

# **Badische Landesbibliothek Karlsruhe**

**Digitale Sammlung der Badischen Landesbibliothek Karlsruhe**

## **Ärztliche Mitteilungen aus und für Baden. 1857-1933 1917**

10 (31.5.1917)

# Ärztliche Mitteilungen

## aus und für Baden.

Erscheinen 2 mal monatlich.

Anzeigen:

25 Pfg. die einspaltige Petitzelle  
oder deren Raum,  
mit Rabatt bei Wiederholungen.

Beilagen:

Preis nach Vereinbarung.

Einzelne Nummern 20 Pfg.

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.

LXXI. Jahrgang.

Karlsruhe

31. Mai 1917.

### Auszeichnung badischer Ärzte im Felde.

Es erhielten

das eiserne Kreuz erster Klasse:

Professor Dr. Otto Ranke, Bataillonsarzt, Heidelberg;

das eiserne Kreuz zweiter Klasse:

Dr. H. Bayer, Freiburg,  
Stabsarzt der Landwehr Dr. Otto Schwidop,  
Karlsruhe,

Oberstabsarzt Dr. Resch-Karlsruhe,  
Assistenzarzt der Landwehr I Dr. Böhrer, For-  
bach (Baden);

das Ritterkreuz II. Klasse mit Schwertern des  
Ordens vom Zähringer Löwen:

Dr. H. Bayer, Freiburg.

Den Tod fürs Vaterland starben:

Professor Dr. Otto Ranke, Bataillonsarzt, Heidel-  
berg.

Sanitätsrat Dr. Alefeld, Freiburg.

### Zur Frage der Familienversicherung.

In Baden ist die Frage der Einführung der Familienversicherung bei Krankenkassen, die bis dahin nur eine untergeordnete Rolle gespielt hatte, in regeren Fluss gekommen, seit die neugegründete Badische Gesellschaft für soziale Hygiene sie in ihr Programm aufgenommen, und zum ersten Male in ihrer Ausschusssitzung vom 18. Juni 1916 den Beschluss gefasst hatte, sowohl an die badische Ärzteschaft wie an die Krankenkassen deswegen heranzutreten. Während nun die Ärztliche Landeszentrale auf der Hauptversammlung in Offenburg sich auf den Standpunkt stellte, dass die Initiative bei Einführung der Familienversicherung den Krankenkassen gebühre, die allein imstande seien zu beurteilen, ob die finanziellen Grundlagen geschaffen seien, beauftragte die Freie Vereinigung badischer Krankenkassen auf ihrer Jahresversammlung in Lahr ihren Vorstand mit der Ärztlichen Landeszentrale in Verhandlungen ein-

zutreten. Am 29. November v. J. fand zunächst eine rein informatorische Besprechung zwischen den Vertretern beider Organisationen statt mit dem Ergebnis, dass die freie Vereinigung der Kassen bestimmte Vorschläge machen solle. Dies geschah in einem Schreiben vom 20. Februar d. J.

In diesem Schreiben wurde die Meinung geäußert, dass die Bestimmung in § 6 Ziffer 1a des Mantelvertrags, wonach das Pauschale für einfache Besuche und Beratungen für ein Einzelmitglied 6 Mk., für die versicherte Familie einschliesslich des Oberhauptes 18 Mk. beträgt, als nicht bindend betrachtet werden könne, weil der Mantelvertrag eigentlich nur die Kassenmitglieder selbst betroffen und deren Angehörige nur nebenbei im Auge gehabt hätte; auch wurde der Auffassung Ausdruck verliehen, dass die Ärzte seinerzeit viel weniger wie jetzt der Familienversicherung zuneigten, und dass vielleicht nur deshalb ein so hohes Familienpauschale seitens der Ärztlichen Landeszentrale durchgesetzt worden sei, um damit die praktische Durchführung der Familienbehandlung zu erschweren. Bei der weiteren Behandlung der Honorarfrage könne also der Satz des Mantelvertrages keine ausschlaggebende Bedeutung mehr beanspruchen. Es wurde sodann darauf hingewiesen, dass in Leipzig auf ein Einzelmitglied ein Kopfhonorar von 4,50 Mk. und auf eine Familie 10,75 Mk., in Dresden auf ein Einzelmitglied 6,76 Mk. und die Familie 9,42 Mk. entfielen. Als Höchstgrenze für Baden könne ein Familienpauschale von 13 Mk. in Betracht kommen, ein Satz, der sich aus den Rechnungsergebnissen einiger badischer Kassen und verschiedener Kassen benachbarter Bundesstaaten ergeben habe. Der Ausschuss der Freien Vereinigung badischer Krankenkassen betrachtet diesen Satz als ein Höchstangebot, weil bei höheren Honoraren für die Kassen die Möglichkeit aufhöre, ärztliche Behandlung in natura den Familienmitgliedern zu gewähren.

Der Vorstand der ärztlichen Landeszentrale hat nun das Schreiben der freien Vereinigung den ärztlichen Vereinen zur Kenntnis gebracht und zugleich in einem Rundschreiben an diese seine eigene Auffassung dargelegt. Zunächst wurde den Tatsachen entsprechend zugegeben, dass bei den Verhandlungen über den Abschluss des Mantelvertrages die Frage der Familienversicherung nicht

eingehend behandelt worden sei, und dass der allgemeine Grundsatz, dass bei Pauschalbezahlung das Pauschale für eine Familie das 3fache des Einzelpauschales betragen müsse, unter der Voraussetzung angenommen worden sei, dass die ärztliche Hilfe den Familienmitgliedern in demselben Umfange und unter denselben Bedingungen gewährt werde wie den gesetzlich versicherten Kassenmitgliedern.

In dem Rundschreiben heisst es dann weiter:

»Auch die Annahme, dass die Ärztliche Landeszentrale die Sätze des Mantelvertrages bezüglich der Familienversicherung deshalb so hoch angesetzt habe, um deren Durchführung zu verhindern, ist eine durchaus willkürliche. Es ist im Gegenteil eine Tatsache, dass die Norm »für eine Familie das dreifache Pauschale wie für ein Einzelmitglied« seit Bestehen der Krankenversicherung immer gegolten hat und besonders in Baden die Grundlage der Verträge gebildet hat wie aus den älteren Vereinsbeschlüssen hervorgeht. Wir können deshalb nicht zugeben, dass bei der weiteren Beratung der Honorarfrage die Bestimmungen des Mantelvertrages keine ausschlaggebende Bedeutung mehr haben sollen, sie gelten vielmehr nach wie vor überall, wo die Familienversicherung ohne irgendwelche Beschränkung auf die Dauer von 26 Wochen ausgedehnt wird. Was die in dem Schreiben enthaltenen Angaben bezüglich der Ortskrankenkassen Leipzig und Dresden anbelangt, so haben unsere Ermittlungen ergeben, dass bei der Allgemeinen Ortskrankenkasse in Dresden die Familienmitglieder nur die ärztliche Behandlung frei haben und die Arzneikosten in vollem Betrage selbst bezahlen müssen. Dabei sind die dortigen fest angestellten Kassenärzte mit ihren Gehältern durchaus nicht zufrieden, sondern schon seit längerer Zeit schweben Verhandlungen zum Zwecke einer besseren Honorierung. Bei den zahlreichen anderen Betriebs- und Innungskrankenkassen in Dresden werden auch bei Familienversicherung die Einzelleistungen nach Sätzen bezahlt, die der badischen Gebührenordnung ungefähr gleichkommen.

In Leipzig wurde seinerzeit unter dem Zwange der Verhältnisse ein für die Ärzte ungünstiger Vertrag abgeschlossen, demzufolge das Honorar für die Einzelleistung in den letzten Jahren vor dem Kriege sich auf 65 bis 70 Proz. der Mindestsätze der sächsischen Gebührenordnung vom Jahre 1889 stellte. Auch dort ist seit 1. Januar d. J. eine Aufbesserung erfolgt, wobei zu berücksichtigen ist, dass die Behandlungsdauer der Familienangehörigen auf 13 Wochen beschränkt ist. Die Angaben bezüglich der an anderen ausserbadischen Orten gezahlten Honorare konnten wir nicht nachprüfen. Es ist dies aber auch für die Stellungnahme zu dem Vorschlage der Vereinigung, abgesehen von den prinzipiellen Gesichtspunkten, schon materiell von keiner Bedeutung, weil die angezogenen Verträge vor dem Kriege abgeschlossen worden sind und die seitdem eingetretene Entwertung des Geldes um etwa 40 Proz. \*) in ihnen nicht zum

\*) Nach unseren Aufstellungen ist der Kaufwert des Geldes um 70 % zurückgegangen.

Die Schriftleitung.

Ausdruck kommen konnte, was bei neuen Verträgen selbstverständlich nicht ausser Acht gelassen werden kann. Auch ist nicht festgestellt, in welchem Umfange bei diesen Kassen die Familienversicherung eingeführt ist. Der Vorstand der Landeszentrale ist nun einstimmig der Anschauung, dass der Vorschlag der Freien Vereinigung nicht angenommen werden kann und zwar aus folgenden Gründen:

1. die Annahme des Vorschlages würde eine Änderung des Mantelvertrages in einem wichtigen Teile bedeuten. Die Dauer des Vertrages ist aber ausdrücklich auf 5 Jahre festgesetzt und die Möglichkeit einer Änderung innerhalb dieser Frist ist nicht vorgesehen. Die einzelnen ärztlichen Vereine würden also nicht verpflichtet sein, eine etwaige Änderung anzuerkennen, da sie sich nur dem Mantelvertrage in seiner jetzigen Form und Inhalt gegenüber gebunden haben.
2. Den bisher in Baden abgeschlossenen Verträgen sind auch bei der Familienversicherung die Honorarbestimmungen des Mantelvertrages zugrunde gelegt worden, wobei höchstens Einschränkungen der Familienversicherung berücksichtigt worden sind. Es würde zu ganz unhaltbaren Zuständen und den grössten Schwierigkeiten bei Erneuerung dieser Verträge führen, wenn nachträglich die Bestimmungen des Mantelvertrages im Sinne einer Verminderung der Pauschalsätze verändert würden. Abgesehen davon, dass diese Sätze schon bei Abschluss des Mantelvertrages als durchaus angemessen für alle Teile angesehen wurden, was auch die bisherigen Erfahrungen der Kassen mit Familienversicherung bewiesen haben, muss dies heute umso mehr gelten, wo, wie bereits bemerkt, die Entwertung des Geldes einen so hohen Grad erreicht hat und voraussichtlich für viele Jahre keine wesentliche Besserung erfahren wird. Aus diesen Grunde können wir auch einer Herabsetzung der Sätze der badischen Gebührenordnung bei der Zahlung der Einzelleistungen nicht zustimmen.

Eine Herabsetzung des Honorars bei Familienversicherung erscheint aber auch umso weniger angezeigt, als die gesamte wirtschaftliche Lage des ärztlichen Standes eine weitere Verschlechterung und weitere Opfer für soziale Einrichtungen nicht verträglich und diese umso weniger nötig macht, als der finanzielle Stand der Krankenkassen sich im Laufe des Krieges durchweg glänzend gestaltet hat.

Wir sind überzeugt, dass Krankenkassen, die überhaupt die Familienversicherung einzuführen in der Lage sind, dies jederzeit ohne Schaden für ihre Finanzen tun können, wenn sie nur diejenigen Beschränkungen einführen, die jeden Missbrauch verhüten, ohne die wohlthuende Wirkung zu beeinträchtigen, z. B. Bezahlung der ganzen oder eines Teiles der Arzneikosten durch die Mitglieder. Es hat sich überall gezeigt, dass da, wo bei Familienversicherung wirksame Massregeln zur Verhütung von Missbrauch, besonders in der Anspruchnahme der ärztlichen Hilfe, zur Durchführung gebracht worden sind, die Ausgaben der Kassen für Ärzte

honorar auch bei Bezahlung der Einzelleistung in durchaus erträglichen Grenzen sich gehalten haben. Die Krankenkassen haben es in der Hand, unter diesen Umständen die Familienversicherung in völlig genügender Form einzuführen, ohne dem ärztlichen Stande Opfer zuzumuten, die zu bringen er tatsächlich nicht in der Lage ist, ohne seine eigene wirtschaftliche Existenz zu gefährden, vor allem auch im Hinblick auf die Tatsache, dass der Kreis der Versicherungspflichtigen wie der Versicherungsberechtigten sich immer mehr auf die besser gestellten Bevölkerungsklassen ausdehnt.

Wenn auch eine Änderung der Bestimmungen des Mantelvertrages abgelehnt werden muss, so liegt es doch im allgemeinen sozialen Interesse, den sich immer stärker geltend machenden Bestrebungen nach Einführung der Familienversicherung soweit wie möglich entgegen zu kommen. Die Bestimmungen des Mantelvertrages beziehen sich nun auf die Familienversicherung in vollem Umfange der reichsgesetzlichen Krankenversicherung bezüglich der ärztlichen Hilfeleistung. Sie konnten die Fälle nicht berücksichtigen, in denen die ärztliche Hilfe unter besonderen Einschränkungen und Sicherheitsmassregeln gewährt wird, da diese in jedem Falle verschieden sein können. Hier liess sich nun in vielen Fällen eine Verständigung erzielen, etwa in der Weise, dass die Kassen die Familienversicherung, unter Bezahlung der Einzelleistungen, nach den Sätzen der Gebührenordnung für Vertragskassen einführen, zunächst für eine Probezeit, die so zu bemessen wäre, dass ein genügend sicherer Überblick über die Verhältnisse gewonnen werden könnte. Die ärztlichen Vereine können dabei zugestehen, dass wenn die, für die Familienversicherung zu zahlende Gesamthonorarsumme, einschliesslich des für die Familienhäupter bezahlten Pauschales, den dreifachen Betrag des letzteren übersteigt, das Gesamthonorar auf diesen Betrag gekürzt wird, sodass die Kassen vor unvorhergesehenen Ausgaben gesichert sind. Auf Grund der Erfahrungen der Probezeit könnten dann Verträge von längerer Dauer abgeschlossen werden unter der Bedingung, dass etwaige Beschränkungen der Familienversicherung, die in der Probezeit galten, für die ganze Vertragszeit beibehalten werden, falls eine Pauschalierung oder Bezahlung der Einzelleistungen mit einer Begrenzung des Gesamtarzthonorars vorgesehen wird. Es haben diejenigen Vereine, die zu der Frage überhaupt Stellung nehmen konnten, sämtlich obigen Ausführungen des Rundschreibens mit einzelnen unwesentlichen Vorbehalten zugestimmt und der Verband der Landeszentrale hat in diesem Sinne auf den Vorschlag der freien Vereinigung der Kassen geantwortet. Wir sind nun der Überzeugung, dass, wenn einerseits die Krankenkassen die Familienversicherung nur auf das Notwendigste beschränken, vor allem die Arneikosten wenigstens zumteil auf die Kassenmitglieder abwälzen, was u. a. in Freiburg sich sehr bewährt hat, und auf der anderen Seite die ärztlichen Vereine die Kontrolle der ärztlichen Tätigkeit in strenger Weise

durchführen, die Ausgaben der Krankenkassen für die Familienversicherung auch bei Bezahlung der Einzelleistung nach der kassenärztlichen Gebührenordnung die Höhe des angebotenen Pauschales, wenn überhaupt, so doch nicht nennenswert, überschreiten würde. In solchem verständnisvollen Zusammenwirken sehen wir die beste Lösung der Frage durch die Gewähr für eine beide Teile befriedigende Durchführung der Familienversicherung.

Es muss nun abgewartet werden, ob auf der in dem Rundschreiben angegebenen Grundlage die Einführung der Familienversicherung bei den badischen Krankenkassen in ausgedehnterem Masse vor sich geht. Unseres Wissens ist bis jetzt die Neigung, die Familienversicherung überhaupt in der nächsten Zeit einzuführen, bei der grossen Mehrzahl der Krankenkassen noch eine geringe. Es ist dies auch sehr verständlich angesichts der Tatsache, dass sich die finanziellen Anforderungen, die die Zeit nach dem Kriege an die gesetzlichen Pflichtleistungen der Kassen stellen wird, noch gar nicht übersehen lassen. Ganz ausgeschlossen aber ist, dass die ausserordentliche Verteuerung der gesamten Lebenshaltung und die nach dem Kriege zu erwartenden hohen steuerlichen Belastungen des Einkommens es den Ärzten, auch beim besten Willen den Kassen entgegenzukommen, gestatten werden, von dem in dem Rundschreiben der Ärztlichen Landeszentrale eingenommenen Standpunkte abzugehen.

#### Die IV. Landesversammlung des Badischen Ausschusses für Säuglingsfürsorge, der 5. deutsche Kongress für Säuglingsschutz und die 3. deutsche Krippenkonferenz fanden in den Tagen vom 24. bis 26. Mai in Karlsruhe statt.

Auf der ersteren erstattete Geh. Obermedizinalrat Dr. Hauser den Geschäftsbericht für die Jahre 1914, 15 und 16 und teilte dabei u. a. mit, dass die Ausbildung von Fürsorgeschwestern eine wesentliche Steigerung erfahren habe und die Kindersterblichkeit nach Einsetzen der Fürsorge wesentlich zurückgegangen sei.

69 Vereine widmen sich der Säuglingsfürsorge. Die Zahl der Fürsorgeschwestern ist von 8 auf 14 gestiegen, in Ausbildung sind 19. Da aber auch diese Zahl nicht genügt, soll eine halbjährige Ausbildung von im Kriege bewährten Helferinnen erfolgen. Die Ausbildung der Schwestern soll in Zukunft einen 2-jährigen Lehrgang umfassen, wobei das 2. Jahr hauptsächlich der sozialen Ausbildung gewidmet sein soll. Beabsichtigt ist die Einführung von **Beratungsstunden** für die Kleinkinderfürsorge.

Prof. Dr. Moro-Heidelberg sprach über das System der Kleinkinderfürsorge. Er forderte in den Horten und Krippen Schutz vor ansteckenden Krankheiten und eine ärztliche und ortspolizeiliche Aufsicht, Isolierheime für tuberkulöse Kinder, ferner gründliche Ausbildung der Mediziner in der Kinderheilkunde, Pflichtunterricht über Gesundheitspflege der Kinder in den weiblichen Fortbildungsschulen und allgemeine Kinderversicherung und schlug die Gründung eines **Zentralamtes für Kinderfürsorge** in Baden vor.

Der Korreferent Prof. Dr. Möggerath-Freiburg gab Anregungen über die Kleinkinderfürsorge in Baden und schlug besonders vor, die Stadtkinder nicht in Familien auf dem Lande sondern in einer Art Dorfkolonie unterzubringen.

Nachmittags fand die Eröffnung der Wanderausstellung »Mutter und Kind« statt.

Auf dem Kongress für Säuglingsschutz sprach Dr. Alfons Fischer-Karlsruhe über die sozialhygienischen Wirkungen der Reichswochenhilfe, deren günstige Wirkung auf Stillziffern, Stilldauer und Säuglingssterblichkeit er an der Hand eines umfangreichen, von ihm selbst mit Hilfe vieler badischen und ausserbadischen Krankenkassen und der badischen Regierung gesammelten statistischen Materials überzeugend bewies. Die von eingehender Sachkenntnis und grösstem Fleisse zeugende Arbeit fand allgemeine Anerkennung und wird von grundlegender Bedeutung sein, für die ferneren Bestrebungen, die Reichswochenhilfe auch für die Friedenszeit beizubehalten.

Oberarzt Dr. Rott (Charlottenburg) erörterte in seinem Vortrage die Forderungen, die im Interesse der Ausgestaltung der Mutterschaftsversicherungen zu stellen sind. Er schilderte vor allem das Ergebnis, zu welchem die von der Deutschen Vereinigung für Säuglingsschutz gebildete Kommission zur Prüfung der Frage der Mutterschaftsversicherung nach eingehenden Beratungen gelangt ist. Es soll keine neue Versicherungsform geschaffen werden. Dagegen soll die Entschädigung, welche die versicherten Wöchnerinnen auf Grund der Reichsversicherungsordnung erhalten, erhöht werden. Ferner sollen die versicherungsfreien Ehefrauen von Versicherten die Wochenbettunterstützungen ebenfalls als Pflichtleistungen empfangen, Schliesslich soll für alle Frauen, die dann noch übrig bleiben und weniger als 4000 M Familieneinkommen haben, eine Zwangsmutterschaftskasse gebildet werden. Das Reich soll angemessene Zuschüsse zur Deckung dieser Leistungen gewähren.

Privatdozent Dr. Groth-München sprach über den Lehrplan und die Ausbildung der Kreisfürsorgerinnen und bezeichnete es als wünschenswert, dass die Fürsorgerin eine höhere Mädchenschule erfolgreich besucht habe. Für unerlässlich ist zu erachten eine gründliche Ausbildung in der allgemeinen Krankenpflege und die Auflage des Nachweises der bestandenen staatlichen Prüfung, in denjenigen Staaten, in denen eine Anerkennung als Krankenpflegeperson durch die zuständige Verwaltungsbehörde erteilt wird. Die Kenntnis der Säuglings- und Kleinkinderfürsorge soll durch halbjährige Ausbildung in anerkannten Säuglingsheimen erfolgen. Auf dieser Grundlage muss dann eine mehrmonatliche theoretische und praktische Unterweisung in der engern und weitem Fürsorge für das Säuglings- und Kleinkinderalter stattfinden. Der Abschluss des Lehrganges soll durch eine mehrwöchentliche praktische Tätigkeit unter Leitung einer Kriegsfürsorgerin und unter Ablegung einer Prüfung erfolgen. Fräulein Wilhelmine Schubert-München sprach über die Anforderungen der Praxis an die Kreisfürsorgerinnen und bezeichnete als die wichtigste Arbeit der Fürsorgerin die lückenlose, nach Bedürfnis und Möglichkeit wiederholte Hausbesuche bei allen Schwängern, Wöchnerinnen, Müttern von Säug-

lingen und Kleinkindern und bei allen Pflegekindern des Bezirks. Diese Besuche bieten die Möglichkeit, Belehrungen über die wichtigsten Grundsätze der allgemeinen Hygiene. — An die Verhandlungen schlossen sich Ansprachen an, an welchen sich zahlreiche Damen und Herren aus Leipzig, Köln, Bremen, Berlin, München usw. beteiligten.

Auf der 3. Deutschen Krippen-Konferenz sprach Kommerzienrat O. Uebelen-Hannover-Linden »Über die Frage der Kinderkrippe« unter Verwertung seiner Erfahrungen als Gründer der grössten in Deutschland bestehenden Fabrik-Krippe, die durchwegs günstig waren. Die Bedenken über Ansteckungsgefahr, Benachteiligung des Fabrikbetriebes, die Höhe der Kosten etc. sind nicht stichhaltig. Nötig ist ärztliche Aufsicht für die Kinder.

Privatdozent Dr. Hohlfer-Leipzig sprach über »Die Gefahr der Infektionskrankheiten in der Krippe« und forderte, dass die Zahl der Kinder in jeder Krippe auf 30—40 beschränkt bliebe zum Zweck einer sorgfältigen Überwachung.

Die Tagung, deren Besuch durch auswärtige Teilnehmer unter der Ungunst der Verhältnisse sehr zu leiden hatte, hat die sozialhygienisch so ausserordentlich wichtigen Bestrebungen auf dem Gebiete des Mutter- und Säuglingsschutzes entschieden gefördert, wenn man angesichts der nach dem Kriege zweifellos eintretenden grossen Finanznöten bei Staat, Gemeinden, Versicherungsanstalten etc. bei den oft recht weit gehenden Forderungen einzelner Redner und namentlich Rednerinnen manchmal an das Dichterwort erinnert wurde: »Eng beieinander wohnen die Gedanken, doch hart im Raume stossen sich die Dinge«.

#### Krankheits- und Sterblichkeitsverhältnisse im Grossherzogtum Baden im vierten Vierteljahr sowie im ganzen Jahr 1916.

Aus dem amtlichen Bericht.

Im 4. Vierteljahr 1916 starben im Grossherzogtum Baden mit Ausschluss der Totgeborenen 9756 Personen, unter diesen 980 Kinder im 1. Lebensjahr und 777 im Alter von 1—15 Jahren. Todesursachen waren in 1 Fall Blattern und Genickstarre, in je 3 Schälblase bei Kindern und chronischer Alkoholismus, in 6 Syphilis und deren Folgen, in 16 Scharlach, in je 25 Typhus Ruhr und Kindbettfieber, in 34 Influenza, in 40 Masern, in 48 Keuchhusten, in 169 Diphtherie und Krupp, in 249 Verdauungsstörungen bei Kindern im 1. Lebensjahr, in 574 Krebs und in 804 Fällen Lungen- und Kehlkopftuberkulose.

Zur Anzeige kamen im vierten Vierteljahr 1916 1 Fall von Körnerkrankheit, 2 Fälle von Blattern, 3 von Genickstarre, 4 von spinaler Kinderlähmung, 120 von Ruhr, 176 von Typhus, 261 von anzeigepflichtiger Lungen- und Kehlkopftuberkulose, 837 von Scharlach und 1851 von Diphtherie und Krupp.

Im Verhältnis zu den entsprechenden Ziffern des vorhergegangenen dritten Vierteljahres hatten wir im vierten Vierteljahr eine Erhöhung sowohl der allgemeinen wie der Sterblichkeit der Kinder von 2—15 Jahren, dagegen eine verminderte Säuglingssterblichkeit; ein

Steigerung der Todesfälle vor allem an Diphtherie, Scharlach, Masern, Keuchhusten, Influenza, Typhus, Kindbettfieber und Ruhr, demnach so ziemlich an sämtlichen Infektionskrankheiten, denen sich auch noch ein allerdings vereinzelter und vereinzelt gebliebener Pocken-Todesfall anreichte. An der Spitze der Todesursache marschieren aber wiederum der Krebs und die Tuberkulose.

Den Sterblichkeitsziffern entsprechend waren auch die Erkrankungsfälle an Infektionen vor allem recht hohe: So zählten wir u. a. 1851 Erkrankungen an Diphtherie, 837 an Scharlach, 176 an Typhus, Zahlen, die sämtlich jene des vorhergegangenen Quartals überragen.

Während des ganzen Jahres 1916 starben im Grossherzogtum Baden, wiederum mit Ausschluss der Totgeborenen, 13 276 Personen, unter diesen 4367 Kinder im 1. Lebensjahr und 3570 im Alter von 1—15 Jahren; an Lungen- und Kehlkopftuberkulose 3265, an Krebs 2253, an Verdauungsstörungen (Kinder unter 1 Jahr) 1077, an Diphtherie und Krupp 561, an Keuchhusten 206, an Influenza 200, an Masern 189, an Kindbettfieber 84, Scharlach 73, Ruhr 72, Typhus 45, an Syphilis und deren Folgen 38, Nahrungsmittelvergiftung 24, chronischem Alkoholismus 21, Schälblasen bei Kindern 14, spinale Kinderlähmung 3, und Pocken, Tollwut (oder Lyssa) und Milzbrand je 1.

Zur Anzeige kamen während des ganzen Jahres 1916: 2 Erkrankungsfälle an Körnerkrankheit, 3 an Pocken, 5 an Milzbrand, 18 an spinaler Kinderlähmung, 29 an Genickstarre, 246 an Kindbettfieber, 416 an Typhus, 438 an Ruhr, 1097 an anzeigepflichtiger Lungen- und Kehlkopftuberkulose, 2495 an Scharlach, 6700 an Diphtherie und Krupp.

Gegenüber dem Jahr 1915 haben wir 1916 eine zweifellose Vermehrung fast sämtlicher Infektionskrankheiten, insbesondere aber des Scharlachs, der Diphtherie und des Typhus, eine Verminderung nur bei der Körnerkrankheit, dem Milzbrand, der Genickstarre und der spinalen Kinderlähmung.

Ob und inwieweit sowohl in den verschiedenen Berichtsquartalen unter einander, wie im ganzen Berichtsjahr 1916 gegenüber 1915 auch eine Veränderung der Bösartigkeit des Auftretens der einzelnen Infektionskrankheiten Platz gegriffen hat, ist aus folgender Zusammenstellung ersichtlich:

Es erkrankten und starben:

a. an einzeln anzeigepflichtigen Infektionskrankheiten, nämlich:

im	an 1. Pocken			2. Scharlach			3. Diphtherie und Krupp		
	erkrankt	gest.	%	erkrankt	gest.	%	erkrankt	gest.	%
4. Quartal 1916	2	1	50	837	16	1,8	1851	169	9,1
3. Quartal 1916	—	—	—	560	10	1,7	1128	81	7,1
2. Quartal 1916	—	—	—	512	22	4,2	1146	112	13,9
1. Quartal 1916	1	—	—	586	25	4,2	2075	199	9,5
Jahr 1916	3	1	33 1/3	2495	73	1,9	6200	561	9,4
Jahr 1915	—	—	—	2100	61	2,9	5745	609	10,6

im	4. Typhus			5. Spinale Kinderlähm.			6. Genickstarre		
	erkrankt	gest.	%	erkrankt	gest.	%	erkrankt	gest.	%
4. Quartal 1916	176	25	14,2	4	—	—	3	1	33,3
3. Quartal 1916	133	6	4,5	8	2	52,0	2	1	50,0
2. Quartal 1916	60	7	11,6	2	1	50,0	6	4	66,6
1. Quartal 1916	47	7	14,9	4	—	—	18	4	20,2

Jahr 1916	416	45	10,8	18	3	16,6	29	10	34,5
Jahr 1915	357	51	16,1	31	5	16,1	51	12	26,3

im	7. Kindbettfieber.			8. Ruhr			9. Milzbrand		
	erkrankt	gest.	%	erkrankt	gest.	%	erkrankt	gest.	%
4. Quartal 1916	67	25	37,3	120	25	20,8	—	—	—
3. Quartal 1916	38	12	—	286	40	—	2	—	—
2. Quartal 1916	64	24	37,5	13	6	46,1	2	1	50,0
1. Quartal 1916	77	23	30,9	19	1	5,2	1	—	—

Jahr 1916	246	84	34,1	438	72	16,4	5	1	20,0
Jahr 1915	266	70	26,3	154	15	22,0	12	5	41,6

im	10. von 1 bis 9 zusammen		
	erkrankt	gestorben	%
4. Quartal 1916	3061	261	8,5
3. Quartal 1916	2157	152	7,0
2. Quartal 1916	1772	277	9,8
1. Quartal 1916	2828	259	9,1

Jahr 1916	9818	949	9,6
Jahr 1915	8717	828	9,5

b. an einzeln nicht, sondern nur bei gehäuftem Auftreten oder bedingungsweise anzeigepflichtigen Infektionskrankheiten sind gestorben:

im	an 1. Masern	2. Keuchhusten	3. In- fluenza	4. Lungen- u. Kehlkopf- tuberkulose
	4. Quartal 1916	40	48	34
3. Quartal 1916	23	38	5	666
2. Quartal 1916	60	56	45	896
1. Quartal 1916	66	64	116	899
Jahr 1916	189	206	200	3265
Jahr 1915	454	380	200	3365

Soweit statistische Zahlen überhaupt einen Masstab für die Beurteilung der Gesundheitsverhältnisse abzugeben imstande sind, mit demselben Masstab gemessen treten uns auch aus vorstehenden Zusammenstellungen Erfreuliches wie Unerfreuliches, auf alle Fälle aber an Lehrreichem und Beachtenswertem manches entgegen; weniger erfreulich war das zweifellose, übrigens nicht nur bei uns, sondern in fast ganz Deutschland beobachtete Anwachsen des Scharlachs und der Diphtherie sowie das vermehrte Auftreten von Typhus und Ruhr; trotzdem war beruhigend, dass auch dieses Anwachsen mehr sporadischen Erscheinungen als ausgedehnten allgemeinen oder lokalen Epidemien seine Entstehung verdankte, und beruhigend erschien trotz allem Anwachsen die Wahrnehmung, dass die relative Gutartigkeit der Infektionen nur wenig sich nach der Seite des Ungünstigen geändert hat. Nur unbedeutend erscheint die Steigerung der Gesamt mortalität von 9,5 auf 9,6 %.

und die Verluste an Menschenleben, die uns die vermehrten Scharlach- und Diphtherieerkrankungen brachten, wurden durch die minderen Sterblichkeitsziffern der Masern und des Keuchhustens zumteil wieder ausgeglichen. Die Frage ferner, die vielfach auch anderwärts erhoben und grösstenteils in bejahendem Sinn beantwortet wurde, ob während und infolge der Fortdauer des Kriegs die Tuberkulose zugenommen habe, können wir nach unseren Sterbeziffern der Lungen- und Kehlkopftuberkulose verneinen, denn es starben an dieser Krankheit 1916 100 weniger als 1915.

So haben wir jedenfalls keine Veranlassung, uns über eine Verschlechterung unserer Gesundheitsverhältnisse auch im 3. Kriegsjahr zu beunruhigen. Sie waren, trotz aller Bedrohung, welche naturgemäss ein Weltkrieg wie der jetzige mit sich bringt, durchaus günstige und normale, und sie werden es bleiben, wenn wir auch ferner in treuer Wachsamkeit und Fürsorge für die gesundheitlich Schwachen und Bedrohten wie bisher durchhalten.

### Personalnachrichten.

**Niedergelassen** haben sich Dr. Leonhard Mühlebein in Karlsruhe, Assistenzärztin Dr. Paula Hauss im städtischen Krankenhaus in Konstanz, Dr. Ernst Rosenberg, Spezialarzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten in Heidelberg, Frauenarzt Dr. Georg Wittmann in Mannheim, seither Assistenzarzt am Wöchnerinnenasyl daselbst, Dr. Marianne Bosshardt in Freiburg i. Br., die Assistenzärztin Dr. Babette Lion im städtischen Krankenhaus in Karlsruhe, Dr. Karl Schmidt in Lahr, Dr. Adolf Ebert, Assistenzarzt im städtischen Krankenhaus in Karlsruhe.

**Verzogen** sind: Oberstabsarzt, Sanitätsrat Dr. Kurt Müller von Baden nach Wiesbaden, Karl Ernst Forst, Vertreter des Dr. Ettingshaus von Menzingen, Amt Freiburg.

### Verschiedenes.

**Keine Verpflichtung zur Krankenhauspflege.** Nach § 184 Abs. 4 R.V.O. sollen die Krankenkassen möglichst Krankenhauspflege gewähren, wenn 1. die Art der Krankheit eine Behandlung oder Pflege verlangt, die in der Familie des Erkrankten nicht möglich ist, 2. die Krankheit ansteckend ist, 3. der Zustand oder das Verhalten des Erkrankten seine fortgesetzte Beobachtung erfordert. Es war eine Streitfrage, ob auf Grund dieser Bestimmung ein Versicherter Kranken-

hauspflege von der Kasse fordern und den Anspruch auf Rechtswege verfolgen kann. Weiter ergab sich die Frage, ob der Aufsichtsbehörde dadurch eine Handhabe geboten ist, in bestimmten Fällen anzuordnen, dass die Kasse Krankenhauspflege zu gewähren habe. Das Reichsversicherungsamt hat wiederholten Entscheidungen, u. a. vom 17. 6. 1911. 11. (Ortskrankenkasse Nr 7 Sp. 225), diese Fragen verneint.

Das Gesetz gebe den Versicherten selbst in dringenden Fällen keinen im Spruchverfahren verfolgbaren Anspruch auf Krankenhauspflege. Eine Verurteilung im Spruchverfahren sei nur möglich, wenn eine rechtliche Verpflichtung zur Gewährung einer Leistung bestehe. Es handle sich in vorliegenden Falle um eine Soll-, nicht um eine Musspflicht. Nach der Begründung zum Entwurfe der R.V.O. sei es dem pflichtmässigen Ermessen der Kassen überlassen, Krankenhauspflege zu gewähren; es gehe nicht an, den Kassen eine entsprechende Verpflichtung aufzulegen, da dies auf grosse Schwierigkeit stosse, in einzelnen Fällen sachgemässen Grenzen zu finden. In dem Reichstagsauschuss sei die Einführung einer Verpflichtung zur Krankenhauspflege in bestimmtem Umfange abgelehnt worden, was u. a. auch hervorgehoben wurde, dass aus Mangel an Beispielen u. dergl. nicht selten Krankenhauspflege nicht eintreten könne. — Von manchen Stellen sei angenommen worden, dass die Aufsichtsbehörde berechtigt gewesen wäre, den Entschluss der Kasse im Einzelfalle nachzuprüfen und die Kasse bei unberechtigter Weigerung zur Gewährung von Krankenhauspflege zwangsweise anhalten könne. Ein solcher Zwang sei weder aus der gesetzlichen Bestimmung noch aus ihrer Entstehung herzuleiten. Die rechtliche Zulässigkeit eines solchen Zwanges könne auch nicht aus § 184 Abs. 4 R.V.O. entnommen werden, wonach die Aufsichtsbehörde die Beobachtung von Gesetz und Satzung zu sorgen hat. Die Versicherungsleistungen könnten den Versicherungsträgern im Spruchverfahren auferlegt werden. Die Gewährung von Leistungen, die im Spruchverfahren nicht rechtskräftig festgestellt sind, könne von der Aufsichtsbehörde nicht erzwungen werden. Sei das Spruchverfahren in dem Falle des § 184 Abs. 4 nicht zulässig, so entfalle damit für die Versicherungsbehörden jede Möglichkeit, die Krankenkassen im Einzelfalle zur Übernahme des Heilverfahrens anzuhalten. Durch die Sollvorschrift des § 184 Abs. 4 solle den Kassen nur die Möglichkeit nahegelegt werden, in den bezeichneten Fällen Krankenhauspflege zu gewähren. Die Aufsichtsbehörden könnten die Kassen in allgemeiner Weise in diesem Sinne einwirken. Ein Eingreifen der Aufsichtsbehörden sei vielleicht dann möglich, wenn eine Kasse wider Erwarten fortgesetzt und grundsätzlich die Gewährung von Krankenhauspflege ablehnen sollte.



**Dr. Reicher's Kuranstalt „Hohenlohe“**  
**Bad Mergentheim (t. Württ.)**  
 für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten.  
 Für Verpflegung bestens gesorgt.

30-19.3

**MOSER'S COCA-PEPSIN PRÄPARATE:**  
**DIGESTOMAL ELIXIR u. TABLETTEN**

SAUER UND ALKALISCH. 316/52.22

Kombination von Bitterstoffen mit Verdauungsfermenten — klinisch erprobt und zuverlässig bei den verschiedensten Magen- und Darmkrankheiten und hervorragend als

**Digestivum, Stomachicum, Roboraus-**

Vorsätze: Eminente Verdauungskraft, rasch appetitanregende Wirkung, u. damit zusammenhängend eine natürl. Besserung des Kräftezustandes.

Chem. Labor. J. Moser, Kirchzarten-Freiburg i. Br.

Myocarditis.

Arteriosklerose.

Herzneurose.



Herzversagen.

Kompensations-

Störungen.

**Ergotin-Coffein-Tabletten und Ampullen zur Injektion.**

Zur Regulierung der Herztätigkeit wirksamer und noch von Erfolg, wo Digitalis und Jodpräparate versagen.

**Myocardol-Tabletten**, Original-Packung 24 Tabletten, Kassen-Packung 10 Tabletten, 1 mal täglich 3 bis 4 Tabletten.

**Subentan.**

**Myocardol-Ampullen**, Original-Packung 6 Ampullen, Kassen-Packung 3 Ampullen.

Darmkatarrh.



Akute und chronische

Durchfälle der

Säuglinge.

**Tanninsilbereiweiss-Tabletten und -Pulver.**

Das völlig reizlose, unschädliche, die Diätbehandlung wirksamst unterstützende Darmdesinficiens und Antidiarrhoicum, frei von Nebenwirkungen, Übelkeit, Erbrechen oder nachfolgender Verstopfung.

**Tanargentan-Tabletten** à 0,25, **Tanargentan-Tabletten** à 0,5, 3 mal täglich 1 bis 2 Tabletten.

**Tanargentan-Pulver** à 0,25 bis 0,5, 3 mal täglich 1 bis 2 Pulver. 353]2.1.

Literatur und Proben stehen den Herren Ärzten bereitwilligst zur Verfügung.

**Fabrik chem. pharm. Präparate, Dr. R. & Dr. O. Weil, Frankfurt a. M.**

## GOLDHAMMER - PILLEN

Bism. salicyl. u. Carbo mit reichlich Ol. menth. pip.  
Darmlöslich gelatinirt. Seit Jahren mit bestem  
Erfolg erprobtes Spezialpräparat bei  
**Chron. Darmkatarrhen-Darmgärungen**

Sch. à 60 Pillen in den Apotheken. Ärztemuster gratis.  
**Laboratorium F. Augsberger, Strassburg 1/2.**

344]24.10

## Sanatorium Stammberg

Schriesheim a. d. Bergstrasse  
für weibliche **Lungenkranke** des gebildeten  
Mittelstandes. — 4.50 ₰ bis 6.50 ₰ pro Tag. —  
Sommer- und Winterkur.  
Prospekt durch **die Verwaltung**.  
Auch während des Krieges geöffnet. 323]24.16

## Dr. Kaufmann, Bad Wildungen

hat daselbst seine **urologische Praxis** wieder aufgenommen.

### Notiz für die Herren Bezirksärzte!

Den Herren Bezirksärzten empfehlen wir  
unser Lager von

### Impressen

zu

### Hebammentagebüchern.

Karlsruhe.

**Malsch & Vogel,**

Buchdruckerei und Verlagshandlung.

## 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“ Cavetetabelle „Ärztl. Mitt.“ oder „Ärztl. Vereinsbl.“

Fernsprecher 1 870 und 19 728.

### Cavete collegae!

Drahtadresse: Ärzteverband Leipzig

**Aachen**  
**Augermünde, Kr.**  
**Berlin-Lankwitz**  
**Bremen**  
**Corbetha**  
**Diedenbergen**  
**Diedenhofen, Loth.**  
**Dietz a. L.**  
**Dietzenbach, Hess.**  
**Düsseidorf**  
**Elbing**  
**Eschede, Hann.**  
**Freudenberg**  
**Geilenkirchen,**  
Kr. Aachen  
**Glessmannsdorf**  
(Schlesien)  
**Gröba-Riesa**

**Gröditz b. Riesa**  
**Grossbeeren, Bez.**  
**Guben**  
**Guxhagen, Bezirk**  
Cassel  
**Halle S.**  
**Hannau, San.-Verein**  
**Heckelberg, Kreis**  
Oberbarnim  
**Heidburg A.-G. zu**  
Hildesheim  
**Holzappel i. T. und**  
Umgebung  
**Hillingen, Rhld.**  
**Kaiserslautern**  
**Kattowitz, Schl.**  
**Kaufmännische**  
Kr.-K. für Rheinld.  
u. Westf.  
**Klingenthal, Sa.**

**Köln a. Rh.**  
**Köln-Kalk**  
**Kraupischken,**  
O.-Pr.  
**Kreuznach, Bad**  
**Lichtenrade bei**  
Berlin  
**Mohrungen, Bez.**  
**Naurod**  
**Niederneukirch**  
**Oberbarnim, Kreis**  
**Oberneukirch**  
**Oderberg i. d. Mark**  
**Ostritz (Sa.)**  
**Ottweiler, Rhld.**  
**Preuss. Holland**  
Bezirk

**Quint b. Trier**  
**Rambach**  
**Reichenbach,**  
Schlesien.  
**Riesa a. Elbe-Gröba**  
**Ringenhain**  
**Rothenfelde bei**  
Fallersleben  
**Rubla, Thür.**  
**Schirgiswalde,**  
Regsbzk. Bautzen  
**Schönebeck a. E.**  
**Schorndorf,**  
Württemberg  
**Schreiberhan,**  
Riesengebirge  
**Schweidnitz, Schl.**  
Bahnarztst.  
**Selb, Bayern**  
**Stahnsdorf, s. Telt.**

**Steinigtwols-**  
**dorf**  
**Strassburg/Els.**  
**Teltow, Brdgbg.**  
**Templin, Kreis**  
**Vöhrenbach, Baden**  
**Waldorf, Hessen.**  
**Warmbrunn-**  
**Hernsdorf, Ries-**  
engebirge  
**Weissenfels a. S.**  
**Weissensee b. Berlin**  
**Witkowo, Posen**  
**Zeitz, Prov. Sa.**  
**Zillertal-Erd-**  
**mannsdorf,**  
Riesengebirge  
**Zobten a. B., Schl.**

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-, Schul- und Assistentenstellen sowie Vertretungen. 371

# Sanatorium Nordrach

im bad. Schwarzwald

für Lungenkranke (Private).

Herrliche Lage direkt am Wald, schöne und  
bequeme Waldspaziergänge.

Eröffnet am 1. März 1915.

Leitender Arzt: Dr. K. Weltz.

Sanatorium „Schwarzwaldheim“ Schönbürg b. Wildbad

Kombinierte Anstalts- und  
Tuberkulinbehandlung.  
Lungenkollaps-therapie.  
Operat. Kehlkopfbehandlung.

Privatheilanstalt für Lungenkranke.

≡ Chefarzt Dr. Baudeliev ≡ Prospekte frei durch d. Verwaltung.

Württ. Schwarzwald  
650 m. ü. d. Meer.

Mittlere Preise.  
3 Ärzte.