

Badische Landesbibliothek Karlsruhe

Digitale Sammlung der Badischen Landesbibliothek Karlsruhe

Ärztliche Mitteilungen aus und für Baden. 1857-1933 1912

22 (30.11.1912)

Ärztliche Mitteilungen aus und für Baden.

Erscheinen 2 mal monatlich.

Anzeigen:
20 Pfg. die einspaltige Petitzeile
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

30. November 1912.

Zur Anzeigepflicht gewerblicher Erkrankungen.

Unterm 18. April 1912 schrieb der Reichskanzler: Der weitere Ausbau der Arbeiterschutzgesetzgebung und das Mass des Schutzes, das den Arbeitern in den einzelnen Industriezweigen und Betrieben zuteil wird, hängen an erster Stelle davon ab, dass es gelingt, zuverlässige Angaben über die Art und den Umfang der gewerblichen Erkrankungen zu erhalten. Infolgedessen ist von verschiedenen Seiten u. a. auch von der Internationalen Vereinigung für gesetzlichen Arbeiterschutz die Einführung der ärztlichen Anzeigepflicht für alle gewerblichen Vergiftungen angeregt.

Hieraus ist zu ersehen, dass es sich im vorliegenden Falle nicht um eine blosser Vermehrung einer Statistik handelt, die ihren Zweck erfüllt hat, wenn sie den Akten einverleibt ist, sondern um Erhebungen, aus denen unter Umständen schwerwiegende gesetzliche Massnahmen abgeleitet werden, die für Arbeiter, Industrie und Ärzteschaft von Bedeutung sind. Es kommen Verbote gesundheitsschädlicher Fabrikationsmethoden in Frage oder auch periodische Untersuchungen von Giftarbeitern durch Ärzte, wie sie schon bei einer grossen Zahl von Fabriken eingeführt ist. (Bleibetriebe, Chromatbetriebe, Schwefelkohlenstoffbetriebe u. a.).

Die Frage der ärztlichen Anzeigepflicht hat am 26. Juni 1912 die Ärztekammer beschäftigt (vergleiche *Ärztliche Mitteilungen aus und für Baden* Nr. 14). Sie kam zum Beschluss, dass die Wichtigkeit einer zuverlässigen Statistik anzuerkennen sei, dass aber, bevor die ärztliche Anzeigepflicht für das ganze Reich eingeführt sei, die Krankenkassen zur Übermittlung der Anzeigen an die Gewerbeaufsicht verpflichtet werden sollten.

Das Ministerium hat daraufhin mit Bezug auf § 343 des demnächst in Kraft tretenden zweiten Buches der Reichsversicherungsordnung angeordnet, dass die Krankenkassen veranlasst werden sollten, die Anzeigen an die Gewerbeaufsicht zu übernehmen. Das können sie aber nur, wenn die Ärzte das nötige Material dazu geben. Andernfalls wird ein ganz falsches, viel zu günstiges Bild gewonnen. Eine kurze Bemerkung im Krankenschein ist im Hinblick auf die Wichtigkeit der Sache wohl keine zu schwere Belastung.

Der bayerische Landesgewerbearzt hat Anzeigeformulare ausfertigen lassen und die Ärzte in den Vereinsversammlungen gebeten, sie auszufüllen und an ihn gelangen zu lassen (vergleiche *Münchener Med. Wochenschrift* 1912 Nr. 43). Im kleineren Baden kann der Weg noch vereinfacht werden, es genügt eine Anmerkung auf den Krankenscheinen. Die Pforzheimer Ortskrankenkasse hat in den Neudruck ihrer Krankenscheine eine Rubrik aufgenommen: Liegt Verdacht auf Gewerbekrankheit vor? Zutreffendes Falles genügt das Wörtchen »ja«. Dass dieser Rubrik auch immer seitens der Ärzteschaft Beachtung geschenkt wird, darum möchte ich hiermit bitten.

Gewerbeinspektor Dr. med. Holtzmann.

Vertragloser Zustand.

Das Beispiel der englischen Kollegen veranlasst in letzter Zeit gar manchen Theoretiker in unseren Reihen vom vertraglosen Zustand zu sprechen als einem Ziel, aufs Innigste zu wünschen. Dabei glaubt man offenbar, die Entwicklung unserer deutschen Krankenversicherungsverhältnisse, einen Zeitraum von nahezu 30 Jahren, einfach aus der Geschichte streichen zu können. So einfach liegen die Dinge nicht. Der historische Moment für solchen Zustand ist nun einmal von der deutschen Ärzteschaft verpasst worden. Wie die Entwicklung in England weiter gehen wird, lässt sich heute noch nicht sagen. Gewiss kann mit einer ideal disziplinierten Organisation, die bereit ist, den Magengurt etwas enger zu schnallen, auch ein vertragloser Zustand durchgeführt werden. So weit sind wir aber noch nicht und selbst wenn wir so weit wären, fragt es sich, ist dieser Zustand praktisch und nötig?

Man vergegenwärtige sich doch, dass die unerfreuliche Konkurrenzwirtschaft in den eigenen Reihen, welche doch gegen früher wesentlich besser geworden ist, neue Nahrung bekäme. Das Arztbedürfnis würde sinken. Ob wir das im Interesse der kommenden Generation wünschen sollen, glaube ich nicht. In den Maschen der neuen

Reichsversicherungsordnung würden sich sicherlich Lücken finden, durch welche die Patienten zum Schaden der Ärzte durchkriechen würden. Gewährt ja doch der § 370 den Kassenmitgliedern statt der Krankenpflege oder sonst erforderlicher ärztlicher Behandlung eine bare Leistung bis zu $\frac{2}{3}$ des Durchschnittsbetrags ihres gesetzlichen Krankengelds.

Auch sind wir nun einmal sozialer geworden. Die soziale Medizin wird in Zukunft zum Mindesten ein ebenso wichtiges Fach sein, wie heutzutage die Bakteriologie oder irgend welche klinische Disziplin. Statt der heilenden und lindernden Tätigkeit des Arztes, wird die beratende, begutachtende und erzieherische mehr in den Vordergrund treten. Und seien wir doch ehrlich! Muss man denn alles medizinisch behandeln, was in die kassenärztliche Sprechstunde kommt? Ein rechtes Wort zur rechten Zeit wirkt doch häufig viel besser als ein Dutzend Recepte. Die Polypharmacie wird sich bei entsprechender soziologischer Bildung ganz von selbst verbieten, weil sie einfach unsonstig ist. Und darüber sind wir uns doch klar, dass das Kassenvermögen bei einermassen objektiver Verteilung genügt, um alle Teile zu befriedigen. Der Sinn der Gesetzgebung ist doch die Abwälzung einer für das Individuum schwer erträglichen Last auf die Gesamtheit. Dieser Sinn muss eben in Zukunft allmählich auch zur Lebenspraxis werden.

Ein gesundes, würdiges Vertragsverhältnis eines vergesellschafteten Ärztestandes befreit den ärztlichen Beruf ebenso vom Erwerbszweck, wie eine staatliche Anstellung, von welcher aus diesem Grunde geschwärmt wird. Auch fragt es sich, ob man in ganz Deutschland alles über einen Kamm scheren kann. Wir haben hier in Baden auch jetzt schon Kassen (z. B. die Krankenkasse selbständiger Handwerker), mit denen wir keinen Vertrag haben. Und dieser vertraglose Zustand bewährt sich sehr gut. Wir liquidieren direkt für die ärztliche Behandlung des Patienten, den wir wie einen Privatpatienten einschätzen (durchaus nicht nach Mindesttaxe, sondern höher) und erhalten das Honorar rascher von der Kasse, als wenn wir die Rechnung dem Patienten selbst schicken. Aber ein solcher vertragloser Zustand würde sich bei Proletariatskassen weniger bewähren. Da würden die Kassen nicht so glatt zahlen. Und der Patient würde den Arzt noch viel weniger zahlen bei einer wirklich ersten Krankheit. Da würde das Krankengeld eher zu allem anderen verwendet werden als für den Arzt.

Man schwärme also nicht ins Blaue hinein, sondern halte sich auch die Schattenseiten eines vertraglosen Zustandes vor Augen.

Ein sozial gerichteter Ärztestand, der seine eigene Bedeutung in der »Societas« weder über- noch unterschätzt, wird sicherlich auch auf dem Wege des freien Vertrags, sei es ein korporativ gewerkschaftlicher Vertrag mit Bezahlung der Einzelleistung durch die Kasse, oder je nach dem Ort (z. B. auf dem Lande) ein guter Pauschalvertrag, eine praktische Lösung finden können.

Dr. Krieger-Langenbrücken.

Aus dem Bericht des Schularztes in Mannheim für das Schuljahr 1911/12, erstattet vom Stadtschularzt Dr. Stephani, der wie immer eine Fülle interessanten Materials enthält, geben wir folgenden Abschnitt wieder, in dem zum ersten Male die Resultate der genaueren Erhebungen über die Wirkung der Freispeisungen ärmerer Schulkinder angeführt sind:

In den Sprechstunden wurden 426 Kinder vorgeführt, welche an den aus öffentlichen Mitteln zu gewährenden Freispeisungen (Schulspeisungen) in den verschiedenen Volk-küchen teilnehmen sollten.

Um für das ärztliche Urteil über die Frage, ob die Freispeisung objektiv notwendig erscheine oder nicht, eine bessere wissenschaftliche Grundlage zu erhalten, wurden zunächst Erhebungen über die Normalgewichte und Grössen an dem Material ganzer Klassen gemacht. Die Messungen stammen von 538 Knaben und 613 Mädchen. Leider fehlen die Zahlen von der letzten Schulklasse, also den 13- und 14jährigen Kindern. Um möglichst übersichtliche Vergleichswerte zu erhalten, wurden am Schlusse der Tabelle die gesamten Durchschnittsgewichte und Durchschnittsgrössen der einzelnen Zahlenreihen in den verschiedenen Altersklassen ausgerechnet. In diesen Endzahlen konzentriert sich also gewissermassen die gesamte körperliche Wertigkeit des jeweiligen Kindermaterials. Verglichen sind die Zahlen der Mannheimer Kinder in der folgenden Tabelle mit einer sogenannten Normalzahl von Vierordt.

Bei Normalschülern betrug durchschnittlich:

Alter (Jahre)	Das Körpergewicht in kg				Die Körpergrösse in cm			
	Knaben		Mädchen		Knaben		Mädchen	
	Vierordts Material	Mannheim	Vierordts Material	Mannheim	Vierordts Material	Mannheim	Vierordts Material	Mannheim
6 bis 7	19,7	20,1	17,2	19,3	111,5	111,9	110,5	110,8
7 > 8	21,3	21,9	20,3	21,0	116,4	117,6	115,7	116,2
8 > 9	23,4	23,6	22,1	22,7	120,9	122,0	120,4	122,0
9 > 10	25,6	25,5	24,0	25,6	126,3	126,1	125,0	126,1
10 > 11	27,5	27,2	26,6	27,4	130,6	130,5	130,4	130,4
11 > 12	29,7	30,2	29,0	30,8	134,7	134,5	135,1	135,3
12 > 13	32,4	32,8	33,0	35,1	139,2	139,8	140,4	141,6

Wenn man aus diesen Aufstellungen Schlüsse ziehen will, so ergibt sich, dass die Mannheimer Kinder durchschnittlich einen guten Ernährungszustand besitzen und meist sowohl grösser als schwerer sind als die Vierordtschen Normalzahlen annehmen.

Im Gegensatz hierzu wurden die Körpergewichte und Grössen der Volksküchenkinderuntersuchungen zusammengestellt, um zu prüfen, ob der von Rubner an Stelle der Bezeichnung Unterernährung eingeführte Begriff »Armenkost« wirklich zutrifft und um die früher von uns für die Zulassung fixierten Zahlen praktisch nachzuprüfen. Hier sollen im allgemeinen

nur Kinder zur Freispeisung zugelassen werden, die im Alter von

6 bis 7 Jahren etwa	16,5 kg
7 > 8 >	18,0 >
8 > 9 >	19,5 >
9 > 10 >	21,5 >
10 > 11 >	24,0 >
11 > 12 >	27,0 >
12 > 13 >	30,0 >
13 > 14 >	33,0 >

wiegen.

Rubner definiert die »Armenkost« als eine solche, die überwiegend aus genussmittelarmen Vegetabilien hergestellt wird und zur Erhaltung eines normalen Körpergewichtes, wie es der Körpergrösse entspricht, nicht hinreicht.

Bei allen diesen für die folgende Zusammenstellung verwendeten Kinder hatten die Eltern erklärt, dass sie nicht in der Lage sind, warmes Mittagessen zu gewähren. Zum Vergleich sind in der Tabelle die allgemeinen Durchschnittswerte der Mannheimer Kinder beigefügt.

Anfangsgewichte bei Volksskitchenkindern:

Alter	Zahl	Gewichte Grösse		Allgemeine Durchschnittsgewichte Grösse	
		im Durchschnitt bei Volksskitchenkindern			
a. Knaben					
6 bis 7	—	—	—	20,1	111,9
7 > 8	6	21,6	123	21,9	117,6
8 > 9	9	20,2	116,6	23,6	122,0
9 > 10	13	21,7	128,4	25,5	126,1
10 > 11	13	24,6	128	27,2	130,5
11 > 12	20	26,6	128,4	30,2	134,5
12 > 13	10	28,9	134,8	32,6	139,8
13 > 14	9	33,5	142,3	—	—
Sa.	80	—	—	—	—
b. Mädchen					
6 bis 7	—	—	—	19,3	110,8
7 > 8	2	17,8	—	21,0	116,2
8 > 9	3	19,9	115,8	22,7	122,0
9 > 10	11	22,7	122,6	25,6	126,1
10 > 11	14	24,6	125,4	27,4	130,4
11 > 12	13	25,1	127,0	30,8	135,3
12 > 13	14	27,5	135,3	35,1	141,6
13 > 14	5	31,7	142	—	—
Sa.	62	—	—	—	—

Die mangelnde Ernährung dieser Kinder kommt hier in der »Untermässigkeit« prägnant zum Ausdruck. Die Differenz beträgt für das Gewicht bei den Knaben im Mittel 2,6 kg, bei den Mädchen sogar 4,1 kg. Diese Kinder sind ihren Altersgenossen zum grossen Teil um circa 2 Jahre zurück. Die Aufstellung hat uns aber auch dahin belehrt, dass unsere früher angenommenen Zahlen zu knapp sind, was sich leicht dadurch erklärt, dass auch die Mannheimer Normalzahlen etwas über die sonst angenommenen Vierordtschen Normalzahlen hin-

ausgehen. Unsere diesjährigen Untersuchungen müssen wohl weiter fortgesetzt werden, denn nur auf Grund langjähriger Beobachtungen können wir die Mannheimer Normalzahlen erhalten, die uns erlauben, der Rubnerschen Forderung nachzukommen, nämlich, für öffentliche Freispeisungen festzustellen:

1. die ungenügende körperliche Beschaffenheit der Konsumenten,
2. die Abhängigkeit derselben von der Ernährung (konnte bisher nur sehr vereinzelt nachgeprüft werden),
3. die Unmöglichkeit der Durchführung einer anderen Ernährung mit den vorhandenen Geldmitteln.

Ob diese dritte Frage jemals praktische Durchführung finden kann, erscheint recht zweifelhaft.

Bei vielen Fällen zeigte es sich, dass zwischen den einzelnen Zahlengrössen und dem sichtbaren Befund klaffende Gegensätze bestanden. Ein sichtbar schlecht genährtes Kind weist z. B. normale Masszahlen auf und umgekehrt. Das entscheidende Urteil muss deshalb auch immer noch die Inspektionsmethode für die Frage der Unternahrung beziehungsweise der Schulspeisungsbedürftigkeitsnote in Betracht ziehen.

Bei unseren Nachuntersuchungen haben wir diese Methode weitgehendst angewandt und konnten feststellen, dass nach meist längerer Volksskitchen-ernährung doch 30,3 % der Mädchen und 21,8 % der Knaben als sehr gut ernährt bezeichnet werden konnten, wobei das Fettpolster so stark war, dass die Konturen der Rippen nicht mehr sich abhoben. Bei 50,8 % der Mädchen und 59,6 % der Knaben war ein mittlerer Ernährungszustand zu verzeichnen und bei 18,9 % der Mädchen und 18,6 % der Knaben musste man noch den Ernährungszustand als schlecht bezeichnen.

Dem Gesicht allein nach war das Aussehen bei 35 bis 40 % gut, bei 45 bis 50 % mittelgut und nur der übrige kleine Rest sah sehr gut aus.

Die körperliche Zunahme bei Volksskitchen-ernährung betrug im Durchschnitt bei den Mädchen 2,7 kg und bei den Knaben 2,3 kg im ganzen. Gab die Tabelle in der ersten Spalte an, inwieweit unsere Volksskitchenkinder hinter dem allgemeinen Mannheimer Durchschnitt zurückblieben, so zeigt die folgende Tabelle die Körpergewichte bei Beginn der Speisung und bei der Nachuntersuchung, woraus die körperliche Zunahme in allen Altersklassen leicht ersichtlich ist.

Gewichte vor und nach der Speisung in der Volkssküche:

Alter (Jahre)	Knaben		Mädchen	
	Gewicht vor der Speisung	Gewicht nach der Speisung	Gewicht vor der Speisung	Gewicht nach der Speisung
7 bis 8	21,6	21,9	17,8	20,7
8 > 9	20,2	21,37	19,9	21,6
9 > 10	21,7	23,02	22,7	23,8
10 > 11	24,6	25,09	24,6	26,3
11 > 12	26,6	28,5	25,1	26,27
12 > 13	28,9	30,3	27,5	30,2
13 > 14	33,5	35,0	31,7	35,9

Ermächtigung zum Ersatz ärztlicher Behandlung durch Barzahlung (§ 370)*.

Voraussetzung für den Beschluss des Oberversicherungsamts ist:

a. ein Antrag einer Kasse;

b. der Nachweis seitens der Kasse, dass sie trotz Angebot angemessener Bedingungen keinen Vertrag mit einer genügenden Anzahl von Ärzten habe schließen können, oder dass die Ärzte den Vertrag nicht einhalten;

c. ernstliche Gefährdung der ärztlichen Versorgung.

Ohne Antrag, von Amtswegen, darf das Oberversicherungsamt nicht die Ermächtigung erteilen, statt ärztlicher Behandlung Barzahlung zu geben. Der Antrag muss ferner sachlich gerechtfertigt sein. Das Oberversicherungsamt wird also zu prüfen haben: Welche Anstellungsbedingungen hat die Kasse den Ärzten geboten? Welche Honorare hat sie angeboten? Wenn die Honorare niedriger sind als sie für die verlangten Leistungen durchschnittlich bezahlt zu werden pflegen, so sind sie nicht angemessen. Wenn die Ärzte in der Ausübung ihres Berufs behindert oder unter Kontrolle von Laien gestellt, oder wenn nichtapprobierte Personen ihnen gleichgestellt werden sollen, so sind diese Bedingungen nicht angemessen. Insbesondere lässt sich nicht etwa behaupten, dass die von den Ärzten verlangte organisierte freie Arztwahl wegen der Mehrkosten undurchführbar und daher für die Kassen eine »unangemessene« Bedingung sei. Hoffmann bemerkt hierzu in seinem Kommentar zu § 370: »Die von den Ärzten verlangte Einführung der freien Arztwahl wird, da sie sich bei gehöriger Kontrolle als durchaus durchführbar und nicht zu kostspielig erwiesen hat, als unangemessene Bedingung ebensowenig bezeichnet werden können wie das Verlangen nach einer den Leistungen der Ärzte entsprechenden Festsetzung des Honorars.«

Welche Bedingungen »angemessen« sind, ist im einzelnen Falle nach objektiven Erwägungen zu prüfen. Nicht allein die Interessen der Kassen werden hierbei massgebend sein, sondern ebenso gut die Interessen der Ärzte, und vor allem die Interessen der Versicherten an einer ausreichenden Versorgung im Krankheitsfalle. Man wird diese bei freier oder möglichst beschränkter Wahl des Arztes am besten wahren. Nur soweit die Kasse bei den von den Ärzten gestellten Bedingungen nachweislich nicht existieren könnte, würden die Bedingungen entsprechend zu ändern sein. Aber dieser Nachweis wird kaum von einer Kasse geführt werden können. Unrichtig ist jedenfalls die Ansicht von Hahn (Arbeiterversorgung 1912, 457), dass die Kassen, wenn sie nur das Honorar in angemessener Höhe zahlen, zwischen freier Arztwahl und anderen Systemen stets die Wahl haben und bei Ablehnung der freien Arztwahl ohne weiteres die Ermächtigung der Barzahlung als Ersatz der ärztlichen Behandlung beantragen und durchsetzen können. Das Gesetz spricht nicht von angemessenen Honoraren, sondern von angemessenen Ver-

tragsbedingungen überhaupt. Für die eine Vertragspartei, die Ärzte, ist gerade die Auswahl der Kassenärzte von wesentlicher Bedeutung für den Vertragsschluss. Die Kassen erheben einen unberechtigten Anspruch, wenn sie fordern, dass das Oberversicherungsamt bezüglich der Auswahl der Ärzte einseitig das von ihnen verlangte System allein für angemessen bestimmen soll (vergleiche Berliner Ärzte-Correspondenz 1912, 150).

Endlich muss eine ärztliche Gefährdung der ärztlichen Versorgung vorliegen. Diese liegt vor, wenn wegen zu geringer Zahl oder zu mangelhafter Leistungen der bereit stehenden Ärzte die Kranken nicht so versorgt werden können, wie die ärztliche Wissenschaft es verlangt. Sie ist dagegen nicht anzunehmen, wenn die Versicherten auch durch die kleine Anzahl der bereit stehenden Ärzte, in Verbindung mit Krankenhäusern, versorgt werden können, oder wenn nur Familienangehörige der Mitglieder unversorgt bleiben.

Wird der Antrag der Kasse darauf gestützt, dass die Ärzte ihre Tätigkeit eingestellt haben (sogenannter Ärztestreik), so wird stets zu prüfen sein, aus welchen Gründen die Ärzte den Vertrag nicht einhalten wollten. Liegen berechnete Gründe vor, also »wichtige Gründe« zur aussergewöhnlichen Kündigung im Sinne des BGB., so kann das dem Rechte entsprechende Verhalten der Ärzte keinen Anlass geben, die im Unrecht befindliche Kasse zu unterstützen. Der Sinn des Gesetzes ist vielmehr nur der, bei unberechtigter Verweigerung ärztlicher Hilfe den Kassen die Existenz weiter möglich zu machen. Dies ergibt die Begründung zum Entwurf einer Reichsversicherungsordnung zu § 401 des Entwurfs (Seite 219), welche lautet:

»Der Gesetzgeber darf den Kassen nur Pflichten auferlegen, die sie imstande sind zu leisten. Machen die Ärzte der Kasse ohne deren Schuld diese Art der Leistung unmöglich, so bleibt nichts übrig, als die Kasse von dieser Pflicht zu entbinden. Die Gewährung einer baren Beihilfe . . . wird deshalb auf einen Notfall beschränkt, und zwar auf einen Notfall, der nur durch ein der Billigkeit nicht entsprechendes Verhalten der Ärzte hervorgerufen werden kann.«

Der § 370 ist hiernach nur als Nothilfe gegen unbillige und unberechtigte Ansprüche der Ärzte anwendbar. Da solche nicht erhoben zu werden pflegen, so ist zu erwarten, dass die ganze Bestimmung praktisch kaum verwirklicht werden wird.

Ist einmal die Nothilfe eingeführt, so fällt jeder Anspruch des Arztes gegen die Kasse für Behandlung des Versicherten fort. Auch in dringenden Fällen gewinnt dann der Arzt keinen Honoraranspruch an die Kasse.

Zur Durchführung der Nothilfe für die Krankenkassen sieht Absatz 2 des § 370 vier Ausführungsbestimmungen des Oberversicherungsamts vor:

1. Ersatz der ärztlichen Bescheinigungen durch anderweite Nachweise (vergleiche hierzu oben Seite 16 ff.). In Betracht kommen namentlich Bescheinigungen über Krankheit, Arbeitsunfähigkeit, Bettlägerigkeit. Hier ist gedacht an Zeugnisse oder Versicherungen von Hausgenossen, Mitarbeitern, beauftragten Vertrauensmännern oder Krankenbesuchern der Kasse,

* Aus dem soeben im Verlage von Gustav Fischer-Jena erschienenen Werke von Joachim und Korn (Der Arzt in der Reichsversicherungsordnung. Seine Rechte und Pflichten. Jena 1912. Seite 50).

ferner an Atteste des Gemeindevorstehers. Naturgemäss sind derartige auf äusserlichen Wahrnehmungen von Laien beruhende Bescheinigungen im Zweifelsfall ohne grossen Wert. Aber die Kasse kann sie in zweifelhaften Fällen für genügend erachten.

2. Vorläufige Einstellung und Zurückbehaltung der Leistungen, bis zum Nachweise gemäss Nr. 1.

3. Erlöschen der Leistungspflicht binnen einem Jahre nach Fälligkeit des Anspruchs, da sonst die Nachprüfung kaum möglich wäre.

4. Verweisung des Kranken in ein Krankenhaus, auch wenn die Voraussetzungen des § 184 Absatz 3 nicht vorliegen, also ohne Rücksicht auf die Art der Krankheit oder sonstige Notwendigkeit.

Ein Weihnachts- und Neujahrsgeschenk für uns und unsere Familie.

Weihnachten und Neujahr rücken wieder heran und seit Jahren benutzen ebenso der Leipziger Wirtschaftsverband wie der Hamburger Zentralanzeiger den gefeierten Sinn der Kollegen zu einer Weihnachtsgabe für die verarmten Witwen und Waisen unseres Standes.

Wir wissen leider alle, wie nötig dieser Aufruf ist, und wünschen ihm von Herzen einen vollen Erfolg. Aber vergessen wir uns auch selbst nicht? Haben sich alle diejenigen Kollegen, die jetzt gesund und bei guten Einnahmen sind, aber über eigenes Vermögen nicht verfügen, ausreichend klar gemacht, dass sie ihr Leben und Gesundheit und somit auch ihre und der Ihren Zukunft nicht in der Hand haben? Haben alle diese Kollegen ausreichend durch Lebens- oder Rentenversicherung für sich und die Ihren gesorgt?

Es ist der Zweck dieser Zeilen, daran zu erinnern und diejenigen Herren Kollegen, die darauf nicht mit einem freudigen »Ja« antworten können, auf die fürsorglichen Einrichtungen der Versicherungskasse für die Ärzte Deutschlands a. G. zu Berlin (des unterzeichneten Standesinstituts) und deren Benutzung ebenso als Weihnachtsgeschenk für die geliebte Frau und Kinder (Witwen- und Waisenkasse) wie als Neujahrsgeschenk für uns selbst (Kranken-, Invaliden-, Sterbefall- und Altersversicherung) hinzuweisen.

Eine Witwenversicherung kostet im Betrage von $\text{M} 1000$.— Rente jährlich ohne Rückgewähr der eingezahlten Prämien (für den 30-, 40-, 50jährigen Arzt $\text{M} 230$.—, $\text{M} 276$.—, $\text{M} 358$.—), und mit Rückgewähr der eingezahlten Prämien je nach dem Alter $\frac{1}{4}$ bis $\frac{1}{2}$ mal mehr. Sie ist im Unterschied von der Lebensversicherung wesentlich billiger ($\text{M} 1000$.— Zinsen würden hier beispielsweise bei dem Preussischen Beamtenverein für den 30-, 40-, 50jährigen Arzt $\text{M} 560$.—, $\text{M} 770$.—, $\text{M} 1112.50$ als Jahresprämie kosten) und zudem unverlierbar.

Erheblich billiger als die Witwenversicherung ist die Waisenversicherung:

1. weil die Prämie nur während der halben Versicherungsdauer zu zahlen ist,

2. weil die versicherte Rente aus der Dr. med. Heinrich Goburckstiftung kostenlos um ein Viertel erhöht wird, und

3. weil die versicherte Rente im Falle des vorzeitigen Todes des Kindes an die überlebende Witwe weiterbezahlt wird.

Es würde also für einen 20 Jahre dauernden Waisenrentenanspruch von jährlich $\text{M} 1000$.— beziehungsweise einen Witwenrentenanspruch von $\text{M} 800$.— eine jährliche Prämie (für den 30-, 40-, 50jährigen Arzt) von $\text{M} 165.80$, $\text{M} 252.20$, $\text{M} 417.60$ zu zahlen sein. Soll die Rente während der letzten 5 Versicherungsjahre auch zu Lebzeiten des Vaters gezahlt werden, so ist die Prämie 15 Jahre lang zu entrichten und erhöht sich dann je nach dem Alter des Versicherten um 100 % bis 10 %.

Sind dies beherzigenswerte Weihnachtsgeschenke für die Familie, so werden die Neujahrseinnahmen zweckmässig zu eigener Versicherung benutzt, die doch aber schliesslich auch wieder der Familie zugute kommt, und hier kostet nun eine Krankenversicherung von $\text{M} 10$.— täglichem Krankengeld einschliesslich des 50fachen Sterbegeldes (für den 30-, 40-, 50jährigen Arzt jährlich $\text{M} 92$.—, $\text{M} 120$.—, $\text{M} 172$.—); eine Invalidenversicherung ohne Rückgewähr der eingezahlten Prämien (für den 30-, 40-, 50jährigen Arzt jährlich $\text{M} 130$.—, $\text{M} 228$.—, $\text{M} 424$.—), die Versicherung der Prämienrückgewähr erhöht die Prämie etwa um $\frac{1}{3}$; eine Sterbefallversicherung von $\text{M} 1000$.— (für den 30-, 40-, 50jährigen Arzt jährlich $\text{M} 23$.—, $\text{M} 33.40$, $\text{M} 50.20$); eine Altersrentenversicherung von $\text{M} 1000$.— fällig bei Vollendung des 60. Lebensjahres (für den 30-, 40-, 50jährigen Arzt jährlich $\text{M} 182$.—, $\text{M} 354$.—, $\text{M} 934$.—), bei Mitversicherung der Prämienrückgewähr erhöht sich die Prämie je nach dem Alter um $\frac{1}{5}$ bis $\frac{1}{10}$.

Für weitere Auskunft steht die Geschäftsstelle mündlich und schriftlich, sowie durch Versendung von Drucksachen jederzeit zur Verfügung. Diejenigen Herren Kollegen aber, die eine derartige Fürsorge für sich nicht nötig haben, bitten wir trotzdem, über die obigen Ausführungen nachzudenken. Sie werden entweder sich eines oder des anderen befreundeten Kollegen erinnern, der solcher Mahnung bedarf, oder in ihrem Verein die Anregung zur Benutzung einer im Sinne der Prophylaxe ausserordentlich wichtigen, leider aber noch viel zu wenig bekannten Sondereinrichtung der V.-K. geben, nämlich zur Benutzung unserer obligatorischen Vereinssterbekasse.

Berlin, im November 1912.

Das Direktorium der Versicherungskasse
für die Ärzte Deutschlands a. G. zu Berlin.
Dr. Bensch, Obmann.

Fortbildungstag für die oberrheinischen Ärzte am Donnerstag, 17. Dezember in Freiburg.

Dem besonderen Wunsche gern entsprechend, welchen im Auftrage der Ärztevereine am Oberrhein in Nr. 19 der »Ärztlichen Mitteilungen aus und für Baden« Herr

Dr. Schleinzner-Waldshut zum Ausdruck gebracht hat, ladet die medizinische Fakultät die Kollegen des ganzen badischen Oberlandes von nah und fern freundlichst ein zu einem »Fortbildungstag« am 17. Dezember, mit folgendem

Programm:

- 8 Uhr s. t. bis 8⁵⁵ Frauenklinik (Geheimrat Kroenig).
 8⁴⁰ „ „ 9¹⁵ Chirurgische Klinik (Geheimrat Kraske)
 9²⁰ „ „ 9⁵⁵ Medizinische Klinik (Prof. de la Camp).
 10 „ „ 10³⁵ Pathologisches Institut (Geheimrat Aschoff »Über die Schilddrüsen bei Morbus Basedowii).
 10⁴⁵ „ „ 11¹⁵ Frühstückspause in der Universitätsaugenklinik.

11¹⁵ Uhr Vorträge und Demonstrationen (Hörsaal der Augenklinik):

Geheimrat Axenfeld: Demonstrationen.

Prof. Goldmann: Zur konservativen Behandlung maligner Geschwülste der langen Röhrenknochen (mit Demonstrationen).

Prof. Salge: Die Behandlung akuter Verdauungsstörungen des Säuglings mit Eiweissmilch.

Prof. Jakobi: Dermatologische Demonstrationen.

Dr. Taegge: Der jetzige Stand der Salvarsanbehandlung.

Prof. Kahler: Die Bedeutung der Bronchoskopie für die Diagnose und Behandlung der Erkrankung des Tracheobronchialbaums und seiner Umgebung (mit Demonstrationen).

Schluss der Vorträge gegen 11³⁰ Uhr.

Wenn bis zum 12. Dezember in genügender Zahl feste Anmeldungen dazu bei dem Unterzeichneten einlaufen, wird um 2 Uhr ein gemeinsames Mittagessen im Europäischen Hof stattfinden.

Freiburg, 26. Nov. 1912.

Axenfeld, Dekan.

Bücherschau.

Brehms Tierleben. Allgemeine Kunde des Tierreichs. 15 Bände. Mit über 2000 Abbildungen im Text und auf mehr als 500 Tafeln in Farbendruck, Kupferätzung und Holzschnitt sowie 13 Karten. Vierte, vollständig neubearbeitete Auflage, herausgegeben von Prof. Dr. Otto zur Strassen. **Band IV: Lurche und Kriechtiere.** Neubearbeitet von Franz Werner. Erster Teil. Mit 127 Abbildungen im Text, 14 farbigen und 11 schwarzen Tafeln sowie 12 Doppeltafeln nach Photographien. In Halbleder gebunden 12 M.

Der neueste Band von »Brehms Tierleben« wird ausser den reinen Naturwissenschaftlern besonders den Amphibienkenner und die Aquarien- und Terrarienbesitzer interessieren. Es ist der erste Teil der auf zwei Bände angelegten Abteilung »Lurche und Kriechtiere« und enthält sämtliche Lurche und von den Kriechtieren die Ordnungen »Brückenechsen«, »Schildkröten« und »Panzerchsen«. Während sich

die dritte Auflage nur mit 95 Arten der entsprechenden Ordnungen beschäftigte, zählen wir in der neuen 293, also mehr als dreimal soviel. Es sind nicht nur alle im deutschen Tierhandel und in den deutschen zoologischen Gärten regelmässig vertretenen Gattungen berücksichtigt, sondern auch die bekanntesten Arten der deutschen Kolonien und alle in Bezug auf Lebensweise, Fortpflanzung, Körperbau und sonstige bemerkenswerten Arten. Die Mehrzahl der Abbildungen rührt von J. Fleischmann her, einem Künstler, dessen schwarze und farbige Bilder soviel liebevolle Beschäftigung mit den Vertretern dieser Tierklassen verraten. Die Krokodilbilder stammen vom Maler W. Henbach, der auf diesem Gebiete Spezialist ist, von W. Kubnert eine Brückenechse, diese letzte Art eines sonst längst ausgestorbenen Geschlechts. Eine Reihe prächtiger Phototafeln beweist, dass gar manche der im Text beschriebenen, oft wunderlichen Gestalten lebend vor dem Kamerarohre gegessen hat. Wie seine Vorgänger aus den anderen Abteilungen der Brehm-Neubearbeitung, so ist auch der erste Band der »Lurche und Kriechtiere« trefflich gelungen. Er gereicht diesem klassischen, mit so viel Geschick und Erfolg erneuerten Lieblingsbuch der Tierfreunde zu grösster Ehre.

Im Verlag der Ärztlichen Rundschau, O. Gmelin, München, sind erschienen:

a. **Die Formulae Magistrales Berolinenses** und verwandte Galenica in ihrer Bedeutung für die ärztliche Praxis von Dr. Engelen und Dr. Focke-Düsseldorf. 69 Seiten.

Bei der Zusammenstellung und Beschreibung der bekannten Formulae Magistrales hat die Verfasser der Wunsch geleitet, dass der Praktiker, statt auf Grund zahlloser Reklamen die neuesten wenig erprobten Spezialitäten zu verordnen, an unserem altbewährten Arzneischatz wieder Freude gewinnt und in bequemer Weise ihn ausnutzt.

b. **Die wichtigsten Krankheitsbilder der inneren Medizin in Statusform** von Dr. Engelen-Düsseldorf.

Hauptsächlich um bei der Ausbildung von Assistenten und Praktikanten die Fähigkeit zu knapper, prägnanter Schilderung des erhobenen Befundes zu fördern, hat der Verfasser den Versuch gemacht, an der Hand der wichtigsten Krankheitsbilder der inneren Medizin zu zeigen, wie eine Darstellung im Telegrammstil ausgeführt werden kann.

Dem Lernenden hat er damit eine wichtige Anleitung zu scharfer Beobachtung und klarem Denken gegeben, aber auch dem beschäftigten Praktiker wird das Buch als kurzes und doch alles wesentliche enthaltendes Repetitorium der intern-medizinischen Diagnostik willkommen sein.

Ortenauer Ärzteverein.

Zur Aufnahme in den Verein hat sich gemeldet

Herr Dr. Leo Mühlenbein in Renchen.

Etwaige Einsprachen gegen die Aufnahme sind innerhalb 4 Wochen dem Unterzeichneten einzureichen.

Wolfach, den 16. November 1912.

Moser.



Wissenschaftliche Literatur durch die Brunnen-Inspektion in Fachingen (Reg.-Bez. Wiesbaden).



831|12.8

Varicosan-Binde



gebrauchsf. einfach.
billiger Verband bei
Unterschenkelgeschwüren.
Max Kermes GmbH.
Hainichen (Sachsen) 8
Fabrik der ärztl. bevorzugten
Verbandstoffe „Marke Kerma.“

964

Medizinischen Sauerstoff
von grösster Reinheit,
Sauerstoff-Inhalations- u. Narkose-Apparate
empfiehlt
Gustav Dittmar, Karlsruhe,
General-Vertreter der Vereinigten Sauerstoffwerke
G. m. b. H., Berlin. 822|24.22

Dr. R. Fischers ≡ Kurhaus ≡
Neckargemünd
für Nerven- und Gemütskranke.
Sofortige Aufnahme ohne Papiere. Freiwillige Aufnahmen.
Tel.-A. Heidelberg 314. 11 bis 12 Uhr. 200—500 M monatlich.
821|24.22 **Dr. Adolf Hoppe**, leitender Arzt.

Arztstelle.

Infolge Versetzung eines Arztes ist die **zweite Arztstelle** hier zu besetzen. Nähere Auskunft wird von unterzeichneter Stelle erteilt.

Hornberg, den 16. November 1912.

Bürgermeisteramt.
Kroenlein.

956.

Winter- und Luftkurort Königfeld, 763 m ü. d. M.
Kindererholungsheim Luisenruhe
ab 1. Dezember 1912 wieder eröffnet.
— Siehe Beilage. —

958

Sanatorium Dr. Lippert für Magen- u. Darm-
Baden-Baden kranke (auch
nervösen Ursprungs).
Leber (Gallenblase)-,
Zucker-, und Nierenkranke. Mast- und Entfettungskuren.
— Beschränkte Patientenzahl. — 819|24.22

MORFIUM etc. Entwöhnung ohne Zwang
Prosop. frei, Sanator. Schloss
Godesberg b. Bonn-Rh. Rheinblick Dr. Mueller
Entwöhn. Kur. Erholungsbad
Nerv. (Schlaflose) Gegr. 1899 **ALKOHOL**

Wer gesund bleiben will

der trinke tagtäglich sein
Göppinger Wasser
Natürliches altbewährtes Mineralwasser.
Ärztlich sehr empfohlen.
Zu hab in allen Mineralwasser-Geschäft., Apoth. u. s. w.

870|10.4

