die Kammersitzungen festgestellt, die Referenten ernannt, ferner Unterstützungsgesuche und kleine geschäftliche Eingänge erledigt.

In der ersten konstituierenden Kammersitzung wurde des langjährigen Vorsitzenden des Ärztlichen Ausschusses und der Ärztekammer, des verstorbenen Herrn Geheimen Medizinalrats Dr. Lindmann gedacht, eine Reihe von Einläufen erledigt und die vorgeschriebenen Wahlen zum Vorstand, Ehrengerichtshof und Landesgesundheitsrat vorgenommen.

In der zweiten Kammersitzung wurde nach Erledigung von Einläufen zunächst die Frage einer Badischen Ärztlichen Gebührenordnung eingehend behandelt. Die Kammer sprach sich einstimmig dahin aus, dass ein dringendes Bedürfnis für eine solche Gebührenordnung für keine Seite vorliege. Es wurde darauf hingewiesen, dass durch die Schaffung einer solchen die derzeitige Zersplitterung der deutschen Gebührenordnungen in 18 verschiedene Taxen nur noch vermehrt würde.

Zu der Umfrage des Reichsamts des Innern, betreffend das Gesetz zur Bekämpfung der Kurpfuscherei, wurde die vorläufige Stellungnahme des Vorstands bestätigt. Die Kammer sprach sich dahin aus, dass durch Einführung eines teilweisen Kurpfuschereiverbots bei gefährlichen und ansteckenden Krankheiten eine widerspruchsvolle Lage nicht geschaffen würde und dass ein auch partieller Kurierzwang weder nötig, noch nützlich, noch durchführbar sei.

Weiterhin hat die Kammer den Wunsch ausgesprochen, dass die Landesversicherungsanstalt den behandelnden Arzt von dem Ergebnis einer Nachuntersuchung bei Invalidisierungs- und Heilverfahrensanträgen auf irgend einem Wege in Kenntnis setzen möge.

Dann wurde auf gewisse Misstände hinsichtlich der Begutachtungen für die Landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft hingewiesen und insbesondere beklagt, dass die Doppelfunktion der Bezirksärzte als praktizierende Ärzte und Vertrauensärzte der Berufsgenossenschaft in vereinzelt Fällen zu Unstimmigkeiten und Benachteiligungen der frei praktizierenden Ärzte geführt hätte.

Mit den Preussischen Ärztekammern ist ein Übereinkommen getroffen oder in die Wege geleitet über Anrechnung der Beiträge bei Übersiedlung eines Arztes von einem Kammerbezirk in den anderen.

Der Voranschlag für das Jahr 1912 wurde in Einnahmen mit 6 100 Mk., in Ausgaben mit 5 100 Mk. festgestellt und die Beiträge unverändert mit je 5 Mk. für die Ärztekammer und die Unterstützungskasse beschlossen.

## Ärztliche Vertreterversammlung in Offenburg

am 24. März 1912.

(Vorläufiger Bericht.)

In Offenburg fand am 24. März 1912, einberufen von Medizinalrat Dr. Wegerle und Dr. Mermann in Mannheim als Vertreter Badens im Beiräte des Leipziger Verbandes, eine Versammlung der Vereinsvorsitzenden, der Vorsitzenden der Vertragskommissionen und der Vertrauensmänner des Verbandes statt. Zweck der Versammlung war, entsprechend den Direktiven des Geschäftsausschusses des Deutschen Ärztevereinsbundes, den schleunigen Ausbau der kassenärztlichen Organisationen im Lande in die Wege zu leiten. Den Vorsitz führte Medizinalrat Dr. Wegerle-Mannheim, das nachstehend wiedergegebene Referat erstattete Dr. Mermann-Mannheim. Nach eingehender Diskussion erklärte sich die Versammlung einstimmig mit den Grundzügen für die Bezirksorganisationen und mit der Schaffung der vorgeschlagenen Landeszentrale einverstanden. Auf Vorschlag des Vorsitzenden wurde Dr. Mermann mit der Ausarbeitung der Satzungen und der Führung der Geschäfte beauftragt und Mannheim als Sitz der provisorischen Landeszentrale bestimmt.

## Grundzüge für den Ausbau der kassenärztlichen Organisationen in Baden.

Gründung einer Ärztlichen Landeszentrale für wirtschaftliche Angelegenheiten.

Von Dr. Mermann-Mannheim.

### 1. Allgemeines.

Durch die Reichsversicherungsordnung werden unter Wegfall der Gemeindeversicherungen grosse, kräftige Orts- und Bezirkskrankenkassen geschaffen werden. Die Ausdehnung der Versicherungspflicht, die Erhöhung der Einkommensgrenze, das weitgehende Recht zum freiwilligen Eintritt in die Krankenversicherung wird die Privatpraxis, zumal auf dem Lande, auf ein Minimum einschränken. Unsere Kranken werden also zum grossen Teile zwangskoaliert sein. Wenn demgegenüber die Ärzte nicht unter die Räder kommen wollen, müssen sie sich freiwillig — parallel zu den Kassenkörperschaften — organisieren und überall den Kassenverwaltungen gleichstarke und gleichbevollmächtigte aktionsfähige Ärzteorganisationen gegenüberstellen.

Bewährte Organisationen der Kassenärzte sollen bestehen bleiben, müssen sich aber, wo dies nötig ist, den Verhältnissen unter der neuen Reichsversicherungsordnung anpassen.

### 2. Umfang der kassenärztlichen Organisationen.

In der Regel soll für das Gebiet eines jeden Versicherungsamts auch eine zusammenhängende Organisation der Kassenärzte bestehen. In der nächsten Zeit werden die badischen Ausführungsbestimmungen zur Reichsversicherungsordnung erscheinen und die Abgrenzung der Versicherungsämter bekannt geben. Da wo Versicherungsamt und Bezirksamt sich räumlich deckt, wie es die Regel sein wird, umfasst die kassenärztliche Organisation die Ärzte des Amtsbezirks. In den Amtsbezirken mit 2 Versicherungsämtern sind die städtischen und ländlichen Kassenarztvereine in organischen Zusammenhang miteinander zu bringen oder ganz zu verschmelzen.

### 3. Form der kassenärztlichen Organisation. Verhältnis zu den bestehenden Vereinen.

Da wo die bestehenden Vereine bereits gut organisierte Krankenkassenkommissionen besitzen, können diese Kommissionen weiter tätig sein, es bedarf dann keiner neuen kassenärztlichen Organisation. Aber es müssen für das Gebiet jedes Versicherungsamtes im Interesse der Übersichtlichkeit eigene Krankenkassenkommissionen gebildet werden, welche nicht selbständige Organisationen zu bilden brauchen, sondern Organ des Kreisvereins sein können, und deren Souveränität beim Vertragsabschluss von dem Kreisverein angeordnet, begrenzt oder ausgeschlossen werden kann. Die Vertreter der Einzelkommissionen treten zur Kreis-konferenz zusammen und behandeln gemeinsame Angelegenheiten des Kreises. Benachbarte Kreise treten durch die Spitzen der Kreis-konferenzen oder der Kreis-kommissionen bei Grenzfragen miteinander in Beziehung und können für gemeinsame Angelegenheiten Zweckverbände gegenüber den Kassen bilden.

Die Erwerbung der Rechtsfähigkeit bleibt den einzelnen Vereinen anheimgestellt.

### 4. Funktionen der Krankenkassenkommissionen.

Die Kommissionen haben — im Gegensatz zu vielen bestehenden »Vertragskommissionen« — nicht die »Genehmigung«, sondern den Abschluss der Verträge mit den Kassen vorzunehmen. Zu diesem Zwecke erteilt jeder beteiligte Arzt des Bezirks der Kommission eine schriftliche Vollmacht, in seinem Namen mit den Kassen zu verhandeln und abzuschliessen. Das Gleiche gilt für die Kündigung. Welche Verträge und zu welchen Bedingungen die Kommission ohne Weiteres abschliessen kann, welche Verträge sie vor der Unterzeichnung der Kreisversammlung vorlegen muss, bestimmt allgemein diese Versammlung.

Den einzelnen Kassenärzten, besonders auch den Landärzten, wird erfahrungsgemäss ein grosser Gefallen damit erwiesen, wenn ihnen die Verhandlungen und der Abschluss mit den örtlichen Kasseninstanzen durch die Organisation abgenommen werden.

### 5. Zulassung zur Kassenpraxis.

Entsprechend den Direktiven des Geschäftsausschusses sollen alle im Besitze der bürgerlichen Ehrenrechte befindlichen Ärzte, welche im Bereiche der Krankenkassenkommission regelmässig Praxis ausüben und sich auf die Vereinsbeschlüsse verpflichten, zur Kassenpraxis zugelassen werden. Unlautere Elemente können durch entsprechende Fassung der Vereinsbeschlüsse zur Ordnung gebracht werden. Die Zugehörigkeit zum Standesverein soll nicht Vorbedingung der Zulassung zur Kassenpraxis sein. Dagegen ist die geschlossene Zusammenfassung aller zur Kassenpraxis bereiten Ärzte ein wichtiges Erfordernis eines wirksamen Auftretens der Ärzteschaft gegenüber der Zwangsorganisation der Kassen. Die Kassenärzte sollen Mitglieder des Leipziger Verbandes sein.

Es soll im Interesse der Kassen wie der Ärzte, eine unnötige Konkurrenz an kleinen Plätzen des Landes vermieden und durch die Krankenkassenkommission im Benehmen mit den Kassen eine angemessene Verteilung der einzelnen Orte auf die Kassenärzte erfolgen, unter Berücksichtigung berechtigter Bedürfnisse der versicherten Bevölkerung und der bisherigen Kassenärzte. Unterbietungen sind durch den zentralen Abschluss der Verträge ausgeschlossen.

### 6. Honorarverrechnung und Verteilung.

Wie der Abschluss und die Kündigung von Verträgen, so erfolgt auch die Honorarverrechnung und -verteilung ausschliesslich durch die Krankenkassenkommission und nicht direkt zwischen Kassen und Ärzten. Dadurch ist den Kassenärzten die Sicherheit der Verrechnung gewährleistet. Die Kassen zahlen das Gesamthonorar an die von der Kommission angegebene Zahlstelle (Bank, Sparkasse etc.) unter gleichzeitiger Einsendung einer Aufstellung an die Kommission. Der zuständige Verein beschliesst einen bestimmten Abzug von Gesamthonorar (je nach Bedarf 1 bis 4 %) allgemein oder für jede Rechnungsperiode. Dann werden die Verwaltungskosten und sonstigen Bedürfnisse der kassenärztlichen Organisation (Entschädigungen bei

Ablösung von Monopolen etc.) bestritten. Weitere Beiträge brauchen nicht erhoben zu werden.

Grössere Vereine werden eine Geschäftsstelle errichten, welcher nützlichweise eine Rechtsschutzabteilung zur Beitreibung ausstehender Privatforderungen angegliedert wird.

### 7. Ärztliche Landeszentrale für wirtschaftliche Angelegenheiten.

Die einzelnen Lokal- und Bezirksorganisationen sollen zusammengefasst werden in einer badischen Zentralorganisation. Diese soll in allen kassenärztlichen Fragen den Bezirksorganisationen mit Rat zur Seite stehen, in Streitfällen die Vermittlung führen, den einzelnen Vereinen auf Wunsch in allen Fragen der inneren Organisation (Satzungen etc.) wie der äusseren Organisation (Verträge) zur Seite stehen und in gemeinsamen kassenärztlichen Fragen Direktiven an die einzelnen Vereine hinausgehen lassen und überhaupt die gegenseitige Fühlungnahme der einzelnen wirtschaftlichen Vereine erleichtern. Dabei soll grundsätzlich die Souveränität der Bezirks- und Lokalvereine aufrecht erhalten bleiben; die Zentrale soll nur anregende und beratende Aufgaben erfüllen, eventuell mit grossen Gegenkörperchaften Vorverhandlungen führen. Die letzte Entscheidung soll aber bei den peripheren Organisationen bleiben.

Für diese rein kassenärztlichen Fragen ist aus praktischen Gründen die staatliche Institution der Ärztekammer nicht geeignet, sondern eine freie, auf die Vereine sich aufbauende Organisation vorzuziehen.

### 8. Innere Verfassung der Landeszentrale.

Die Landeszentrale soll einen kleinen, etwa dreigliedrigen Vorstand haben, der schnell und ohne Schwerfälligkeit arbeiten kann. Der Sitz des Vorstands wird am besten an ein bestehendes Bureau einer ärztlichen Organisation angeschlossen. Ihm zur Seite soll der Ausschuss stehen, welcher aus je 1 Vertreter der 11 Kreise zusammengesetzt ist, und von den kassenärztlichen Organisationen jedes Kreises gewählt oder bestimmt wird. Für besonders wichtige Fragen bleibt die Einberufung des Plenums vorbehalten, zu dem jede kassenärztliche Organisation einen Vertreter delegieren kann. Im Ausschuss und Plenum hat jeder Delegierte soviel Stimmen, als er Kassenärzte vertritt.

### 9. Errichtung der Zentrale.

Die Zentrale soll, damit keine Zeit verloren geht, sofort — zunächst provisorisch — errichtet werden. Auf Grund der auszuarbeitenden Satzungen soll dann im Laufe dieses Jahres in einer erneuten Versammlung der Vereinsvertreter die endgültige Konstitution der Zentrale erfolgen.

### 10. Schlussbemerkung.

Der vorstehend geschilderte Aufbau der ärztlichen Organisation im Lande ist unbedingt notwendig, um ein wirksames Gegengewicht gegen die kräftigen Kassenorganisationen der Reichsversicherungsordnung zu bilden. Eine starke ärztliche Organisation ist allein in der Lage, auf friedlichem Wege geordnete und befriedigende Verhältnisse für Ärzte, Kassen und Versicherte zu schaffen.

### Nachschrift.

Inzwischen hat die Regierung in der zuständigen Landtagskommission über die geplanten Vollzugs-

bestimmungen zur Reichsversicherungsordnung Auskunft gegeben. Danach wird, wie in obigem Referat bereits angenommen, für jeden Amtsbezirk eine grosse Ortskrankenkasse errichtet, nur die 13 grösseren Städte (mit über 10000 Einwohnern) erhalten eine Ortskrankenkasse für die Stadt — und eine für den Landbezirk. Sämtliche Gemeindekrankenversicherungen und alle kleinen Ortskrankenkassen, ebenso die kleinen Betriebskrankenkassen fallen weg (es bleiben nur auf Antrag die Ortskrankenkassen der Dienstboten, der Handelsbetriebe etc. und die Innungskassen, ferner die grösseren Betriebskrankenkassen weiterbestehen).

Die Gesamtzahl der badischen Krankenkassen wird auf über die Hälfte, von 972 auf 464 herabgesetzt!

Es ist also dringend nötig, dass die Kollegen im Lande den starken neuen Kassenorganisationen gegenüber umgehend ihre eigene Organisation auf Basis der oben skizzierten »Grundzüge« ins Leben rufen.

### Zukunftsaufgaben der Ärzte-Organisation.

Unsere Organisation wird, wenn einmal die wirtschaftlichen Fragen nicht mehr so stark im Vordergrund des Interesses stehen, noch andere Aufgaben zu lösen berufen sein.

Wir haben in Baden jetzt schon regelmässige Kurse für ärztliche Fortbildung. Alle diese Einrichtungen gehen von der Vorstellung aus, dass der Arzt, wie er an der Klinik vor dem Examen das medizinische Denken und selbständige Laufen lernte, nun auch bezüglich seiner Weiterbildung der Hauptsache nach seine theoretische und praktische Orientierung von der Klinik empfangen solle. Alte Praktiker werden hierbei durch ältere oder jüngere Kliniker über Änderung der medizinischen Theorien oder neue praktische Methoden oder Moden orientiert. Das ist alles recht erfreulich. Und doch müsste diesen Kursen, um die Gefahr der Einseitigkeit zu vermeiden, eine andere Art ärztlicher Fortbildung an die Seite gestellt werden, Kurse, in denen sich gut beobachtende Praktiker über ihre eigenen Erfahrungen in der Praxis in systematischer Aussprache gegenseitig fortbildeten.

Denn leider hat die Gewohnheit, sich zu dem, was man praktisch machen darf und was nicht, erst die oberhirtliche Genehmigung seitens der Klinik zu holen, die praktischen Therapeuten vielfach in ein gewisses steriles Fahrwasser hineingetrieben und das sehr zu Ungunsten unseres Standes und zum Vorteil der Laienpraktiker. Autoritätsglaube ist nun einmal auch in unserem Fach eine Gewissenlosigkeit. Und wer nicht selbständig beißen lernt, dem fallen bei der schwer zu kauenden Kost des kranken Lebens die therapeutischen Zähne aus.

Zunächst ist eines klar. Das klinische Beobachtungsmaterial ist nach Lage der Dinge ein anderes als das des freien Praktikers und bedarf dringend der Ergänzung durch letzteres. Vielfach werden nun die klinischen Beobachtungen als ohne Weiteres überlegen betrachtet und die verhältnismässig erdrückende Zahl der Fälle

einer im Hospital beobachteten Krankheit verschliessen oft dem gut beobachtenden Praktiker, der nach seiner kleineren und anderen Erfahrung andere Ansichten gewann, den Mund. Dazu wird das Verhältnis zwischen Klinik und freier Praxis, das so schön sein könnte, noch dadurch vergiftet, dass auch das Publikum von der eben genannten Idee stellenweise besessen ist und dass es medizinisch besonders stark belastete Kollegen gibt, die jeden Arzt für minderwertig halten, der mit seiner Blechröhre nicht gleich sich auf sämtliche Säfte des Kranken stürzt ohne Ahnung davon, wie einseitig er selbst orientiert ist.

Wer selbst lange Jahre an Kliniken gearbeitet hat, wird sich des Eindrucks nicht erwehren können, als ob der Drang, irgend eine neue Behandlungs- oder Operationsmethode zu probieren, oft die nüchterne Beobachtung getrübt hat. Wie leicht kann es da zu Prinzipienreiterei und Messerstumpfsinn kommen und der Chef, der den Modestrom nicht mitmacht, gilt leicht als rückständig. Und dann die Art, wie mit der medizinischen Statistik gewirtschaftet wird! Wir halten schliesslich Zahlen in der Hand, wo wir Leben suchten.

Wie wünschenswert wäre beispielsweise in der Epityphlitisfrage, wo es so verschiedene Standpunkte gibt, die Kenntnis der Beobachtungen mancher unserer Hinterwäldler, welche den durch keine moderne Therapie beeinflussten Krankheitsverlauf während ihres Lebens doch sicher 10- bis 20 mal in der verschiedensten Weise beobachten und daraus ihre Schlüsse ziehen konnten. Sie leben in Gegenden, wo das Tragen des Wurmfortsatzes noch Mode ist und können jedenfalls die Beobachtungen der grossstädtischen Kollegen in wertvoller Weise ergänzen. Denn 1000 exstirpierte Wurmfortsätze dienen der Klärung des Krankheitsverlaufs weniger als 10 gut beobachtete Kranke, welche mit konservativer Therapie gesund wurden oder starben. Oder nehmen wir die Diphtheriefrage. Es wird einfach weiterspritzt trotz des leichten Charakters der Epidemie und trotzdem jeder erfahrene Praktiker weiss, wie gut es auch ohne Serum geht und wie es trotz Serum Misserfolge gibt. Oder der Eklampsiefrage. Wir alle stehen unter dem Eindruck, dass möglichst rasche Entbindung das einzig richtige ist. Sehr interessierte mich da das Urteil eines prächtigen alten Herrn, der im Laufe seines erfahrungsreichen Lebens etwa 10 Fälle von Eklampsie sah, die sich um die Beendigung der Geburt gar nicht kümmerten, weder im guten noch im schlimmen Sinn.

Oder die Behandlung der Geschlechtskrankheiten?! — Neuerdings will man den Praktikern sogar zumuten, ihr therapeutisches Handeln beim septischen Abort von einer vorherigen bakteriologischen Untersuchung abhängig zu machen. Nun, der Vorschlag wird ja von den Praktikern nicht tragisch genommen, ist aber immerhin zu unserem Thema bemerkenswert.

Die Beispiele liessen sich leicht verdoppeln. Ich meine nun, Aufgabe unserer Organisation müsste es einmal werden, all diesen verschwiegenen Reichtum zum Reden zu bringen. Lebenserfahrungen alter Ärzte an Stelle von Statistik, Bakteriologie und Rekordschwindel. Das ist's, was uns not tut.

Dr. Krieger, Langenbrücken.

### Krankheits- und Sterblichkeitsverhältnisse im Grossherzogtum Baden

im 4. Quartal sowie während des ganzen Jahres 1911.  
(Nach den Berichten der Grossherzoglichen Bezirksärzte.)

#### Mortalität.

1911. a. In den Amtsbezirken. 4. Quartal.

Amtsbezirk.	Zahl der Totgeborenen.	Gestorben ohne Totgeborene.	Kinder von		Es starben an												
			0-1	1-15	Jahren.	Masern	Keuchhusten.	Ruhr.	Typhus.	Rechenphth.	Kebl.-Krupp	Scharlach.	Puerp.-Fieber	Verdan.-Stor.	(Kind. u. J.)	Lunge-u. Kebl.-kopftuberkul.	Infantra.
Achern . . .	4	107	26	18	—	9	—	—	1	2	3	3	7	9	—	—	—
Adelsheim . .	4	42	10	3	1	—	—	—	—	—	—	1	2	3	1	—	—
Baden . . .	5	144	34	15	—	—	2	—	5	—	1	2	13	15	—	—	—
Bonnndorf . .	4	77	20	5	—	—	—	—	—	—	—	—	6	7	—	—	—
Boxberg . . .	2	63	15	7	—	—	—	1	1	—	—	—	6	7	—	—	—
Breisach . . .	1	63	13	5	—	—	—	—	2	—	—	—	3	1	—	—	—
Bretten . . .	7	94	23	11	—	—	—	1	—	—	1	—	14	9	—	—	—
Bruchsal . . .	12	307	126	28	10	1	—	—	—	—	—	2	57	33	5	—	—
Buchen . . .	4	126	27	11	—	5	—	1	2	—	1	1	11	5	3	—	—
Bühl . . .	8	133	33	12	—	1	—	—	2	7	—	—	6	4	—	—	—
Donauesch. . .	2	88	22	6	—	2	—	—	—	—	1	—	8	9	1	—	—
Durlach . . .	7	146	50	15	1	1	—	2	—	1	—	—	11	16	2	—	—
Eberbach . . .	3	64	16	9	—	—	—	—	—	—	1	—	1	8	—	—	—
Emmending. .	12	221	57	16	—	3	—	—	3	2	—	1	16	19	—	—	—
Engen . . .	4	93	22	6	—	1	—	—	—	—	1	—	13	12	—	—	—
Eppingen . . .	2	75	15	11	1	—	—	1	1	—	—	—	8	5	—	—	—
Ettenheim . .	5	77	18	9	—	—	—	—	—	—	—	—	9	6	—	—	—
Ettlingen . . .	10	102	39	9	—	—	—	—	2	1	—	—	22	5	—	—	—
Freiburg . . .	18	390	77	26	—	—	—	2	2	—	1	—	25	36	5	—	—
Heidelberg . .	32	429	95	37	—	1	—	—	3	4	3	—	35	36	1	—	—
Karlsruhe . . .	19	522	117	63	2	1	4	—	9	1	—	1	44	51	—	—	—
Kehl . . .	5	100	16	11	—	—	—	—	—	1	2	—	6	12	—	—	—
Konstanz . . .	13	217	44	11	—	1	—	—	—	—	1	—	10	18	1	—	—
Lahr . . .	5	163	45	13	—	—	2	—	—	2	1	—	25	24	—	—	—
Lörrach . . .	11	135	16	15	—	—	—	—	2	1	—	—	4	14	—	—	—
Mannheim . . .	51	682	211	91	—	5	—	3	4	1	8	3	44	73	5	—	—
Messkirch . . .	1	50	10	1	—	—	—	—	—	—	—	1	3	3	—	—	—
Mosbach . . .	4	129	34	21	8	—	—	—	1	—	—	1	7	8	1	—	—
Müllheim . . .	3	67	15	6	—	—	—	—	—	—	—	—	3	4	—	—	—
Neustadt . . .	4	66	7	4	—	—	—	—	—	—	—	—	1	3	2	—	—
Oberkirch . . .	1	87	18	9	3	1	—	—	3	—	1	—	9	7	—	—	—
Offenburg . . .	4	266	64	27	—	1	—	2	4	—	5	1	28	27	4	—	—
Pforzheim . . .	19	355	97	57	15	4	—	—	4	4	1	4	47	21	—	—	—
Pfullendorf . .	—	44	15	3	—	2	—	—	—	—	—	—	7	1	—	—	—
Rastatt . . .	12	223	62	22	—	3	—	—	1	2	8	1	16	21	—	—	—
Säckingen . . .	6	75	13	5	6	—	—	—	1	—	—	—	1	7	—	—	—
St. Blasien . .	1	48	3	5	—	—	—	—	—	—	—	—	1	7	—	—	—
Schönau . . .	2	64	7	7	—	—	—	—	3	—	—	—	—	2	—	—	—
Schopfheim . .	2	82	14	7	—	2	—	—	1	—	1	—	3	8	—	—	—
Schwetzing . .	15	212	106	25	2	1	—	—	—	1	—	—	59	27	—	—	—
Sinsheim . . .	6	145	41	14	6	—	—	—	2	—	—	1	11	8	—	—	—
Staufen . . .	—	72	16	7	—	1	—	—	—	—	—	—	1	8	3	—	—
Stockach . . .	5	69	20	4	—	—	—	—	—	—	1	—	2	3	—	—	—
Tauberbi- schofsheim . .	5	119	27	11	1	1	—	—	2	—	—	—	4	5	—	—	—
Triburg . . .	3	97	20	12	—	—	—	—	5	—	1	—	5	8	1	—	—
Überlingen . .	9	111	17	6	—	—	—	—	2	—	—	—	4	9	—	—	—
Villingen . . .	2	109	23	17	—	—	—	—	7	1	1	—	9	10	—	—	—
Waldkirch . . .	2	89	25	8	—	2	—	—	2	—	—	—	6	11	—	—	—
Waldshut . . .	5	166	19	8	—	—	—	—	1	—	—	—	5	15	—	—	—
Weinheim . . .	4	97	25	8	—	1	—	—	—	—	—	—	14	12	—	—	—
Wertheim . . .	2	68	15	5	—	—	—	—	—	—	—	—	1	9	—	—	—
Wiesloch . . .	4	136	44	6	—	—	—	—	—	—	—	2	22	16	—	—	—
Wolfach . . .	2	97	25	13	—	—	—	—	8	—	—	—	7	5	1	—	—
4. Quart. 1911	373	7803	1974	781	56	54	4	13	89	32	41	27	691	696	31	—	—
3. Quart. 1911	387	10332	4611	802	26	56	4	24	52	7	25	22	327	754	5	—	—
2. Quart. 1911	424	8576	1852	825	44	51	2	20	34	13	33	21	593	1049	39	—	—
1. Quart. 1911	397	9838	2115	871	54	91	1	8	67	20	20	19	350	1001	331	—	—
Jahr 1911	1581	36549	10552	3279	180	252	11	65	242	72	119	89	4841	3500	406	—	—
Jahr 1910	1576	35526	9803	3535	165	322	1	48	212	107	95	88	3330	3605	243	—	—



1911. b. Gemeinden mit 4000 Einwohnern und mehr. 4. Quartal.

Stadt.	Typhus.	Puerperal- fieber.	Scharlach.	Rachen- diphtherie	Kehlkopf- krupp.	Blattern.	Lungen- u. Kehlkopf- tuberkulose.
Achern . . . . .	—	1	—	1	—	—	—
Baden <sup>1</sup> . . . . .	2	2	—	28	1	—	1
Bretten . . . . .	—	—	1	8	1	—	1
Bruchsal . . . . .	1	—	11	15	—	—	—
Bühlertal . . . . .	1	—	—	3	—	—	—
Dill-Weissenstein . . . . .	1	—	1	5	2	—	—
Durlach . . . . .	—	—	—	3	1	—	—
Eberbach . . . . .	1	—	—	5	1	—	1
Emmendingen . . . . .	2	—	2	16	3	—	—
Ettlingen . . . . .	6	—	2	2	—	—	3
Freiburg . . . . .	32	5	68	68	1	—	1
Furtwangen . . . . .	—	—	2	31	1	—	—
Heidelberg <sup>2</sup> . . . . .	9	2	37	73	4	—	2
Hockenheim . . . . .	—	1	—	1	—	—	—
Karlsruhe <sup>3</sup> . . . . .	27	13	38	85	3	—	15
Kehl <sup>4</sup> . . . . .	—	—	4	2	2	—	1
Kirchheim . . . . .	2	—	3	3	—	—	1
Konstanz . . . . .	—	1	26	52	1	—	6
Lahr . . . . .	—	—	—	1	5	—	—
Lörrach . . . . .	1	—	—	11	2	—	3
Malsch . . . . .	—	1	—	3	—	—	—
Mannheim . . . . .	8	7	264	116	3	—	22
Offenburg . . . . .	—	1	55	23	—	—	4
Pforzheim . . . . .	4	7	13	36	6	—	1
Radolfzell . . . . .	—	—	5	6	2	—	—
Rastatt . . . . .	1	2	86	1	—	—	1
Säckingen . . . . .	—	—	2	—	—	—	—
St. Georgen . . . . .	—	—	3	21	—	—	—
Sandhofen . . . . .	—	1	1	1	—	—	—
Schwetzingen . . . . .	—	2	—	4	—	—	—
Seckenheim mit Rheinau . . . . .	1	2	2	5	—	—	3
Singen . . . . .	1	—	-6	2	—	—	1
Überlingen . . . . .	—	—	—	—	—	—	—
Villingen . . . . .	1	—	8	9	1	—	—
Waldkirch . . . . .	—	—	3	—	1	—	2
Weingarten . . . . .	—	1	1	4	2	—	—
Weinheim . . . . .	—	—	34	5	—	—	1
Wiesloch . . . . .	—	—	7	3	—	—	6
4. Quartal 1911 . . . . .	101	49	686	656	38	—	76
3. Quartal 1911 . . . . .	165	47	308	336	8	—	62
2. Quartal 1911 . . . . .	66	28	351	251	18	—	60
1. Quartal 1911 . . . . .	24	33	297	334	35	—	59
Jahr 1911 . . . . .	356	157	1642	1577	100	—	257
Jahr 1910 . . . . .	263	121	1191	1126	89	—	306

tuberkulose, 406 an Influenza, 252 an Keuchhusten, 242 an Rachendiphtherie, 180 an Masern, 119 an Scharlach, 89 an Kindbettfieber, 72 an Kehlkopfkupp, 65 an Typhus und 11 an Ruhr.

Gegenüber dem Jahre 1910 brachte uns das Jahr 1911 neben einer gesteigerten Allgemeinsterblichkeit eine Steigerung der Säuglingssterblichkeit, eine solche von Diphtherie und Scharlach, von Verdauungsstörungen der Säuglinge sowie an Influenza. Dagegen einen Rückgang der Sterblichkeit an Masern und Keuchhusten, und erfreulicherweise auch wieder an Lungen- und Kehlkopftuberkulose. Sehr bemerkenswert war das stellenweise gehäufte Auftreten von tödlichen Ruhrfällen, nachdem wir jahrzehntlang von dieser Krankheit fast gänzlich verschont geblieben sind.

Zur Anzeige kamen, zunächst im Schlussquartal des Berichtsjahres: 101 Erkrankungsfälle an Typhus, 49 an Kindbettfieber, 686 an Scharlach, 694 an Diphtherie und

<sup>1</sup> Mit Lichtental. <sup>2</sup> Mit Handschuhsheim. <sup>3</sup> Mit Vororten. <sup>4</sup> Stadt und Dorf. <sup>5</sup> Mit Vororten.

Krupp und 76 an anzeigepflichtiger Lungen- und Kehlkopftuberkulose.

Gegenüber dem 3. Quartal hatten wir im 4. vor allem eine ganz erhebliche Zunahme des Scharlachs sowie der Diphtherie und des Krupps, dagegen einen wesentlichen Rückgang des Typhus.

Im ganzen Jahre 1911 kamen zur Anzeige 549 Erkrankungsfälle an Typhus, 449 an Kindbettfieber, 3436 an Scharlach, 4171 an Rachendiphtherie, 359 an Kehlkopfkupp, zusammen an beiden letztgenannten Affektionen hiernach 4530 Erkrankungsfälle, und 594 an anzeigepflichtiger Lungen- und Kehlkopftuberkulose.

Gegenüber dem Jahre 1910 haben wir hiernach eine Zunahme sämtlicher der Anzeigepflicht im einzelnen unterliegenden anzeigepflichtigen Krankheiten, vor allem aber des Scharlachs und der Diphtherie, und das einzig etwas Versöhnende an dem Ernst dieser Erscheinung ist das, dass die Bösartigkeit der beiden letztgenannten, früher so gefürchteten Infektionen sich auch diesmal wiederum in bescheidenen Grenzen hielt.

Es erkrankten und starben im 4. Quartal 1911:

a. an einzeln anzeigepflichtigen Infektionskrankheiten, nämlich:

im	an Typhus		an Puerperalfieb.		an Scharlach	
	erkrankt	gest. %	erkrankt	gest. %	erkrankt	gest. %
4. Quartal 1911	139	13	7,6	149	27	18,1
3. Quartal 1911	231	24	10,4	99	22	22,2
2. Quartal 1911	107	20	18,6	84	21	25,0
1. Quartal 1911	42	8	19,0	117	19	16,1
Jahr 1911	569	65	11,4	449	89	19,8
Jahr 1910	415	48	11,3	449	88	22,9

b. an einzeln nicht, sondern nur bei gehäuftelem Auftreten bzw. bedingt anzeigepflichtigen Infektionskrankheiten sind gestorben

im	an 4. Diphtherie und Krupp zusammen		an 5. 1 bis 4 zusammen			
	erkrankt	gest. %	erkrankt	gest. %		
4. Quartal 1911	1874	121	6,5	3322	202	6,0
3. Quartal 1911	959	59	10,5	2277	130	6,2
2. Quartal 1911	690	47	6,7	1678	126	7,5
1. Quartal 1911	1012	87	78,4	1862	134	7,2
Jahr 1911	4530	314	6,9	9139	592	6,4
Jahr 1910	3172	319	10,0	6341	530	8,6

b. an einzeln nicht, sondern nur bei gehäuftelem Auftreten bzw. bedingt anzeigepflichtigen Infektionskrankheiten sind gestorben

im	an 1. Masern		an 2. Keuchhusten		an 3. Influenza		an 4. Lungen- und kehlkopftuberkulose	
	erkrankt	gest. %	erkrankt	gest. %	erkrankt	gest. %	erkrankt	gest. %
4. Quartal 1911	56	54	31	696	—	—	—	—
3. Quartal 1911	26	56	5	754	—	—	—	—
2. Quartal 1911	44	51	39	1049	—	—	—	—
1. Quartal 1911	54	91	331	1091	—	—	—	—
Jahr 1911	180	252	406	3500	—	—	—	—
Jahr 1910	465	322	242	3605	—	—	—	—

Schauen wir einen Augenblick zurück, um zu sehen, was die vergleichende Krankheits- und Sterblichkeitsstatistik der beiden Vergleichsjahre 1911 und 1910 uns bietet und zugleich lehrt:

Das abgelaufene Jahr 1911 mit seinem trockenen und heißen Sommer brachte uns eine fraglos erhöhte Gesamtsterblichkeit: diese erfolgte aber hauptsächlich auf Kosten

der Kindersterblichkeit, — und zwar in erster Linie der Säuglingssterblichkeit — infolge von Verdauungsstörungen, in zweiter Linie dann der Sterblichkeit infolge gehäufterer Erkrankungen an Scharlach, Diphtherie und Krupp, bei Erwachsenen sodann an Typhus und Ruhr.

Die abnorm hohen Hitzegrade der Sommermonate haben fraglos zu all dem ganz wesentlich beigetragen; die Säuglinge in erster Linie mussten vielfach unter diesem Faktor schwer leiden. Gleichwohl aber, ob wir die Art der Hitzeeinwirkung als direkte Schädigung in Form von akutem oder chronischem Hitzschlag auffassen oder ob wir lediglich die indirekte Schädigung in Form von abnormen Zersetzungen und Giftbildungen bei der künstlichen Kinderernährung gelten lassen — auf alle Fälle werden und sollen die von den Ärzten hier gewonnenen Erfahrungen wertvolle Winke für die Zukunft bieten.

Zweifellos hat derselbe schädigende Faktor „Sommerhitze“ auch bei der Entstehung der gehäufteren Fälle von Typhus und Ruhr eine bedeutsame Rolle gespielt. Beiderlei Infektionen sind ja in erster Linie solche des Magendarmkanals, und dass hierbei Nahrungsmittel und Getränke vielfach die Träger der Infektionskeime bilden, gilt als unbestritten. Dass von den letztjährigen Typhusfällen gerade der sogenannte Paratyphus die Mehrzahl derselben bildete, dürfte als weiterer Beweis dafür gelten, dass unsere Auffassung von der ätiologischen Bedeutung der letztjährigen Sommerhitze eine berechnete ist. Typhus- und Ruhrkeime werden eben vielfach mit Nahrungs- und Genussmitteln gegessen und getrunken und der Verdauungskanal ist es, der hier wie bei dem Säuglingssterben zunächst die tobringenden Noxen in das Körperinnere einführt. Die prophylaktischen Massnahmen ergeben sich hieraus von selber.

Scharlach, Diphtherie und Krupp haben erst mit dem letzten Jahresquartal mit erhöhter Häufigkeit des Auftretens, dann und wann aber auch mit erhöhter Perniziosität eingesetzt: im allgemeinen immer wieder mit scheinbar harm-

losem Gesicht; in Wirklichkeit schlummert aber überall auch unter dem heutigen friedlicheren Äussern dieser Kinderfeinde unberechenbare Heimtücke, und gerade die, auch heute, wenn auch nur sporadisch auftretenden böartigen Fälle mahnen zur doppelten Vorsicht.

Scharlach-, Diphtherie- und Kruppkeime werden nicht wie die des Typhus, der Ruhr und des Brechdurchfalls gegessen und getrunken; ihr Träger und Vermittler ist, wie ja auch bei der Lungen- und Kehlkopftuberkulose, die Luft in unmittelbarer Nähe der Kranken. Die prophylaktische Lehre hieraus ergibt sich von selber: halte dich so viel wie möglich von solcher Luft ferne.

Sache der Gesundheitsbehörden wie der Ärzte ist es, solche Lehren immer mehr zum Gemeingut des Publikums zu machen, Sache der Bevölkerung aber, sie zu befolgen. Sie werden ihre Früchte tragen und diese Früchte beim Rückblick auf das Jahr 1912 sich bemerkbar machen, wenn heute wie künftig ein jeder an seiner Stelle seine hygienisch prophylaktische Pflicht erfüllt.

Als Mitglied zum Ärztlichen Kreisverein Konstanz haben sich gemeldet

Dr. Hugo Lauter, prakt. Arzt in Salem und

Dr. Manfred Seifert in Konstanz,

Spezialarzt für Krankheiten der Haut und der Harnwege.

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

Konstanz, Stefansplatz 18.

Dr. Vischer,

Schriftführer des Ärztlichen Kreisvereins Konstanz.

Ortenauer Ärzteverein.

Zur Aufnahme in den Verein hat sich gemeldet:

Herr Dr. med. H. Rücker, prakt. Arzt in Triberg.

Etwaige Einsprachen sind innerhalb 4 Wochen bei dem Unterzeichneten einzureichen.

Wolfach, den 24. März 1912.

Dr. Moser, Vorsitzender.

<p><b>Lenicet</b> in Salben, Streu-pudern, Crèmes u.a.</p>	<p><b>Rheumasan</b> Rhen-matis-mus</p>	<p><b>ESTER-Dermasan</b> wie Rheumasan in hartnäckig. Fällen.</p>
<p>Hyperidros, Intertrigo, Dermatitis Ulcus crur., Decubit., Fluor alb., Ekzem., Rhagad., Combust., Haemorrh., Ophthalmoblenorrh., Conjunktiv., Blepharit.</p>	<p>Gicht, Ischias, Nervenschmerzen, Influenza, Migräne, Herzschmerzen.</p>	<p>Arthritis., Pleuritis, Tab. Schmerzen, Spondylit., auch Tylosis, Psoriasis, Pityriasis.</p>
<p><b>ESTER-Dermasan-Vaginal-Kapseln</b> 840 122</p> <p>Parametritis, Perimetritis, Oophoritis; dieselben Kapseln „verstärkt“ gegen Gonorrhoe.</p>		
<p>Literatur und Proben kostenlos von <b>Dr. R. Reiss,</b> <b>Rheumasan- und Lenicet-Fabrik,</b> <b>Berlin-Charlottenburg 4.</b></p>	<p><b>Chrysarobin-Dermasan</b> <b>Teer-Dermasan</b></p>	<p><b>Ekzeme:</b> Psoriasis, Herp. tonsur., tylofif., rhagadif., papul., marginat., squam., chronische, hartnäck. juckende.</p>

In Grafenhausen Schwarzwald ist die

**Arztstelle**

sofort neu zu besetzen. Jährliches Einkommen 9—10 000 M darunter 3 000 M Fixum, ausserdem freie Wohnung und 20 Ster Brennholz. Reflektanten wollen sich an das Bürgermeisteramt wenden.

858|2.2

**Landhaus**

(Villastil) in schöner Lage, 1907 massiv erbant (Entbindungsanstalt) mit 14 Zimmern, Bad, elektr. Licht und reichl. Zubehör, mit 20 Ar Garten verkauft weit unter Preis **Böhringer, Knittlingen** bei Bretten, Telephon 5. 852|3.2

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

Zur Beachtung: Meist sind nicht die ganzen Orte, sondern nur einzelne Stellen darin gesperrt. Näheres s. „grosse“ Cavetetafel in „Ärztl. Mitt.“ oder „Ärztl. Vereinsbl.“

Fernsprecher 1870 und 19 728.

**Cavete collegae!**

Drahtadresse: Ärzteverband Leipzig.

**Kontroll- oder Vertrauensarztstellen für Krankenkassen-Verbände jeder Art im ganzen Reich.**

Auskunft durch das Generalsekretariat.

**Verband z. W. d. Inter. der Deutschen Betriebs-K.-K. (Rh.-Westf. Betr.-K.-K.-V.) Essen-Ruhr.**

**Aachen.**  
**Altlandsberg i. M.**  
**Angermünde.**  
**Annweiler i. Pfalz.**  
**Aumenau i. H.-N.**  
**Baruth-Klein-saubernitz i. Sa.**  
**Benneckenstein i. Harz.**  
**Berlin.**  
**Betriebs-K.-K.-V., s. oben.**  
**Bocholt, Westf.**  
**Bremen.**  
**Breslau.**  
**Burbach i. W.**  
**Canth (Bez. Breslau).**  
**Deutsch-Wilmersdorf b. Berlin.**  
**Domnau i. Ostpr.**  
**Drumburg i. Pom.**  
**Düsseldorf.**  
**Eberswalde i. Bdbg.**

**Ehrlang Bezirk Trier O.-K.-K.**  
**Emden i. Hann.**  
**Erkelenz, Rhld.**  
**Essen a. Ruhr (s. oben)**  
**Falkenberg b. Ahrensfelde.**  
**Frankfurt a. M.**  
**Frechen Bz. Köln a. R.**  
**Gebhardshain (Westerw.)**  
**Geilenkirchen, Kr. Aachen.**  
**Gera, R., Text. B.-K.-K.**  
**Gross-Schönebeck i. Mark.**  
**Gross-Wanzer i. A.**  
**Halle a. S.**  
**Hamburg.**  
**Hamm i. Westf.**  
**Hanau, San.-Verein.**  
**Hauenstein i. Pfalz.**  
**Herbrechtingen i. Württemberg.**  
**Jugenheim i. Rhh.**  
**Kassel-Rothenditmold.**  
**Kaufmännische Kr.-K. für Rheinl. u. Westf.**  
**Kettwig (Ruhr).**

**Kirchberg a. Jagst.**  
**Köln a. Rh., Stadt- und Landkreis.**  
**Köln-Deutz.**  
**Kupferhammer b. Eberswalde.**  
**Lachen, Bez. A. Neustadt a. H.**  
**Langschieb u. Watzelhain in Hessen-Nassau.**  
**Leitzkau (Prov. Sa.)**  
**Ludwigshafen.**  
**Mohrungen, O.-Pr.**  
**Mühlenbeck bei Berlin.**  
**Mülheim a. Rhein.**  
**München-Gladbach.**  
**Munster, Hann.**  
**Nackenheim, Rhh.**  
**Neustadt (Wied.)**  
**Neustettin i. Pom.**  
**Niederwöllstadt i. Hess.**  
**Oberhausen i. Rhld.**  
**Ober- u. Nieder-Ingelheim, Rhh.**  
**Oberrosbach i. H.**  
**Ockstadt i. Hess.**

**Oderberg i. d. Mark.**  
**Oderberg-Bralitz i. Mk.**  
**Pattensen i. Hann.**  
**Pechteich-Forst i. Mark.**  
**Plettenberg i. Westf.**  
**Puderbach, Kreis Neuwied.**  
**Pulsnitz i. Sa.**  
**Quint b. Trier.**  
**Radebeul b. Dresd.**  
**Rastenburg, O.-Pr.**  
**Recklinghausen i. W.**  
**Rehau.**  
**Reibersdorf i. Sa.**  
**Reichenbach i. Schl.**  
**Rhein O.-Pr.**  
**Rheinpfalz.**  
**Rothenkirchen-Pressig, Oberfr.**  
**Rüstringen (Wilhelmshaven)**  
**Sachsenhausen i. Mark.**  
**Salzmünde (Mansf. Seekr.)**  
**Schornsheim Rhh.**

**Schmiedeberg, Bad (Prov. Sa.).**  
**Schneeverdingen i. Hann.**  
**Schutterwald, Amt Offenburg i. Bad.**  
**Schwandorf, Bay.**  
**Stettin, Fabr.-K.-K. Vulkan.**  
**Stolpe a. O.**  
**Stommeln, Rhld.**  
**Strassbessenbach b. Aschaffb.**  
**Strehla, Elbe.**  
**Tempelburg, Pom.**  
**Unterschwarzach i. Bad.**  
**Wallhausen bei Kreuznach.**  
**Watzelhain u. Langschieb in Hessen-Nassau.**  
**Weidenthal, Pfalz.**  
**Weissenfels a. Saale.**  
**Wessling b. Köln.**  
**Wessling, O.-Bay.**  
**Wiesbaden.**  
**Zeitst (Prov. Sa.)**  
**Zingst, Pom.**  
**Zweibrücken.**

Über vorstehende Orte und alle Verbandsangelegenheiten erteilt jederzeit Auskunft das Generalsekretariat, Leipzig, Dufourstrasse 18 II, Sprechzeit nachmittags 3—5 Uhr (ausser Sonntags). Kostenloser Nachweis von Praxis-, Auslands-, Schiffsarzt- und Assistentenstellen sowie Vertretungen. 865]

FABRIKATION VON DUNG'S	 <p><b>Dung's aromatisches</b> <b>RHABARBER-ELIXIR</b> (Elixir Rhei aromatic. Dung), ein angenehm schmeckendes mildes <b>Abführ- und Magenmittel</b> 5 Teile Elixir enthalten 1 Teil Rhabarberwurzel</p>	INHABER: ALBERT C. DUNG
CHINA-CALISAYA-ELIXIR		FREIBURG IN BADEN.

778/123

## ≡ Seltener Gelegenheitskauf ≡

in einem Doktor-Landaulet zweisitzig mit Innensteuerung (Selbstfahrer) ganz schließ- und abschlagbar mit 10/18 PS. Opel-Chassis gebraucht, Karrosserie vollständig neu, mit extra starker Bereifung, Scheinwerfern, Huppe und Werkzeug. Äußerster Preis Mk. 3 800. Gell. Anfragen an die Expedition des Blattes. 864]3.1