

Badische Landesbibliothek Karlsruhe

Digitale Sammlung der Badischen Landesbibliothek Karlsruhe

Ärztliche Mitteilungen aus und für Baden. 1857-1933 1918

2 (31.1.1918)

Ärztliche Mitteilungen

aus und für Baden.

Erscheinen 2 mal monatlich.

Anzeigen:

30 Pfg. die einspaltige Petitzeile
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:

5 Mk. 75 Pfg.
exkl. Postgebühren.

Für Mitglieder der badischen
ärztlichen Landesvereine,
welche von Vereinswegen
für sämtliche Mitglieder
abonnieren

- 4 Mk. -

inkl. freier Zustellung.

LXXII. Jahrgang.

Karlsruhe

31. Januar 1918.

Ärztékammer im Grossherzogtum Baden.

Krankenernährung betreffend.

Das Grossh. Ministerium des Innern hat an die Bezirksämter unter dem 17. Januar einen Erlass gerichtet, aus dem wir hier das für die Ärzte wissenswerte wiedergeben:

Wie wir bereits im Runderlass vom 26. November 1917 Nr. 60540, die Versorgung mit Milch und Speiseeiweissen betreffend, erwähnt haben, hat die derzeitige Sterblichkeit an Tuberkulose die Sterblichkeit von 1913 um 50 v. H. überschritten. Diese ausserordentliche Verschlechterung der Volksgesundheit ist im wesentlichen eine Folge der Unterernährung der Kranken. Die Tuberkulose führt bei den von ihr befallenen Personen zu einem erhöhten Eiweisszerfall und zu Fettschwund. Werden die Kranken nicht ausreichend ernährt, so ist eine Verschlimmerung ihres Leidens unvermeidlich. Dadurch gehen aber nicht nur bei vielen solcher Kranken die Erfolge früherer Heilverfahren verloren, sondern infolge erneuter oder vermehrter Ausscheidung von Tuberkelbazillen tritt wegen der Ansteckungsmöglichkeit auch eine Gefährdung der Allgemeinheit, in erster Reihe der bisher gesunden Familienglieder ein. Eine gleichmässige und ausreichende Belieferung der öffentlichen und privaten Lungenheilanstalten, der besonderen Abteilungen für Lungenkranke in Krankenhäusern sowie der von den Trägern der sozialen Versicherung oder von Gemeinden betriebenen Genesungsheime für Lungenkranke mit Lebensmitteln ist daher dringend geboten. Wir haben die Badische Nährmittelversorgung beauftragt, bei der Zuweisung von Nährmitteln und Brotaufstrichmitteln den Anteil, welcher in den ländlichen Kommunalverbänden auf die in den einzelnen Anstalten und Genesungsheimen untergebrachten Kranken, soweit sie nicht von der Militärverwaltung zu verpflegen sind, entfallen, jeweils besonders zu bezeichnen; diese Menge muss der Kommunalverband für die Kranken der betreffenden Anstalten und Genesungsheime liefern; eine Kürzung der übrigen Bevölkerung des Kommunalverbands wird hierdurch nicht eintreten. Die Landesfettstelle wird den Anstalten und

Genesungsheimen für ihre Kranken unmittelbar Käse zukommen lassen. Eine weitergehende Ablieferung durch die Kommunalverbände wird hierdurch nicht ausgeschlossen.

Nach der Sondernummer der Statistischen Mitteilungen über das Grossherzogtum Baden (Neue Folge Band VI, Jahrgang 1913 Seite 64 ff.) werden folgende Anstalten und Genesungsheime in Betracht kommen:

1. Sanatorium Arlen,
2. Bezirkskrankenhaus St. Blasien,
3. Sanatorium St. Blasien,
4. Sanatorium Wehrawald in Todtmoos,
5. Schwestern-Krankenhaus Heiligenzell,
6. Lungenheilstätten Friedrichsheim und Luisenheim in Marzell,
7. Friedrich-Hilda-Genesungsheim in Oberweiler,
8. Lungenheilanstalt Haus Waldeck in Oberweiler,
9. M. A. von Rothschild'sche Lungenheilstätte in Nordrach,
10. Heilstätte Nordrach-Kolonie,
11. Sanatorium Dr. Rumpf in Ebersteinburg,
12. Lungenheilstätte Stammberg in Schriesheim.

Ferner kommt noch in Betracht die Privatlungenheilanstalt von Dr. Welz in Nordrach.

Die Versorgung der h a u s k r a n k e n oder in anderen als den obengenannten Anstalten untergebrachten Tuberkulösen hat auf Grund der Richtlinien vom 11. Dezember 1916, 24. März und 20. April 1917, zu erfolgen. Schwerkranken Tuberkulösen sind die darin bezeichneten Zusätze beim Vorliegen ihrer Voraussetzungen in der Regel in voller Höhe zu gewähren, daneben ohne Kürzung der anderen Zusätze mindestens 2 kg Nährmittel und mindestens 1 kg Brotaufstrichmittel monatlich. An Eiern genügt regelmässig die Zuweisung von 4 Stück wöchentlich. Im Interesse der Volksgesundheit muss gegenüber tatsächlich Kranken tunlichstes Entgegenkommen erwartet werden. An Kartoffeln ist möglichst allen Tuberkulosekranken — auch in Anstalten usw. — eine Wochenkopfmenge von 10 Pfund zu gewähren. Insbesondere sind werdende und stillende tuberkulöse Mütter weitestgehend zu berücksichtigen. Wenn einzelne

der in den Richtlinien angegebenen Zusatznahrungsmittel nicht gegeben werden können, so ist nach Möglichkeit durch andere Nahrungsmittel von gleichem Nährwert Ersatz zu leisten (vergl. den Aufsatz »Calorien« in Nr. 48 der Beiträge zur Kommunalen Kriegswirtschaft vom 6. September 1917, Berichtigung in Nr. 50).

Wenn wir hiernach weitgehende Fürsorge für die Tuberkulösen dringend empfehlen, so können wir es andererseits nicht billigen, wenn auch in solchen Fällen Zusätze an Lebensmitteln oder der Bezug von Krankmehl, Wasserweck von Zwieback bewilligt wird, in denen dies nicht dringend geboten ist. Insbesondere soll häufig in den ländlichen Überschussverbänden mit der Bewilligung von Vollmilch sehr weitgehend verfahren und als ausreichende Begründung schon Schwächezustände oder Abmagerung anerkannt werden, ohne dass eine nähere Angabe darüber vorliegt, ob sie auf eine der die Bewilligung voraussetzenden Krankheiten zurückzuführen sind. Die Prüfungsausschüsse sind daher darauf hinzuweisen, dass die Knappheit an Lebensmitteln eine strenge Prüfung der eingehenden Gesuche erfordert und dass ihnen nur beim Vorliegen der in den Richtlinien bezeichneten Voraussetzungen entsprochen werden darf. Zu beachten ist, dass bei der Milchversorgung die für den Bedarf der Kranken in Rechnung gestellte Literzahl nur 2 v. H. der Zahl der Versorgungsberechtigten (also der nicht zu einem kuhhaltenden Betrieb gehörenden Bevölkerung) beträgt und dass nach dem Rundschreiben der Reichsgetreidestelle vom 21. Dezember 1917 R. M. 6111. D. Krankmehl nur in Höhe von höchstens 2½ v. H. des Bedarfs des Kommunalverbands für seine Brotversorgungsberechtigten hergestellt werden darf oder zugewiesen wird. Dass diese Gesamtmengen an sich genügen, ergibt sich daraus, dass nach der Statistik der durchschnittliche tägliche Krankenstand in Deutschland auf etwa 2,37 v. H. der Gesamtbevölkerung zu schätzen ist. Es bedeutet eine Schädigung der tatsächlich Kranken und hinsichtlich der Milch-, Fett- und Eierversorgung des dem Überschussbezirk zugewiesenen Bedarfsverbandes, wenn die Bewilligungen der Gesuche nicht auf die dringend notwendigen Fälle beschränkt werden. Seitens des Kommunalverbands oder Nahrungsmittelamts darf über die vom Prüfungsausschuss bewilligten Sätze selbstverständlich nicht hinausgegangen werden. Von Zeit zu Zeit ist nachzuprüfen, ob die geltenden Bewilligungen von Krankmilch und Krankmehl die zulässigen Gesamtmengen nicht überschreiten. Den Mitgliedern des Prüfungsausschusses ist hiervon Eröffnung zu machen.

Bei dieser Gelegenheit sei noch beigefügt, dass die gemäss dem Runderlass vom 19. Oktober 1917 Nr. 54589, Lebensmittel- und Brennstoffversorgung für den Fremdenverkehr betreffend, zu erstattenden bezirksärztlichen Zeugnisse nicht lediglich auf Grund des Zeugnisses des behandelnden Arztes ergehen dürfen, dass vielmehr auf Kosten des Kranken eine persönliche Untersuchung vorzunehmen ist.

Die städtischen Kommunalverbände und Grossh. Bezirksärzte sind unmittelbar verständigt.

Im Hinblick darauf, dass die bessere Ernährung der Tuberkulösen nur dann möglich ist, wenn im übrigen die in den erwähnten Richtlinien gegebenen Vorschriften

streng eingehalten werden, ersuchen wir die Ärzte, bei Ausstellung der Lebensmittelzeugnisse mit grösster Gewissenhaftigkeit zu verfahren, da nur unter dieser Voraussetzung eine richtige Verteilung der vorhandenen Lebensmittel an die wirklich Bedürftigen möglich ist.

Der Vorstand:
Bongartz.

Zur Arztfrage, mit besonderer Berücksichtigung der freien ärztlichen Familienbehandlung.

II.

Herr Frässdorf hat gleich in der Einleitung zu seinem Vortrage gesagt, dass er nicht die Absicht habe, die Gegensätze zwischen den Krankenkassen und organisierter Ärzteschaft zu verschärfen und dass er die Verhältnisse in objektiver Weise darlegen wolle. Es muss zugegeben werden, dass er die erste Absicht streng durchgeführt und sogar im Gegensatz zu anderen Kassenführern warme Worte der Anerkennung für die Tätigkeit der Ärzte im Kriege gefunden hat. Wir wollen deshalb auch nicht weiter nachrechnen, was gerade früher alles zur Verschärfung der Gegensätze beigetragen hat. Er mag ja auch wohl eingesehen haben, dass in einer Versammlung badischer Krankenkassen, die mit den Ärzten bisher durchweg in Frieden zusammengelebt haben, es nicht angezeigt war, eine Kriegsfanfane zu blasen. Ganz anders steht es schon um seine »Objektivität«. Er pflegt diese zwar häufig mit besonderem Nachdruck hervorzuheben, aber dass er nicht Jedermann von ihr zu überzeugen vermag, hat er u. a. in der sächsischen 2. Kammer bei den dort von ihm hervorgerufenen Debatten über die Kassenarztfrage wiederholt erfahren müssen.

Von seiner dort ihm vorgehaltenen Methode, die für seine Zwecke vorteilhafte in den Vordergrund zu schieben, alles aber was gegen ihn spricht, geschickt zu verschleiern, hat er auch in Konstanz reichlich Gebrauch gemacht, was ihm selbstverständlich Niemand übernehmen kann. So hat er vor allem den günstigen Einfluss des Systems mit festem Gehalt angestellter Ärzte auf die Leistungen der Kasse hervorgehoben. Er hatte ja allerdings keine Veranlassung darauf einzugehen, wie dieses System vom Gesichtspunkte der ethischen und materiellen ärztlichen Interessen zu beurteilen ist; und so mehr ist es unsere Pflicht, dieses zu tun, zumal die rührige Propaganda, die von seiten der grossen Kassenverbände für dieses System in letzter Zeit getrieben wird, nun auch nach Baden getragen worden ist. Gerade das Musterbeispiel der Allgemeinen Ortskrankenkasse Dresden ist geeignet, diese Verhältnisse am besten zu erläutern. In folgendem geben wir eine Schilderung wieder, die von einem besonders unterrichteten Dresdener Kollegen stammt, der u. a. schreibt:

»Frässdorf hat in Dresden einen gewissen Stamm von Ärzten hinter sich, die durch Dick und Dünn mit ihm gehen, weil sie pekuniär vollkommen von der Ortskrankenkasse abhängig sind. Diese, vielfach bekannt und gefürchtet wegen ihrer Grobheit gegen die Kranken, werden vom Vorstand unter allen Umständen unbelehrt gelassen. Klagen der Kranken über sie sind zwecklos

Diese Herren, immerhin ein paar Dutzend, haben vollkommen vergessen, dass nur der ärztliche (Zwangs-)Bezirksverein im Laufe der Jahre es vermocht hat, die Gehälter und die Behandlung durch den Kassenvorstand zu bessern. Früher, vor vielleicht noch 15 Jahren, mussten die Kassenarztstellenbewerber die Vorstandsmitglieder auf dem Bau, in der Budicke und sonstwo anschauen; sie wurden bei Klagen der Patienten zitiert und von irgend einem Vorstandsmitglied heruntergeputzt.

Es kann heute zugegeben werden, dass diese dem Vorstande völlig gefügigen Ärzte, die heute auch vom Vorstand standeswürdig behandelt werden, zum grossen Teil ein sehr bequemes Leben führen. Wie sie sich öffentlich rühmen, haben sie sich ihre Leute gut gegang d. h. sie werden möglichst wenig von ihnen mit Konsultationen und vor allem mit Besuchen belästigt und erhalten regelmässig ihren Gehalt — bis zu 6000 M — bei gestatteter Privatpraxis. In Dresden hat weder der örtliche Bezirksverein, dessen Mitglied jeder praktizierende Arzt laut Gesetz sein muss, noch der freiwillig zusammengetretene Ärzteverein einen Vertrag mit der Ortskrankenkasse; mit dem Ärzteverein als Mitglied des Leipziger Verbandes ist jede Verhandlung von jeher abgelehnt worden. Den Bezirksverein, mit dem Anfang 1914 nach Abschluss des Berliner Abkommens — das die Kasse immerhin, da Frässdorf an seinem Abschlusse wesentlich beteiligt war, anerkannte — ein Vertrag verhandelt werden sollte, hat der Kassenvorstand bis heute in der Nase herumgezogen. Immer und immer wieder wurden Änderungen in jeder Sitzung verlangt, so dass schliesslich von den Wünschen, die in der Vereinbarung festgesetzt werden sollten, für den Bezirksverein kaum noch etwas übrig blieb.

In Dresden werden also noch heute die Kassenärzte ganz selbständig von dem Kassenvorstand angeheult. Sie haben ihre Verträge nur zur Prüfung auf ihre Standeswürdigkeit vor der Unterschrift dem Bezirksverein vorzulegen.

Von der Kasse sind 2 Vertrauensärzte angestellt, die aber mit dem ärztlichen Dienst sich grundsätzlich nicht befassen und nur im Kassenlokal Kranke auf ihre Erwerbsunfähigkeit untersuchen. Auch die Kassenarztverträge und die Arztinstruktionen sind niemals von diesen Vertrauensärzten, die im übrigen dem Leben der Standesvereine und den allgemeinen ärztlichen Interessen völlig fernstehen, durchgearbeitet, verbessert oder geprüft worden. Sie sind reine Kassenbeamte, die nicht irgendwie zwischen behandelnden Ärzten und Kassenvorstand eine Mittelinstanz bilden. Auch eine Zwischenstellung einer Vereinsinstanz zwischen Kassenvorstand und Bezirksverein wurde bisher vom Kassenvorstand abgelehnt.

Über die Bezahlung hat der Vorstand weder vertragsmässig noch sonst sich früher ausgelassen. Die Ärzte erhielten ein Fixum nach freiem Ermessen. Früher herrschte dabei eine echte, rechte Protektionswirtschaft, keiner wusste vom andern was er eigentlich für das Fixum für Arbeit leistete. Erst seit 1903 hat der Bezirksverein zwangsmässig die Verpflichtung aller Kassenärzte eingeführt, ihm am Jahresschluss eine Statistik der Kassenleistungen einzureichen. Erst von da an gewann eine ärztliche Zentralstelle einen Einblick und

stellte nun die himmelschreiendsten Differenzen fest. Erst von da an wurden den einzelnen Kassenärzten von dieser Zentralstelle die Augen geöffnet, und sie wurden nun im eigenen Interesse aufgefordert, bei schlechter Bezahlung — Leistung 40 und 50 S — bei der Kasse vorstellig zu werden. Da die Kasse sah, dass sie nun doch ärztlich kontrolliert wurde, gab sie an, sie zahle nach Fällen, sie wollte nicht auf die Leistungszahl eingehen, da jeder Arzt anders behandle und die Leistungsziffer bei jedem Arzt anders sei.

Soweit unser Gewährsmann. Aus der vom Kassenvorstand völlig selbständig erlassenen kassenärztlichen Dienstordnung ist noch anzuführen, dass jeder Kassenarzt Sonntags vormittag Sprechstunde halten muss, dass er ohne Erlaubnis des Kassenvorstandes keine Reise machen darf, die länger als einige Tage dauert. Aber die Geheimratsgehälter, wie siehts damit in Dresden aus?

Nach dem Jahresbericht der Ortskrankenkasse vom Jahre 1911 wurden damals an 110 Kassenärzte — praktische Ärzte — des Stadtbezirks 409 200 M bezahlt, so dass auf jeden im Durchschnitt 3720 M entfielen. Da nun die Bevorzugten bis 6000 M erhielten, so muss bei einem Teil derer, die sich der Gnade des Vorstandes nicht erfreuen, das Einkommen ein so bescheidenes gewesen sein, dass es sich von den 942 M der freigesählten Ärzte, die Frässdorf so kläglich erscheinen, auch nicht allzusehr unterscheidet. So sieht also das kassenärztliche Ideal Frässdorfs in Wirklichkeit aus. Durch eine gut gestellte Minderheit von Kassenärzten wird die Mehrheit im Zaume gehalten, der Kassenvorstand übt eine reine Willkürherrschaft aus, behandelt und bezahlt die fixierten Ärzte schlecht, bis die gesetzliche Zwangsorganisation der Ärzte es endlich ermöglicht, die schreiendsten Misstände abzustellen. Aber auch bis heute noch keine Vereinbarung mit einer ärztlichen Organisation, ja nicht einmal das Berliner Abkommen, bei dem Frässdorf doch Gevatter gestanden, wird eingeführt, um die direkte Abhängigkeit der Kassenärzte vom Kassenvorstande nicht zu gefährden.

Wäre in Sachsen nicht die gesetzliche Zwangsorganisation der Ärzte eingeführt worden, die kassenärztlichen Zustände würden bei der Dresdener Ortskrankenkasse noch genau so sein, wie sie vorher waren. Wir haben die Dresdener Verhältnisse etwas näher geschildert, um an diesem Musterbeispiel den badischen Kollegen das wahre Wesen des fixierten Kassenarztsystems, mit dem nach dem Vortrage Frässdorfs in Konstanz, ja nun auch wohl manche Kassenvorstände in Baden sympathisieren werden, zu zeigen, da sie es aus eigener Erfahrung nicht kennen. Die Folgerungen sind für die badischen Ärzte selbstverständlich und brauchen kaum erwähnt zu werden. Sie heissen unbedingtes Festhalten an der freien Arztwahl, wo sie besteht, und der Organisation und alle Verträge nur durch diese. Jeder Gedanke von diesen Grundsätzen auch nur um eines Haares Breite abzuweichen, steht ausserhalb aller Erörterung.

In seinem Vortrage ist Frässdorf nun auch scharf zu Gericht gegangen mit der freien Arztwahl, und hat ihre Schattenseiten selbstverständlich wieder objektiv geschildert. Er behauptet, die Ärzte verlangten mit der freien Arztwahl ein Recht auf Arbeit, das es nicht gäbe. Keiner weiss besser wie er, dass die Ärzte dieses Recht

nie verlangt haben, dass sie nur verlangen, dass ihnen die Möglichkeit zur Arbeit gelassen werde, die keinem entzogen werden darf. Wenn es aber so käme, wie die Krankenkassenverbände wollen, wenn alle Staatsbürger bis zu einem Einkommen von 8000 M mit ihren Familien der Krankenversicherung zugeführt und von festangestellten Ärzten behandelt würden, dann würde tatsächlich die Möglichkeit, sich ärztlich zu betätigen, für einen grossen Teil der Ärzte, vielleicht sogar für den grösseren Teil, überhaupt nicht mehr vorhanden sein. Das und der Umstand, dass das beamtete Arztamt unserer Überzeugung nach dem inneren Wesen des ärztlichen Berufes widerspricht, sind vor allem die Gründe, aus denen wir die freie Arztwahl fordern. Sollte aber einmal die soziale Entwicklung den Arzt-Beamten erforderlich machen, so wollen wir Staatsbeamte mit allen ihren Rechten und Pflichten, aber niemals Kassenbeamte sein, deren Stellung abhängiger von der Willkür der Kassenvorstände wäre, als die des letzten Schreibers, der jederzeit seine Stelle wechseln kann, was dem Arzt meist schwerer wird. Dass dieses System den deutschen Ärzten nur nach einer Niederlage in einem Kampfe bis zum Äussersten aufgenötigt werden kann, ist selbstverständlich.

Um die freie Arztwahl anzuschwärzen, hat Frässdorf behauptet, dass durch die in der Zeitschrift »Ortskrankenkasse« regelmässig veröffentlichte Statistik erwiesen werde, dass bei Krankenkassen mit freier Arztwahl ein weit grösserer Prozentsatz an kranken Mitgliedern vom Arzt erwerbsunfähig geschrieben würde, als bei Kassen mit festangestellten Ärzten. Abgesehen davon, dass unter den Kassen, auf die jene Statistik sich erstreckt, nur eine einzige Kasse mit festangestellten Ärzten ist, eben die Dresdener Ortskrankenkasse, haben wir in Nr. 23 Jahrg. 1917 dieses Blattes, das Urteil veröffentlicht, das der Veranlasser dieser Statistik, der Leiter der Allgemeinen Ortskrankenkasse in Frankfurt a. M., Gräff, über sie abgibt. Er sagt: »dass das Arztsystem allein nicht ausschlaggebend ist, wurde schon vor der Aussprache — auf der Versammlung des Deutschen Ortskrankenkassenverbandes in Dresden — bewiesen, denn die damals neu aufgenommene Spalte »Arztsystem« zeigte deutlich, dass sowohl das Bezirksarztsystem (Dresden) grosse Ersparnisse bringt, aber auch manche Kassen mit freier Arztwahl denselben günstigen Krankenstand aufweisen.« Wir haben an der Hand dieser Statistik dargetan, dass fast ebensoviele Kassen mit freier Arztwahl unter dem Durchschnitt blieben, wie solche mit anderen Arztsystemen und schlossen daraus, dass durch dieses von Kassenseite selbst hergebrachte Material ein wichtiges Inventarstück im Kampfe gegen die freie Arztwahl in die Rumpelkammer gewandert sei. Trotzdem hat Frässdorf sich nicht gescheut, es wieder hervorzuholen, wobei noch als erschwerend in Betracht kommt, dass die Dresdener Versammlung, auf der das von Gräff oben erwähnte Ergebnis festgestellt wurde, 10 Tage vor der Konstanzer stattfand, die Tatsachen demnach Frässdorf frisch in der Erinnerung waren. Und das nennt er »objektiv« schildern. Es hält schwer, ein derartiges Vorgehen nicht mit seinem richtigen Namen zu bezeichnen. Es beweist aber auch, mit welchen Mitteln von berufenen Führern der Krankenkassen gegen die freie Arztwahl gearbeitet

wird. Und dabei trieft der Vortrag Frässdorfs geradem von Beteuerungen der Friedensliebe!

Einen Übelstand des Kassenwesens hat er ganz besonders ausführlich erörtert, nämlich die Tatsache, dass manche Kassenärzte weit mehr beschäftigt sind, als im Interesse einer gewissenhaften Behandlung der Kranken wünschenswert ist. In seiner Objektivität hat er die Sache nun so geschildert, als ob dieser Übelstand nur bei der freien Arztwahl vorkäme, und wirklich haben die eifrigen Nachforschungen des Ortskrankenkassenverbandes in ganz Deutschland unter den vielen Tausenden von Kassen mit freier Arztwahl tätigen Ärzten auch einige Dutzend »Kassenlöwen« herausgefunden. Dass unter den festangestellten Knappschafts- und Werkärzten des rheinisch-westfälischen Industriegebiets die Zahl dieser Kassenlöwen eine ungleich grössere ist, dass es dort Ärzten genug gibt, die auf Einkommen aus der Kassenpraxis, wie sie in vereinzelt Ausnahmefällen bei der freien Arztwahl vorkommen, mit Geringschätzung herabsehen würde, das brauchte er seinen völlig ununterrichteten Zuhörern natürlich nicht zu sagen. Dabei handelt es sich bei den angeführten Kassenlöwen, zum Teil wenigstens, nur um Kriegerscheitungen, so zum Beispiel bei dem nun fast zu einer Berühmtheit gewordenen Karlsruher, der die Tätigkeit von mindestens 3 eingezogenen oder verstorbene Kollegen mit übernehmen musste, und es dadurch auf ein Einkommen von 22000 M brachte, während er im Jahre 1913, wie die »Ortskrankenkasse« in ihrer Nummer vom 16. Januar selbst feststellt, nur 8280 M bezog. Und wie dieser, werden auch ein erhebliche Teil der anderen nur »Kriegslöwen« sein und nach dem Frieden sich wieder mit einer bescheideneren Ration begnügen müssen. Aber wenn auch die Behauptung, dass in einer Sprechstunde 50 und mehr Patienten abgefertigt würden, eine starke Übertreibung ist, so wollen wir gerne zugeben, dass es auch im Frieden überbeschäftigte Kassenärzte gibt und dass hier ein Übelstand vorliegt, den abzustellen, sowohl im Interesse der Ärzteschaft wie der Kassenmitglieder liegt. Die Mittel und Wege dazu werden und müssen sich in gemeinsamer Vereinbarung zwischen Ärzteorganisation und Krankenkassen finden. Ganz entschieden aber muss bestritten werden, dass solch hohe Einkommen einzelner Ärzte ein Beweis dafür seien, dass die kassenärztlichen Honorare nur durchweg genügende seien. Wenn ein Arbeiter, der Gelegenheit zu vielen Überstunden hat und statt 9 1/2 Stunden im Tag arbeitet, es dadurch zu einem hohen Gesamteinkommen bringt, so wird kein vernünftiger Mensch daraus den Schluss ziehen, dass nun die Klagen von anderen Arbeitern, die sich mit einem Durchschnittslohn begnügen müssen, der dazu noch an den einzelnen Orten sehr verschieden ist, völlig unberechtigt seien. Genauso liegen die Dinge bei den Kassenärzten. Wenn bei einer grossen Kasse, die zudem noch ein genügende Pauschale zahlt, der eine oder der andere Arzt durch eine geradezu aufreibende Tätigkeit Tag und Nacht, durch Ausdehnung der Sprechstunde, wie angeblich in dem Mannheimer Falle bis Mitternacht, ein hohes Einkommen erzielt, so ist damit nicht bewiesen, dass die Ärzte anderer Kassen mit schlechteren Honoraren keinen Grund zur Klage hätten. Dabei ist zu berücksichtigen, dass das ärztliche Einkommen immer nur ein Brutto-

einkommen ist, von dem die oft sehr erheblichen Unkosten des Praxisbetriebes abzuziehen sind. Man sollte uns doch wirklich mit solchen mehr wie naiven Beweisgründen verschonen! Aber zu Agitationszwecken sind sie leider Manchem gut genug.

So auch die Behauptung, die Ärzteschaft wolle mit dem Verlangen auf Bezahlung nach Einzelleistung die ärztliche Tätigkeit verteuern, während die Kassen mittels eines Fixums oder Pauschale zahlen wollten. Die theoretische Forderung der Bezahlung nach Einzelleistungen, die sich aus der Tatsache ergibt, dass von jeder dieser Honorierungsart stets die natürliche Grundlage für die geldliche Bewertung ärztlicher Tätigkeit gebildet hat und in der Privatpraxis noch bildet, ist im Hinblick auf die Kassenpraxis nur mehr ein Ideal, das zwar durchaus nicht undurchführbar ist, wie viele besonders kleinere Kassen beweisen, die, ohne zu Grunde zu gehen oder auch nur finanziell geschädigt zu werden, diese Zahlungsart durchgeführt haben. Aber die Ärzte haben sich längst darein gefunden, dass die Bezahlung bei der ganz überwiegenden Mehrheit der Kassen, vor allem bei den grossen Ortskrankenkassen, nach Kopfpauschale erfolgt und diese Frage hat längst aufgehört, eine grundsätzliche Streitfrage zwischen Kassen und Ärzten zu sein, der Streit dreht sich nur noch um die Höhe des Pauschale, da wo es zu niedrig ist. Aber auch in dieser Beziehung gibt die Darstellung Frässtdorfs ein vollends unrichtiges Bild der wirklichen Verhältnisse.

Was die Familienversicherung betrifft, so wollen wir nicht untersuchen, ob ihre Bedeutung von den Krankenkassen nicht ganz wesentlich überschätzt wird. Es lassen sich gewichtige Gründe dafür anführen, dass gerade vom sozialen Standpunkt aus die Mittel, die die Kassen dafür aufbringen müssen, viel besser im Interesse der Kassenmitglieder verwendet werden könnten, aber die Kassen haben sich einmal für diese Form der Familienhilfe entschieden und es ist schliesslich ihre eigene Sache, was sie mit ihrem Gelde machen wollen. Vom bürokratischen Standpunkt ist ja auch die rein schematische Bewilligung von ärztlicher Behandlung und Arznei an alle Familienmitglieder viel einfacher und macht auch nach Aussen hin viel mehr Eindruck, als z. B. eine individualisierende aber ausgiebige Unterstützung solcher Kassenmitglieder, die durch Krankheit von Angehörigen in wirtschaftliche Not geraten sind oder zu geraten drohen, was vom sozialen Standpunkt wesentlich zweckmässiger wäre, als die Verzettlung der Mittel in hunderten unbedeutenden Einzelfällen, deren wirtschaftliche Folgen die Kassenmitglieder ohne Schwierigkeit selbst tragen könnten. Aber gerade weil es fraglich ist, ob die Familienversicherung in der beschriebenen Art die sozial richtige Form der Familienhilfe ist, kann man von den Ärzten nicht verlangen, dass sie dafür ihretwegen bringen sollen.

Wenn das letztere von den Kassenvertretern bestritten wird, so übersehen sie dabei geflissentlich die Tatsache, dass durch die Ausdehnung der gesetzlichen Versicherungspflicht und die Möglichkeit der freiwilligen Versicherung immer weitere Bevölkerungskreise, die den Mittelschichten angehören, diese, die bisher den Grundstock der ärztlichen Privatpraxis bildeten, ihm entzogen werden. Das ist auch ein wichtiger Grund, weshalb wir

auf der freien Arztwahl unbedingt beharren müssen. Frässtdorf hat nun besonders die Bestimmung des badischen Mantelvertrages, dass für eine Familie das dreifache Pauschale, wie für ein Einzelmitglied bezahlt werden solle, heftig angegriffen und behauptet, dass es soviel Geld gar nicht gäbe, und die Kassen bei solcher Honorierung zu Grunde gehen müssten. Demgegenüber können wir einfach auf die Tatsache verweisen, dass es in Baden eine Anzahl Kassen gibt, die diese Sätze oder ihnen nahekommende resp. die Einzelleistung bezahlen, was ja noch gefährlicher sein soll, und dabei ganz gut stehen, und nicht daran denken, zu Grunde zu gehen. Im übrigen hat die ärztliche Landeszentrale die Frage, unter welchen Umständen an diesem Grundsatz festgehalten werden müsse, und unter welchen davon abgesehen werden könne, in ihrem, in Nr. 10, 1917 dieses Blattes veröffentlichten Schreiben an die freie Vereinigung badischer Krankenkassen ausführlich erörtert, so dass wir nicht weiter darauf einzugehen brauchen.

In diesem Schreiben sind auch die Wege angegeben, auf denen die badischen Krankenkassen, die die Familienversicherung einführen wollen, dies ohne irgend eine Gefährdung ihrer finanziellen Grundlage, aber auch ohne Schädigung der ärztlichen Interessen tun können.

Es führen ausserdem viele Wege nach Rom und wo ein entschlossener Wille ist, kann man schon einen gangbaren finden. Bei der grossen Verschiedenheit der Verhältnisse in den einzelnen Bezirken einerseits und den mannigfachen Formen, die die Familienversicherung bei den einzelnen Krankenkassen annehmen wird, wird es überhaupt schwer, wenn nicht unmöglich sein, ein allgemein gültiges Schema für die Honorierung zu finden, sondern im wesentlichen wird diese Frage nach örtlichen Gesichtspunkten und Bedürfnissen geregelt werden müssen. So wenig sympathisch sehr begreiflicher Weise auch vielen Ärzten die weitere Einschränkung der freien Praxis durch die Familienversicherung sein mag, eine grundsätzliche Ablehnung wird sie bei den ärztlichen Organisationen nicht finden. Nun hat Frässtdorf gesagt, dass in Dresden, wo die Familienangehörigen die Heilmittel selbst bezahlen müssen, nur 20 Prozent der ärztlichen Tätigkeit auf diese entfielen, und in Leipzig bei freien Heilmitteln 30 bis 40 Prozent. Wenn diese Statistik richtig ist, so müssen die Verhältnisse in Sachsen ganz anders liegen als in Baden, denn hier ist der Prozentsatz der Erkrankungsfälle bei Familienmitgliedern durchweg ein wesentlich höherer. So kamen bei einer Ortskrankenkasse, die den Familienmitgliedern auch freie Arznei gewährt, was übrigens in Baden die Regel ist, im Durchschnitt von 3 Jahren auf 100 Familienmitglieder 79 Erkrankungsfälle, während auf 100 Kassenmitglieder nur 38 entfielen.

Vielleicht erklärt sich die geringe Zahl der Krankheitsfälle bei Familienangehörigen in Dresden damit, dass viele von diesen es vorziehen, einen Nichtkassenarzt zu beraten, statt des ihnen von der Kasse vorgeschriebenen. Möglich auch, dass die Neigung, ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen, bei der badischen Bevölkerung grösser ist, als bei der sächsischen. Jedenfalls müssen wir badischen Ärzte uns einzig und allein an die Erfahrungen halten, die wir in unserem Lande gemacht haben und unsere Forderungen darnach stellen, unter Berücksich-

tigung der Entwicklung, die bei uns die Honorierung der kassenärztlichen Tätigkeit genommen hat. Wenn in Dresden und Leipzig die Kassenarzhonorare noch immer so ungenügend sind, dass die dortigen Ärzte fortwährend um eine Besserung sich bemühen müssen, so ist damit nicht gesagt, dass die badischen zu hoch wären. Wir möchten mal gerne wissen, was die badischen Textilarbeiter sagen würden, wenn man ihnen vorhielte, ihre Löhne seien zu hoch, weil die der sächsischen viel niedriger seien, wie das ja tatsächlich der Fall ist. Mit derartigen Hinweisen und Vergleichen kommt man keinen Schritt weiter, und wenn die badischen Krankenkassen die Familienversicherung einführen wollen, so werden sie sich auf den Boden der bei uns bestehenden Verhältnisse stellen müssen. Dann wird es an Entgegenkommen ärztlicherseits nicht fehlen.

Nun hat Frässsdorf den Kassen geraten, falls sie einen Vertrag nach ihrem Sinne nicht erhalten könnten, den Mitgliedern einen begrenzten Betrag zur Bezahlung der Arztrechnung zu geben, den diese dann dem Arzt aushändigen sollten, mit der Bemerkung, mehr werde er nicht erhalten, denn sie besäßen nichts. Der Bericht verzeichnet hier eine Bewegung unter der Zuhörerschaft, ein Beweis, dass einem Teil von ihr die niedere Einschätzung der Ehrlichkeit der Kassenbevölkerung doch nicht passte. Wir denken einmal etwas besser von der badischen Arbeiterbevölkerung, und dann werden die Ärzte sich bei dieser Einrichtung wahrlich nicht schlecht stellen. Denn die ganz überwiegende Mehrheit der Kassenmitglieder ist in der Lage, das Fehlende zu zahlen und wird es auch ohne weiteres tun, wobei im Notfalle ja auch der Richter noch etwas mithelfen kann, und von den wirklich Zahlungsunfähigen, bei denen der Arzt

bisher das Nachsehen hatte, erhält er dann wenigstens den von der Kasse gezahlten Betrag. Wir würden sogar in dieser Form der Familienhilfe eine für die Ärzte recht brauchbare Lösung der ganzen Frage erblicken, glauben aber, dass sie den Kassenmitgliedern weniger passt. Immerhin können wir Frässsdorf dankbar sein, dass er auf diesen einfachen Au-weg aufmerksam gemacht hat.

Was nun die in Konstanz gefassten Entschliessungen betrifft, so braucht man sie nicht allzu tragisch zu nehmen.

Man weiss, wie solche Beschlüsse zustande kommen, und auch, was später davon gehalten zu werden pflegt. Soweit diese Entschliessungen mit der freien Arztwahl und ihrer Organisation in Widerspruch stehen, sind sie von vornherein völlig unerörterbar. An der freien Arztwahl kann und darf nicht gerüttelt werden. Wo sich Mängel herausgestellt haben, die die Kasseninteressen schädigen, wo vor allem die Kontrolleinrichtungen ungenügend sind, wo das Zusammenarbeiten zwischen Kasse und ärztlichen Organisationen zu wünschen übrig lässt, da muss und soll Abhilfe geschaffen werden. Hierzu bedarf es aber weiter nichts, als beiderseitiger guter Wille, den Standpunkt der Gegenseite kennen und verstehen zu lernen, und vor allem gegenseitiges Vertrauen. Ist das vorhanden, so gibt es keine Schwierigkeiten, die nicht zu überwinden wären, und dann wird es auch nach Ablauf des Mantelvertrages möglich sein, ein neues Übereinkommen zu treffen, das den Frieden zwischen Krankenkassen und Ärzten, auf lange hinaus sichert und das selbst für Sachsen und andere Bundesstaaten ein gutes Vorbild sein wird. Wozu wäre denn auch Baden das Musterländle?

Anzeigen.

Das synthetische Sulfooleat **THIGENOL**

ersetzt die bituminösen Schieferöle, denen es durch saubere Anwendung, Geruch- und Reizlosigkeit überlegen ist.

CHEMISCHE WERKE GRENZACH A.G.

GRENZACH (BADEN)

Drahtanschrift: „CEWEGA“ GRENZACH.

Bei
Neurosen und Epilepsie

SEDOBROL

als Suppe oder Speisewürze.

PACKUNGEN

zu 10, 30, 60, 100, 500 und 1000 Tabletten

CHEMISCHE WERKE GRENZACH A.G. GRENZACH (BADEN)

Drahtanschrift: „CEWEGA“ GRENZACH.

Sanatorium „Schwarzwalldheim“ Schönberg b. Wildbad

Kombinierte Anstalts- und
Tuberkulinbehandlung.
Lungenkollapstherapie.
Operat. Nihilkopflebehandlung.

Privatheilanstalt für Lungenkranke.

≡ **Chefarzt Dr. Baudelier** ≡

Wirt. Schwarzwald
650 m. in d. Meer.

Mittlere Preise.
3 Tarate.

Prospekte frei durch d. Verwaltung.

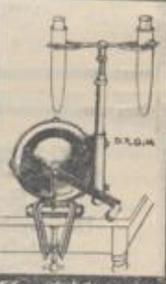
<p>Epilepsie, Neurasthenische und psychische Zu- stände.</p>	<p>Über 20 Jahre bewährt! Genau Dosisierung, längste Verträglich- keit. Billige Brom-Eisen-Medikation.</p>  <p>Haemoglobin-Eisenaalkalibromid in Pulvern.</p>	<p>Sehr verträgliches, auch bei langer Darreichung wohlbekömmliches, roborierendes und tonisierendes Ner- vinum und Antiepilepticum. Rp.: Nervinum Dr. Weil 1 Orig. Sch. (60 Pulver) = M. 4.80 S.: 2-3 Pulver tägl. in 1/2 Glas Wasser oder in un- gesalzener Suppe oder Speise.</p>
<p>Erregungszustände, Klimakterische Wallungen, Epilepsie im Kindesalter, Hysterie, Neurasthenie, Bromrefraktäre Fälle, Neigung zum Bro- mismus.</p>	 <p>Calcium Glycerophosphat 1 % 2,5 % Bromvalerianatsirup 5 % 16 %</p>	<p>Das potenziert wirkende bromarme Spasmosan eignet sich besonders zu den nebenstehenden speziellen Indikationen sowie auch zur vereinigten Darreichung des Nervinum Dr. Weil. Rp.: Spasmosan 1 Original-Flasche M. 3.60 S.: 2-3 mal täglich 1-2 Esslöffel, Kinder Kaffee- löffel voll. (Ausserdem morgens oder morgens und abends je eine Dosis Nervinum Dr. Weil.)</p>
<p>Literatur: Chefarzt Dr. Topp: Nr. 34/35 1915 Fortschritte der Medizin. Fabrik chem.-pharm. Präparate Dr. R. & Dr. O. Weil, Frankfurt a. M. 402/7.3</p>		

Den Herren Bezirksärzten empfehlen wir unser Lager der
beschriebenen **Formulare** zu
beizugsärztlichen Zeugnissen und Gutachten
für
Führer von Kraftfahrzeugen.
Karlsruhe. **Malsch & Vogel,**
Buchdruckerei und Verlagshandlung.

GOLDHAMMER - PILLEN
Bism. salicyl. u. Carbo mit reichlich Ol. menth. pip.,
Darmlöslich gelatiniert. 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.

MOSER'S COCA-PEPSIN PRÄPARATE:
DIGESTOMAL: ELIXIR u. TABLETTEN
SAUER UND ALKALISCH. 316/52.38
— Kombination von Bitterstoffen mit Verdauungsfermenten —
klinisch erprobt und zuverlässig bei den verschiedensten Magen-
und Darmkrankheiten und hervorragend als
Digestivum, Stomachicum, Roborans.
Vorzüge: Eminent Verdauungskraft, rasch appetitanregende Wirkung,
damit zusammenhängend eine natürl. Besserung des Kräftezustandes.
Chem. Labor. J. Moser, Kirchzarten-Freiburg i. Br.

H. C. Ulrich
Ulm a. D.
Münsterplatz 15, Telefon 1390
**Werkstätten und Lager
für Chirurgie-Instrumente
und Kunstgliederbau etc.**
Einzellieferungen und komplette
Einrichtungen für Ärzte, Kranken-
häuser, Laboratorien u. s. w. in
anerkannter Güte.
Kostenfreie Anarbeitung von Plänen
und Veranschlägen. 40/13.3
Schleiferei und Reparaturen.

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 1 870 und 19 728.

Cavete collegae!

Drahtadresse: Ärztenverband Leipzig.

Aachen
Angermünde, Kr.
Berlin-Lankwitz
Bremen
Bublitz, Po.

Corbetha

Diedenbergen
Diedenhofen, Loth.
Dietz a. L.
Dietzenbach, Hess.
Düsseldorf

Elbing
Eschede, Hann.

Freiwaldau (Schles.)
Freudenberg

Geilenkirchen,

Kr. Aachen
Giessmannsdorf
(Schlesien)

Gröba-Riesa
Gröditz b. Riesa
Grossbeeren, Bez.
Guben
Guxhagen, Bezirk
Cassel

Halle S.
Hanau, San.-Verein
Heckelberg, Kreis
Oberbarnim

Heldburg A.-G. zu
Hildesheim
Holzappel i. T. und
Umgebung

Hillingen, Rhld.

Kaiserslautern
Kaufmännische
Kr.-K. für Rheinl.
u. Westf.

Kattowitz, Schl.
Klingenthal, Sa.

Köln
Kraupischken,

O.-Pr.

Kreuznach, Bad
Lichtenrade bei
Berlin

Mohrungen, Bez.

Naurod
Niederenkirch

Oberbarnim, Kreis
Obernenkirch

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

Ruhla, Thür.

Schirgiswalde,

Regsbzk. Bautzen
Schönebeck a. E.

Schorndorf,

Württemberg

Schreiberhan,

Riesengebirge

Schweidnitz, Schl.

Bahnarzt.
Selb, Bayern

Stahnsdorf, s. Telt.
Strassburg, Elsa.

Teltow, Brdbrg.
Templin, Kreis

Vöhrenbach, Baden

Walldorf, Hessen
Warmbrunn-
Hermisdorf, 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. 419]

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 Stammberg

Schriesheim a. d. Bergstrasse
für weibliche **Lungenkranke** des gebildeten
Mittelstandes. — 5 \mathcal{M} bis 7.20 \mathcal{M} pro Tag. —
Sommer- und Winterkur.
Prospekt durch die **Verwaltung**.
Auch während des Krieges geöffnet. 890]24.8

Den Herren Impflärzten empfehlen wir unser Lager aller zum

Impfgeschäfte nötigen Formulare.

Karlsruhe.

Malsch & Vogel,

Buchdruckerei u. Verlagsbuchhandlung