

Badische Landesbibliothek Karlsruhe

Digitale Sammlung der Badischen Landesbibliothek Karlsruhe

Ärztliche Mitteilungen aus und für Baden. 1857-1933 1919

2 (31.1.1919)

Ärztliche Mitteilungen aus und für Baden.

Erscheinen 2 mal monatlich.

Anzeigen:
80 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 Stände-vereine,
welche von Vereinswegen
für sämtliche Mitglieder
abonnieren
— 4 Mk. —
inkl. freier Zustellung.

LXXIII. Jahrgang

Karlsruhe

31. Januar 1919

Ärztelkammer in Baden.

Satzung der Darlehenskasse
vom 22. Januar 1919.

§ 1.

Die Darlehenskasse der Badischen Ärztekammer hat den Zweck, in geeigneten Fällen Darlehen an Ärzte zu gewähren, die in Baden ansässig und zur Ärztekammer wahlberechtigt sind.

§ 2.

Die Ärztekammer setzt jährlich die Summen fest, die aus ihrer Kasse der Darlehenskasse überwiesen werden, sowie die Höhe etwaiger Beiträge, die von den beitragspflichtigen Ärzten erhoben werden sollen.

§ 3.

Anträge auf Gewährung eines Darlehens sind an den Vorsitzenden der Ärztekammer zu richten. Die Bewilligung oder Ablehnung erfolgt durch einen Ausschuss auf Grund von Erhebungen durch einen örtlichen Vertrauensmann. Der Ausschuss bestimmt auch die Höhe des Darlehens, den Zinsfuß und die Fristen der Rückzahlung, sowie die Stellung von Sicherheiten.

Der Ausschuss besteht aus drei Mitgliedern, die für die Dauer einer Kammerperiode von der Ärztekammer gewählt werden. Ihm gehört der jeweilige Vorsitzende und der Rechner der Ärztekammer an.

§ 4.

Das Darlehen soll in der Regel die Summe von M 1000.— nicht überschreiten und nicht auf länger als 2 Jahre gegeben werden.

Die Gewährung eines Darlehens soll in der Regel an die Stellung von Sicherheiten (Bürgschaften, Hinterlegung von Wertpapieren, Verpfändung fester Einkommen usw.) geknüpft sein, doch kann in Ausnahmefällen der Ausschuss hiervon Abstand nehmen. In Fällen, in denen eine Rückzahlung völlig ausgeschlossen erscheint, darf ein Darlehen nicht gegeben werden.

§ 5.

Die Ärztekammer bestimmt alljährlich in ihrer 1. Sitzung die Höchstgrenze bis zu welcher Darlehen bewilligt werden dürfen.

§ 6.

Die Verwaltung der Darlehenskasse geschieht durch die Verrechnung der Ärztekammer in getrennter Rechnung. Der Rechenschaftsbericht wird nach Schluss eines jeden Verwaltungsjahres vom Vorstande der Kammer veröffentlicht. Das Rechnungsjahr ist das Kalenderjahr.

§ 7.

In den ersten fünf Jahren nach dem Kriege sollen Bewerber, die während des Krieges im Heeresdienst standen und in Baden vor dem Kriege Praxis ausgeübt haben, in erster Linie berücksichtigt werden. Nichtkriegsteilnehmer können während dieser Frist nur ausnahmsweise Darlehen erhalten.

Da nunmehr die Darlehenskasse der Ärztekammer, deren Gründung in der Kammer Sitzung vom 6. Dezember 1916 beschlossen wurde, unter Überweisung eines Kapitals von M 20 000.— aus der Kasse der Ärztekammer, durch die Genehmigung obiger Satzung durch die Kammermitglieder ins Leben getreten ist, können Gesuche um Darlehen an den Unterzeichneten eingereicht werden.

Karlsruhe, 31. Januar 1919.

Der Vorsitzende: Bongartz.

Die politische Umwälzung und die Ärzte.

II.

Es wurde schon hervorgehoben, dass den grossen Gefahren, die die politische Umwälzung für den ärztlichen Stand mit sich bringt, neben der regen Beteiligung des Standes an öffentlichen Angelegenheiten in Staat und Gemeinden begegnet werden muss durch einen weiteren Ausbau unserer Standesorganisation. Die grosse Machtstellung, die die sozialdemokratische Partei durch die Umwälzung erlangt, ist durch den Ausfall der Reichstagswahlen so gestärkt worden, dass vor allem in sozialpolitischen Fragen ihr Standpunkt ausschlaggebend sein wird und es ist nicht daran zu zweifeln, dass, wenn sie die Zeit für gekommen hält, sie eine gesetzliche Regelung der Kassen-

arztfrage im Sinne der grossen Krankenkassenverbände, deren Leiter in dieser Frage für die Partei massgebend sind, durchsetzen kann und wird. Die deutsche Ärzteschaft muss schon von jetzt ab ihr ganzes Bestreben darauf richten, dass in diesem Falle ihre Stimme und ihre Interessen nicht mit derselben Geringschätzung übergegangen werden, wie es bei der Erweiterung der Versicherungsgrenze seitens des Rates der Volksbeauftragten geschehen ist, die aber trotzdem zweifellos vom neu gewählten Reichstage bestätigt werden wird. Wenn wir von der Verstaatlichung des Ärztstandes absehen, die, obwohl sie anscheinend auch in Ärztekreisen an Anhängern gewinnt, für die nächsten Jahrzehnte aus finanziellen Gründen nicht in Betracht kommen kann, so fragt es sich, ob unser politischer Einfluss gross genug sein wird, um die gesetzliche Einführung der organisierten freien Arztwahl, die wir als nächstes Ziel mit allen uns zu Gebote stehenden Mitteln anstreben müssen, durchzusetzen. Es hat keinen Sinn, zu leugnen, dass bei der Gegnerschaft, die gerade die grossen Kassenverbände dieser gesetzlichen Einführung der freien Arztwahl entgegen sehen werden, die Aussichten für diese Lösung der Kassenarztfrage die denkbar schlechtesten sind. Aber wenn es auch nicht gelingen sollte, die freie Arztwahl gesetzlich festzulegen, so muss unter allen Umständen verhindert werden, dass das von den grossen Kassenverbänden bevorzugte Distriktsarztssystem, das den völligen Untergang der ärztlichen Berufsfreiheit mit sich bringen und den Arzt zum völlig abhängigen Kassenbeamten machen würde, eingeführt wird. Gleichgültig, welcher Mittelweg eingeschlagen wird, einer nach Art des Berliner Abkommens mit seinem numerus clausus oder einer nach dem Vorschlage des bekannten sozialdemokratischen Parteiführers und Leiters der Frankfurter grossen Ortskrankenkasse, Graf, der ein Mittelding zwischen organisiert freier Arztwahl und Distriktsarztssystem vorstellt, so muss unter allen Umständen erreicht werden, dass die ärztliche Organisation nicht ausgeschaltet, sondern dass sie als vertragsschliessender Teil anerkannt wird und der einzelne Arzt nicht schutzlos den Kassenorganen gegenüber steht, vielmehr stets einen starken Halt und Stütze aus seiner Organisation hat. Aber nur dann wird die ärztliche Organisation überhaupt einen Einfluss auf die Gesetzgebung selbst in diesem beschränkten Sinne gewinnen und von dem Stande wenigstens das Schlimmste, den völligen Verlust jeder Berufsfreiheit abwenden können, wenn sie stark genug ist und eine Macht darstellt, mit der auch von den gesetzgebenden Faktoren gerechnet werden muss. Das wird um so leichter gelingen, wenn der Beweis erbracht werden kann, dass die ärztliche Organisation nicht einseitig das Interesse der Ärzte wahr, sondern auch mit Erfolg dasjenige der Krankenkassen und der übrigen Organe des sozialen Versicherungswesens zu wahren und zu fördern vermag. Besonders die Krankenkassen betrachten die ganze Arztfrage lediglich vom rein fiskalisch-finanziellen Standpunkte aus, die Imponderabilien des ärztlichen Berufslebens, auf die wir mit Recht so grossen Wert legen, spielen bei ihnen keine oder doch nur eine ganz untergeordnete Rolle. Dasjenige Arztsystem wird den Krankenkassen immer das liebste sein, mit dem sie ihrer Meinung

nach finanziell am besten fahren und zwar nicht nur in Bezug auf das Arzthonorar, sondern noch mehr hinsichtlich der Ausgaben für Arznei und Krankengeld. So sehr es nun auch dem innersten Wesen des ärztlichen Berufes widerstrebt, sich diese Anschauung zu eigen zu machen, es hilft alles nichts, die ärztliche Organisation muss ihr entgegenkommen und zwar im allgemeinen mehr wie bisher, wenn sie die Gesetzgeber auch nur einigermaßen auf ihre Seite bringen will.

Ohne eine Einschränkung der Berufsfreiheit des einzelnen Arztes aber ist diese Frage nun mal nicht zu lösen.

Die ärztliche Organisation kann das finanzielle Interesse der Krankenkassen in wirkungsvoller Weise vor allem wahrden durch eine systematische Kontrolle der Rezeptur. Hier ist noch sehr vieles zu tun und zu bessern und die Scheu vor der übertriebenen Empfindlichkeit Einzelner darf kein Hindernis sein, einer unzweckmässigen Vergeudung von Mitteln sozialer Wohlfahrtseinrichtungen vorzubeugen. Wenn es auch richtig ist, dass einzelne örtliche Ärzteorganisationen diese Kontrolle mit Erfolg ausüben, so genügt das keineswegs; sie muss eine allgemeine werden und vor allem systematisch erfolgen. Auch der ärztlichen Kontrolle der Erwerbsunfähigkeit dürfen die Ärzte sich nicht entgegenstellen, im Gegenteil sollen die ärztlichen Organisationen den Krankenkassen überall, wo es noch nicht geschehen, mit Rat und Tat zur Hand gehen, denn nur durch ein verständnisvolles Zusammenarbeiten können gerade auf diesem Gebiete wirkliche für die Kassen günstige Erfolge erzielt werden. Aber nicht nur bei diesen finanziellen Fragen ist ein innigeres und verständnisvolleres Zusammenarbeiten von Ärzteorganisation und Krankenkassen nötig, ebenso sehr ist es erforderlich, aber glücklicherweise auch leichter zu verwirklichen, wenn, was vielleicht in nächster Zukunft der Fall ist, die vielfachen Fragen der sozialen Hygiene der Lösung entgegengeführt werden. Wird dieses neutrale Arbeitsgebiet, auf dem sie von berufswegen eine führende Rolle spielen müssen, von den Ärzten in eifriger Weise gepflegt, so wird dies auch zum gegenseitigen Verständnis und zum Ausgleich von Spannungen auf dem Gebiete der engeren kassenärztlichen Tätigkeit beitragen und die in Kassenkreisen noch vielfach gegen die ärztliche Organisation bestehende Voreingenommenheit und Abneigung beseitigen helfen. Häufigere gemeinsame Sitzungen von Kassenärzten und Kassenvorständen, in denen alle diese Fragen allgemeiner und speziellerer Natur besprochen werden könnten, und die wenigstens in grösseren Städten und Kassenbezirken unschwer veranstaltet werden können, wie das Beispiel von München zeigt, würde ein aussichtsvolles Mittel sein, alle Beteiligten einander näher zu bringen.

Unter den Umständen, wie sie vor allem durch die politische Umwälzung geschaffen worden sind, scheint dieser Weg weit aussichtsreicher, die ganze Kassenarztfrage in einem wenigstens für uns einigermaßen erträglichen Sinne zu lösen, als der des Kampfes und des Streiks.

Eine weitere Aufgabe, die von der ärztlichen Organisation in weit energischerer und umfassenderer Weise in Angriff genommen werden muss, ist der Aus-

bau der Fürsorgeeinrichtungen für unseren eigenen Stand. In demselben Masse, wie die geradezu unheimliche Besorgnisse erweckende Überfüllung des Standes zunimmt, und damit die Schwierigkeit eines standesgemässen Auskommens und der davon abhängigen Vorsorge gegen die Wechselfälle des Lebens für den Arzt und seine Familie wächst, wird die Versicherung gegen Krankheit und Invalidität, die Witwen- und Waisenversicherung etc., zu einer Lebensfrage für den einzelnen Arzt nicht nur, sondern auch für die Standesorganisation. So anerkennenswertes auf diesem Gebiete auch vom Leipziger Verbands und der Versicherungskasse der Ärzte Deutschlands geschehen, so stehen wir doch erst in den Anfängen und eine weit tatkräftigere Werbung und Förderung muss eintreten, bis das grosse Ziel erreicht ist, dass jeder deutsche Arzt durch diese freiwillige Versicherung hinsichtlich seiner Zukunft und der seiner Familie ebenso sicher gestellt ist wie jeder Staatsbeamte.

Wenn man sich nun fragt, genügt denn unsere gegenwärtige Organisation nicht, um das in den obigen Ausführungen kurz umschriebene Tätigkeitsgebiet in erschöpfender Weise zu bearbeiten, so kann die offene und ehrliche Antwort nur lauten: Nein! Ganz vereinzelte Ausnahmen beweisen nur die Regel. Die ganz grosse Mehrzahl der ärztlichen Vereine, die die eigentlichen Träger der ärztlichen Standesorganisation sind und auch bleiben werden, versagt in dieser Hinsicht mehr oder weniger vollständig und wird auch in Zukunft versagen müssen, weil sie von sich aus weder über die nötigen Arbeitskräfte verfügen, noch die Sachkenntnis und Erfahrung besitzen, die unbedingt nötig sind. Sie bedürfen hierzu einer ständigen unermüdlichen Anregung und Anleitung seitens einer Stelle, die über diese Mittel verfügt, die mit den Verhältnissen in den einzelnen Vereinen und Bezirken vertraut ist, die vor allem durch steten und regen persönlichen Verkehr mit Vereinen, Krankenkassenkommissionen und auch den Organen der sozialen Versicherungseinrichtungen etc. sich fortwährend auf dem Laufenden erhält, durch Vorträge und Besprechungen in den einzelnen Vereinen das Interesse und das Verständnis für alle Fragen des ärztlichen Standeslebens, besonders des wirtschaftlichen, weckt und erhält, die den Vereinen nicht nur, sondern jedem einzelnen Arzte Rat und Auskunft erteilen kann in allen Standesangelegenheiten, in schwierigen Fällen unter Hinzuziehung eines mit dem Ärzte-rechte vertrauten Juristen, vermittelt, wo es Meinungsverschiedenheiten und Streitigkeiten zu schlichten gibt zwischen Ärzten oder ärztlichen Vereinen und Versicherungsorganen, kurz, die alles das tut, was die ganz überwiegende Mehrzahl der ärztlichen Vereine bisher nicht getan hat und nicht tun konnte.

Dass ein solcher eingehender Verkehr mit den Vereinen, vor allem der geradezu ausschlaggebende persönliche, der durch keinen noch so umfangreichen schriftlichen, oder gar durch Rundschreiben und Zeitungsartikel, die nicht gelesen werden, ersetzt werden kann, nicht von der Zentrale des Leipziger Verbandes oder des Ärztevereinsbundes aus gepflegt werden kann, ist selbstverständlich. Es muss dies eine ärztliche Geschäftsstelle tun, die die ärztlichen Vereine

eines Bundesstaates oder einer Provinz umfasst. Dass solche Geschäftsstellen segensreich für den Stand wirken können, ja, dass sie unbedingt nötig sind, wenn die ärztliche Standesorganisation das leisten soll, was sie leisten muss, wenn die schweren Gefahren, die die Zukunft für den ärztlichen Stand in Deutschland in sich birgt, abgewendet werden sollen, das kann niemand leugnen, der die Dinge so sieht, wie sie sind und nicht in selbsttrügerischem Optimismus alles schön und gut findet, oder in tragem Fatalismus die Hände in den Schoss legt. Ob man die Errichtung solcher Landes- oder Provinzialgeschäftsstellen als Dezentralisation, über die in letzter Zeit viel geschrieben worden, bezeichnen will, ist Geschmackssache. Jedenfalls trifft dieser Ausdruck nicht das wesentliche von dem was oben gemeint ist. Denn diese Geschäftsstellen sollen ja den grossen Zentralen Leipziger Verband und Ärztevereinsbund nichts von ihrem Tätigkeitsgebiete wegnehmen und an ihre Stelle treten, sondern sie sollen die ärztliche Standesorganisation nach einer Richtung ausbauen und vervollständigen, die weder von den ärztlichen Vereinen noch von den grossen Zentralen aus befolgt und beachtet werden konnte, kurz, sie sollen eine Lücke ausfüllen und das ganze Gefüge fester und in sich geschlossener machen. Sie werden, richtig geleitet, zu einer ganz wesentlichen, auf dem Gebiete des Fürsorgewesens sogar unerlässlichen Stütze der Zentralorganisation werden, und die Abneigung, die man an führender Stelle des Leipziger Verbandes trotz aller offiziellen Beschönigungen gegen diesen Ausbau der Organisation tatsächlich hatte, ist oder war schwer verständlich, denn hoffentlich ist sie jetzt wirklich nicht mehr vorhanden.

Sehen wir uns nun einmal unsere Standesorganisation in Baden etwas näher an. Sie steht im Rufe, besser zu sein, als der allgemeine Durchschnitt in Deutschland, was auch zutrifft, aber doch weiter nichts beweist, als dass unter Blinden der einäugige König ist und dass derjenige, der als Frühaufsteher gilt, recht lange schlafen kann. Auch unsere Organisation in Baden hat viel geschlafen, woran in den letzten vier Jahren allerdings der Krieg schuld war, aber nun ist es Zeit, dass sie zu neuem Leben erweckt wird. Wir leisten uns neben den örtlichen Vereinen den Luxus von zwei Zentralorganisationen, einer gesetzlichen, der Ärztekammer und einer freiwilligen, der Ärztlichen Landeszentrale. Es ist eine Tatsache, dass einzelne Vereine, an erster Stelle der Mannheimer, die örtliche Organisation sehr gut ausgebaut und Treffliches geleistet haben, aber von einem grossen Teile, besonders der kleineren Vereine, lässt sich das nicht sagen und hier muss noch gar vieles gebessert werden. Vor allem aber fehlt es noch sehr an einer straffen Zusammenfassung der Tätigkeit der Vereine zur Erreichung grösserer gemeinsamer Ziele und Aufgaben, wie sie vorher als der Zweck einer Landesgeschäftsstelle bezeichnet worden sind.

Die im Jahre 1906 durch Gesetz eingeführte Ärztekammer hat auf diesem Gebiete äusserst wenig geleistet. Sie hat sich darauf beschränkt, die von dem früheren Ausschuss der Ärzte übernommene Unterstützungskasse weiter zu führen und zuletzt eine Dar-

lehenskasse zu gründen. Selbst wer noch die Tätigkeit der Ehrengerichte und des Ehrengerichtshofes zu den Aktiven der Ärztekammer rechnen will, wird dann mit diesen fertig sein, alles andere gehört zu den Passiven, denn die Begutachtung von Regierungsvorlagen, zwecklose Proteste und wirkungslose Anfragen und Anregungen bei der Regierung sind von keinem nachweisbaren Nutzeffekt für unsere Standesgenossen. Es ist übrigens genau dasselbe Bild wie bei allen anderen Ärztekammern.

Der Gründer der Ärztlichen Landeszentrale, der hochverdiente verstorbene Kollege Friedrich Mermann-Mannheim, glaubte durch die Zusammenfassung der ärztlichen Vereine in einer losen Zentrale, das, was der Ärztekammer fehlt, ersetzen zu können. Und in der Tat hat sie in der kritischen Zeit des Jahres 1913/14 Baden durch den Mantelvertrag vor einem Kampf mit den Krankenkassen und vor allem vor dem Berliner Abkommen gerettet, und sie würde, wäre der Krieg nicht gekommen, wohl auch noch mehr geleistet haben. Aber auch unter den günstigsten Umständen würde sie, da sie nur ein rein beratendes Organ für die Vereine ist, aber keinerlei Einfluss auf deren Tätigkeit und Entschliessungen besitzt, so wie sie jetzt ist, nicht genügen, die Aufgaben zu erfüllen, die die Zukunft von den ärztlichen Organisationen verlangt. Wie gering der Einfluss der Landeszentrale auf die einzelnen ärztlichen Vereine und Krankenkassenkommissionen war, hat sich bis in die letzte Zeit herein noch beim Abschluss der Kasernenarztverträge gezeigt, wobei sich herausstellte, dass die Bestimmungen des Mantelvertrags vom Jahre 1913 vielfach zum Schaden für die Ärzte nicht durchgeführt wurden. Von dem, was in einer Reihe von Vereinen vorgeht, wie das gesamte Standesleben sich dort vollzieht, hat die Leitung der Landeszentrale keine Kenntnis. Es wäre nun geradezu sinnlos und ungerecht, der Ärztekammer sowohl wie der Landeszentrale einen Vorwurf daraus machen zu wollen, dass sie praktisch für den Stand nicht mehr geleistet. Beide haben getan, was sie an der Hand ihrer Mittel und Befugnisse tun konnten.

Die wenigen leitenden Persönlichkeiten, die in Betracht kommen, haben es wahrlich an Eifer und Hingabe nicht fehlen lassen, der Fehler liegt nicht an ihnen, sondern am System. Die Fülle solcher Arbeit, wie sie nötig ist, um etwas wirklich Erspriessliches für den Stand zu vollbringen, kann nun einmal ehrenamtlich nicht geleistet werden. Wer genötigt ist, den ganzen Tag über in der Praxis sich abzumühen, der kann, auch wenn er die halben Nächte am Schreibtisch sitzt, eben doch nur meist nutzlose Schreibearbeit leisten, das beste: die Kenntnis von Land und Leuten, der häufige persönliche Verkehr, das mündliche Werben und Aufklärungsarbeit in den Vereinen, die Kontrolle, kurz, alles das, was zur Erreichung wirklich praktischer Erfolge nötig ist, das kann er sich nicht verschaffen. Dazu kommt dann noch die Pflege des Verkehrs mit den Organen des gesamten sozialen Versicherungswesens, den Regierungsstellen usw.

Eine ärztliche Landesgeschäftsstelle, die das alles leisten soll, kann nur von jemand geleitet werden, der auf die Praxis keine besondere Rücksicht zu nehmen braucht und besonders Zeit hat zu den vielen Reisen,

die der persönliche Verkehr mit all den genannten Stellen erfordert. Wird erst einmal die Zweckmässigkeit einer solchen Landesgeschäftsstelle von der Ärzteschaft anerkannt, so kann und darf die Aufbringung der im Verhältnis zu ihrem Nutzen geringen Kosten, die sie erfordert, keine Schwierigkeiten machen.

Die Frage, ob die Geschäftsstelle nunmehr eine Einrichtung der Landeszentrale oder der Ärztekammer sein soll, ist eine nebensächliche; sie kann zunächst eine gemeinsame sein; auch der Leipziger Verband, dessen Zwecke sie ja auch fördern soll, kann herangezogen werden. Sache der nach Friedensschluss neu zu wählenden Ärztekammer würde es sein, darüber zu entscheiden, ob sie die Geschäftsstelle ganz übernehmen will. Gesetzliche Bestimmungen stehen dem nicht im Wege. Nach § 2 des Gesetzes vom 10. Oktober 1906 ist die Ärztekammer dazu berufen, die Gesamtinteressen des ärztlichen Standes in Baden zu vertreten und bei der öffentlichen Gesundheitspflege mitzuwirken und sich mit allen Fragen und Angelegenheiten zu befassen, welche den ärztlichen Beruf, sowie die Wahrung und Vertretung der ärztlichen Standesinteressen oder das Interesse der öffentlichen Gesundheitspflege betreffen. Es kann somit keinem Zweifel unterliegen, dass die Ärztekammer sich auch mit allen wirtschaftlichen Standesfragen beschäftigen und die für deren Förderung notwendigen Einrichtungen schaffen kann, genau so wie die Apothekerkammer, Landwirtschafts-, Handwerkskammer u. a., dies ebenfalls in grossem Umfange zum sichtbaren Nutzen der betreffenden Stände tun.

Die Scheu vor der Regierungskontrolle war früher schon nicht berechtigt und ist es heute erst recht nicht. Auch die Schwerfälligkeit der Arbeitsmethode kann durch geeignete Einrichtungen, z. B. besondere Kommissionen, die mit der Geschäftsstelle gemeinsam arbeiten und diese überwachen, beseitigt werden.

Auch der Verkehr der Ärztekammer mit den Vereinen würde, obwohl sie von diesen unabhängig ist, sich aufs engste gestalten können, da ja die Mitglieder der Ärztekammer tatsächlich von den Vereinen gewählt werden und in Wirklichkeit diese vertreten. Die Ärztliche Landeszentrale würde dann allerdings überflüssig sein. In der Tat sind ja auch zwei Zentren für ein kleines Land wie Baden zu viel und da die Ärztekammer nicht beseitigt werden kann, so muss die Landeszentrale aufgehoben werden, wenn eine zweckmässige Zusammenfassung der Aufgaben und Kräfte stattfinden soll.

Die Frage stand übrigens schon auf der Tagesordnung der Hauptversammlung der Ärztlichen Landeszentrale in Offenburg am 14. April 1918, kam aber aus Mangel an Zeit nicht zur Erörterung, doch war, wie aus nachherigen Äusserungen verschiedener Vereinsvertreter hervorging, die Stimmung vielfach damals schon für eine einzige Zentrale. Die Hauptsache aber ist, dass die Landesgeschäftsstelle überhaupt gegründet wird und dass sie bald gegründet wird. Da die Kasernenarztverträge nur um ein Jahr verlängert sind, muss die Arbeit der Geschäftsstelle spätestens im Juli beginnen können, sobald der Friedensschluss eine bessere Übersicht über die nächste Zukunft gestattet und die Verkehrsverhältnisse günstigere geworden sind.

Die ersten einleitenden Schritte sind insofern schon getan, als in einer gemeinsamen Sitzung der Vorstände der Ärztekammer und der Landeszentrale am 22. Januar der Vorsitzende den Auftrag erhalten hat, in einem Rundschreiben an die Vereine und die Mitglieder der Ärztekammer diese zu einer grundsätzlichen Stellungnahme zu veranlassen. Sollte diese zustimmend ausfallen, so soll ein vollständiger Plan ausgearbeitet und dieser der Ärztekammer und der Landeszentrale zur Beschlussfassung vorgelegt werden.

Hoffentlich gelingt es dann, unserem Stande in Baden eine Organisation zu geben, die unseres Musterlandes, das ja auch bei der grossen politischen Umwälzung diesem Namen wieder Ehre gemacht hat, würdig ist und in erfolgreicher Weise dazu beitragen wird, die Gefahren der Zukunft, die zum Teil wenigstens gerade eine Folge dieser Umwälzung sind, für unseren Stand zu vermindern und andererseits aber auch dadurch, dass sie neben den ärztlichen Standesinteressen auch die mannigfachen Aufgaben des Gesundheitswesens und der sozialen Hygiene in ihren Tätigkeitskreis einbezieht, am Wiederaufbau unseres mehr durch die Schuld des eigenen Volkes als die der Feinde veröleten und heruntergekommenen nationalen Lebens mitwirken kann.

B.

Der Verein Karlsruher Ärzte

hat auf Antrag seiner politischen Kommission folgende Entschliessung nebst Begründung angenommen und der Nationalversammlung übermittleit:

Der Verein Karlsruher Ärzte hält zur Förderung des Volkswohls die Bildung einer besonderen selbständigen Ministerialabteilung für das Gesundheitswesen mit einem Arzt an der Spitze für dringend erforderlich. In dieser ist eine besondere Abteilung für soziale Hygiene zu bilden, deren Leitung einem Arzt zu übertragen ist. Sollte dieser letztere Vorschlag undurchführbar erscheinen, so fordert der Verein Karlsruher Ärzte, dass dem neuzuschaffenden Ministerium für soziale Fürsorge eine Abteilung für soziale Hygiene angegliedert wird.

Begründung:

Dem Gesundheitswesen gebührt nach diesem Kriege mit seiner ungeheuren Schwächung der Volkskraft eine besondere Aufmerksamkeit seitens des Staates. Hierin besteht nach den Kundgebungen aller in Baden vertretenen politischen Parteien völlige Übereinstimmung. Bisher war aber die Organisation des staatlichen Gesundheitswesens in Baden in mancherlei Hinsicht unzulänglich. Während in anderen Staaten entweder ein Ministerium für Volksgesundheit (z. B. in Osterreich) oder wenigstens eine besondere Ministerialabteilung für das Gesundheitswesen (z. B. in Bayern) bestehen und zwar jeweils mit einem Arzt an der Spitze, haben die badischen Medizinalreferenten beim Ministerium des Innern nicht die Möglichkeit, selbst dem Minister zu berichten; der Bericht wird vielmehr erst durch einen Juristen weitergegeben. Dazu kommt, dass den Medizinalreferenten die Gelegenheit, von sich aus die Initiative zu ergreifen, fehlt; sie sind in ihrer Tätigkeit darauf beschränkt, wie weit ihre Mitarbeit seitens des übergeordneten juristischen Ministerialbeamten für erwünscht

erachtet wird. Eine solche Stellung der Medizinalreferenten ist mit der Bedeutung, die dem Gesundheitswesen innewohnt, unvereinbar. Darum fordert der Verein Karlsruher Ärzte, dass in Baden eine besondere Ministerialabteilung für das Gesundheitswesen mit einem Arzt an der Spitze gebildet wird.

Bisher hat sich das staatliche Gesundheitswesen fast ausschliesslich mit Fragen der Gesundheitspolizei und der Gesundheitstechnik, d. h. mit der Ordnung für Ärzte, Apotheker, Hebammen, Pflegerinnen usw., der Regelung der Krankenanstalten, der Bekämpfung von Seuchen u. dergl. mehr befasst. In den letzten Jahrzehnten ist aber ein neuer Zweig des Gesundheitswesens entstanden, die soziale Hygiene. Diesem Teil der öffentlichen Gesundheitspflege, der sich mit den Einflüssen der sozialen Umwelt auf die Gesundheitszustände befasst, muss der Staat gerade jetzt und in Zukunft ganz besonders seine Aufmerksamkeit widmen. Bisher waren die Erforschung der sozialhygienischen Zustände und die Bemühungen, vorhandene Missstände zu beseitigen, fast ganz der Wirksamkeit von Einzelpersonen und Vereinen überlassen. Jetzt ist es dringend notwendig, dass für diese wichtigen Aufgaben der Staat eine Zentralstelle schafft. Darum fordert der Verein Karlsruher Ärzte, dass die zu bildende Ministerialabteilung für das Gesundheitswesen eine besondere Abteilung für soziale Hygiene, mit einem Arzt an der Spitze, erhält.

Unser Wunsch ist es, dass alle Zweige des öffentlichen Gesundheitswesens, also die Gesundheitspolizei sowie die Gesundheitstechnik einerseits und die soziale Hygiene andererseits, in einer Ministerialabteilung zusammengefasst werden. Sollten sich hierbei aber Schwierigkeiten ergeben, so wird es zweckmässig sein, bei der Bildung eines Ministeriums für soziale Fürsorge diesem Ministerium eine Abteilung für soziale Hygiene, mit einem Arzt an der Spitze, anzugliedern. Die Abteilung für soziale Hygiene soll folgende Aufgaben haben: 1. Planmässige Erhebungen über die sozialhygienischen Zustände in Baden. 2. Ausarbeitung von Vorschlägen, wie durch soziale Massnahmen gesundheitliche Missstände zu beseitigen sind. 3. Aufsicht über die Durchführung dieser Massnahmen, soweit nicht hierfür schon vorhandene Behörden zuständig sind.

Referate praktisch wichtiger Arbeiten.

Münchener medizinische Wochenschrift 1918.

Nr. 41. Bemerkungen zum bakteriologischen und klinischen Charakter der diesjährigen Krippe-Epidemie. Von Prof. Dr. Heinrich Hösslin.

(Schluss.)

Schöppler fand in dem Material der Militärärztlichen Akademie von den Sektionsergebnissen als das hauptcharakteristische der sogenannten Spanischen Krankheit eine hämorrhagische Pneumonie und bakteriologisch nur Streptokokken, die auch 1889/90 als Hauptbefund angesehen wurden. Anamnestic waren die Verstorbenen meist nur kurze Zeit unter unbestimmten Symptomen erkrankt und nicht selten trat der Tod plötzlich ein. Bemerkenswert scheint auch

diesem Autor die anscheinende Immunität älterer Leute. Im ganzen hält auch er die vorliegende Epidemie für eine neue Auflage der Pandemie vom Jahre 1889/90. Eine Bestätigung der Darstellung von Oberndorfer und Mandelbaum bringen auch Gruber und Schädel sowohl in pathologisch anatomischer wie bakteriologischer Beziehung. Im grossen und ganzen deutet nach ihnen der Befund darauf hin, dass in tödlichen Fällen von Grippe sich ein septischer Prozess geltend macht, der von den Atmungsorganen ausgeht. Wie Mandelbaum glaubt auch der Verf., dass ein noch unbekannter Erreger, gegen den die ältere Generation durch die Epidemie von 1889/90 immun geworden ist, den schwer schädigenden sekundären Keimen den Weg ebnet. Möglicherweise haben diese Keime, Pneumokokken und Diplo-Streptokokken, wie epidemiologische Erfahrungen über Lungenentzündungen aus den letzten Jahren nahe legen, eine gewisse Virulenzhöhung erfahren.

Goldschmidt behandelt die anatomischen Befunde bei der Influenzaepidemie im Sommer 1918, die im Pathologischen Institut der Universität Frankfurt erhoben werden konnten. Er hebt hervor, dass im Anfang der Erkrankung die oberen Luftwege, in der zweiten Hälfte die Lungen im Vordergrund standen. Fast in der Hälfte der Fälle wurde eine pseudomembranöse Entzündung der Luftwege festgestellt, die meist in den Bronchien sass. Die Pneumonien waren meist atypisch, doch im Gegensatz zum Oberndorferschen Material nicht ausgesprochen hämorrhagisch. Wesentliche Veränderungen an den Lymphdrüsen oder ein Status thymicolymphaticus kam im Frankfurter Materiale nicht zur Beobachtung. Influenzabazillen waren nicht zu finden, wohl aber in einer grossen Anzahl von Fällen ein gram-positiver pneumokokkenähnlicher Kettenkokkus, der für den Verlauf der diesjährigen Grippe verantwortlich zu machen ist. Die Eintrittsstelle des unbekannt primären Erregers stellen wahrscheinlich die Atmungsorgane dar, wenigstens liegt für die Annahme der Tonsillen als Eintrittspforte im Frankfurter Material kein Anhalt vor.

Aus der Arbeit von Strümpells über Influenza, die sich in der Gesamtaufassung der Krankheit mit den eben berichteten anderen Arbeiten deckt, ist einzelnes aus der Klinik der pneumonischen Form hervorzuheben. Die Influenzapneumonie, die meist ebenso akut wie die kruppöse Pneumonie auftritt, hat ursprünglich einen lobulären Charakter. Bei der Untersuchung kann man anfangs an den verschiedensten Stellen der Brustwand überall einen etwas verschiedenen Befund hören: Dämpfung, Tympanie, Knistern, Bronchialatmen. „Bald schliessen sich aber die Herde, gewöhnlich nur an einer Seite, zu einer festeren Gesamtinfiltration eines Unterlappens zusammen. Dabei sind aber doch gewöhnlich beide Lungen erkrankt, der untere Lappen der anderen Seite in einzelnen lobulären Herden, die oberen Abschnitte der Lunge mehr in einfach katarrhalischer Form. Diese von vornherein beiderseitige Ausbreitung der Krankheit mit vorherrschendem Befallensein der einen Seite ist in dieser Weise bei der gewöhnlichen kruppösen Pneumonie viel seltener zu beobachten.“ Eine zweite Eigentümlichkeit, die sich in vielen Fällen findet, ist das Auftreten einer ungemein massiven oder resistenten Dämpfung über dem am stärksten befallenen Lungenlappen, mit sehr stark abgeschwächtem Atemgeräusch, höchstens etwas leise unterdrücktes Knistern

oder leisem hohem Bronchialatmen. Man vermutet einen stärkeren pleuritischen Erguss, aber wiederholte Probenpunktionen ergeben ein negatives Resultat. „Offenbar handelt es sich um derbe Infiltration mit ausgedehnter Verstopfung der Bronchien, zum Teil auch wohl um pleuritische Verwachsungen.“ Für andere Fälle ist ausgedehntes Knisterrasseln charakteristisch. Der Auswurf kann stellenweise pneumonisch sein, ist aber meist im wesentlichen katarrhalisch, schleimig, eitrig, zuweilen geballt, manchmal eigentümlich zerfliessend, „in der Regel nicht sehr reichlich, seltener reichlicher, mit seröser Beimischung und dann sich schichtend. Die Gesamtdauer der Influenzapneumonie beträgt in den leichteren Fällen etwa eine, in den schwereren Fällen 2—3 Wochen und mehr. Das Fieber ist nicht sehr hoch und mit Ausdehnung des pneumonischen Prozesses schwankend. Nach seinem Aufhören folgt zuweilen rasche, häufiger ziemlich langsame Aufsaugung des Exsudates und Rückkehr in die normalen Verhältnisse. Der allgemeine Zustand ist meist schwer: Stärkste Zyanose und blass zyanotisches Aussehen, manchmal bedenklich kleiner, weicher Puls, manchmal wieder im Verhältnis zur Temperaturhöhe geringe Pulsfrequenz. Die Milz ist meist nicht nachweislich geschwollen. Von grosser Bedeutung sind die sekundären Pleuritiden serös eitriger Beschaffenheit, die zuweilen in reine Empyeme übergehen. „Die Prognose der Influenzapneumonie ist immer mit einer gewissen Vorsicht zu stellen.“

Prof. von Hösslin konnte zwar in seinem Materiale den Pfeifferschen Bazillus häufig im frühzeitig untersuchten Auswurf, zuweilen auch im pneumonischen Auswurf finden, bei längerem Zuwarten sehr viel seltener, würde also zunächst keine Veranlassung haben, den Pfeifferschen Bazillus nicht als Erreger der Krankheit anzusehen, allein das negative Resultat vieler anderer Untersucher gibt ihm doch zu denken. Man wird sich also bei dem erneuten Auftreten der Seuche von neuem auf die Suche nach dem wirklichen Krankheitserreger zu machen haben. Klinisch ist die Erkrankung nach wie vor als Influenza aufzufassen. Besonders sprechen dafür die epidemischen Eigentümlichkeiten und die ausserordentlich häufige Schwellung der Milz, die in der Hälfte aller untersuchten Fälle vergrössert war. „Meist bis zum Fühlbarwerden, auch dann, wenn von Seiten der Lunge oder übrigen Organen keine besondere erheblichen Erscheinungen bestanden, so dass man bei kurz dauerndem Fieber an Malaria denken konnte.“ Auffallenderweise fehlte diese Milz gerade bei den Magendarmstörungen. Bei den sporadischen, als Influenza oder Grippe bezeichneten Erkrankungen fehlt eine solche Milzschwellung regelmässig.

Thür. Ärzte-Korresp.

Ärztlicher Kreisverein Konstanz.

Zur Aufnahme in den ärztlichen Kreisverein Konstanz haben sich gemeldet:

Dr. med. Gilly, Medizinalrat in Überlingen,
Dr. Schwellinger in Messkirch.

Etwaige Einsprachen sind innerhalb 14 Tagen an den Verein zu richten.

Werner.

Luteoglandol

Corpus-Luteum-Extrakt 100 %ig

bei ovariellen Störungen, juvenilen, klimakterischen Blutungen, Metrorrhagien, Menorrhagien, Blutungen bei entzündlichen Prozessen (Endometrium). — Literatur zur Verfügung.

Ampullen — Tabletten.

„Cewega“ Grenzach (Baden).

465]2.1

GOLDHAMMER-PILLEN

Bism. salicyl. u. Carbo mit reichlich Ol. menth. pip.; Darmflösl. gelatiniert. Seit Jahren mit bestem Erfolg erprobtes Spezialpräparat bei Chron. Darmkatarrhen-Darmgärungen

Sch. à 50 Pillen 2.40 in den Apotheken. — Ärztemuster gratis.

Laboratorium F. Augsburg, NÜRNBERG, Rothenburgerstr. 27.

466]2.2

Wir bitten die Herren Ärzte, welche ihre Praxis wieder aufnehmen, das neue Verzeichnis unserer Originalformen einzufordern.

467]2.2

TEMMLER WERKE

Vereingte Chem. Fabriken DETMOLD.

Sanatorium Stammberg

Schriesheim a. d. Bergstrasse für weibliche Lungenkranke des gebildeten Mittelstandes. — 6 M bis 8.80 M pro Tag. — Sommer- und Winterkur. Prospekt durch die Verwaltung. Auch während des Krieges geöffnet. 452]2.8

Bad Dürrhein.

Das Privatkinderheim „Villa Hilda“ nimmt auch während des Winters erholungsbedürftige Kinder auf. 472]2.1

— Prospekt auf Wunsch. —

Sanatorium Nordrach

im bad. Schwarzwald 477]2.2

für Lungenkranke (Private)

sonnige, geschützte Lage, direkt am Wald, nur Südzimmer, schöne und bequeme Waldspaziergänge. Besitzer: L. Spitzmüller. Leit. Arzt: Dr. K. Weltz.

Hygienisches Lichtbad „Solar“

zu verkaufen.

488]

Ruppert, Marxzell, Amt Ettlingen, Baden.

Der Badische Frauenverein verfügt durch die Rückkehr der Etappenschwestern über eine grössere Anzahl von

Schwestern für Privatpflege

Schwestern für Hilfe in ärztlichen Sprechstunden und in sonstigen Berufsgebieten.

Anforderungen auf Gestellung solcher Schwestern wollen telephonisch oder schriftlich an die Oberin des Ludwig-Wilhelm-Krankenheims, Kaiserallee 10, Karlsruhe, gerichtet werden. 482]3.2

Ehem. Sanitätsgefreiter

während der ganzen Kriegsdauer auf fünf verschiedenen ärztlichen Stationen tätig gewesen, sucht Stellung in

grösserer Hautklinik

ev. als Stütze z. Spezialarzt oder dergl. Beste Zeugnisse und Empfehlungen. Offerten unter H 229 an Haasenstein & Vogler, A.-G. Karlsruhe i. B. 489]

Gebrauchtes ärztl. Instrumentarium

im Gesamtwert von 150 M wegen Todesfall abzugeben.

Näheres durch die Geschäftsstelle des Blattes. 495

Verband der Ärzte Deutschlands zur Wahrung ihrer wirtschaftlichen Interessen

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

Fernsprecher 1870 und 19728.

Cavete, collegae!

Drahtadresse: Ärzteverband Leipzig.

Angermünde, Kr.	Giessmannsdorf, Schles.	Kaufmännische Kr.-K. für Rheinld. u. Westf.	Preuss. Holland, Bezirk	Schweidnitz, Schl. Bahnarztst.
Berlin-Lankwitz	Gröbna-Riesa	Klingenthal, Sa.	Quint b. Trier	Selb, Bayern
Bremen	Gröditz b. Riesa	Köln, Rh.		Stahnsdorf, s. Telt.
Corbetha	Grossbeeren, Bez.	Kraupischken, O.-Pr.		Templin, Kreis
Diedenhofen, Loth.	Guben	Kreuznach, Bad	Reichenbach, Schlesien.	Walldorf, Hessen
Diez a. L.	Guxhagen, Bezirk Cassel		Riesa a. Elbe-Gröbna	Warmbrunn-
Dietzenbach, Hess.		Lieberose, N. L.	Ringenhain	Hernsdorf, Ries-
Düsseldorf	Halle S.		Rothenfelde bei Fallersleben	sengebirge
Elbing	Hanau, San.-Verein	Mariahütte	Ruhla, Thür.	Weissenfels a. S.
Elstorf	Heckelberg, Kreis Oberbarnim	Mohrungen, Bez.		Weissensee b. Berlin
Ellingen, M.-Frank.	Holzappel i. T. und Umgebung	Niederneukirch	Schirgiswalde, Regsbzk. Bautzen	Witkowo, Posen
Eschede, Hann.			Schönebeck a. E.	
Freiwalddau (Schles.)	Johannisberg-	Oberbarnim, Kreis	Schorndorf, Württemberg	Zeitz, Prov. Sa.
Freundenberg	Geisenheim	Oderberg i. d. Mark	Schreiberhau, Riesengebirge	Zillertal-Erd-
Geilenkirchen, Kr. Aachen	Kaiserslautern	Ostritz, Sa.		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-, Schiffs- Arzt- und Assistentenstellen sowie Vertretungen. 494]

Chemische Fabrik auf Actien (vorm. E. Schering) BERLIN N., Müllerstrasse 170/171

ATOPHAN

Souveränes
Gichtmittel.

451]6.1

Ferner vortrefflich bewährt bei:

Gelenkrheumatismus und sonstigen Formen von Gelenkschmerzen;
Neuralgien, Ischias, Migräne usw.

Rp.: Tabl. Atophan resp. Novatophan K à 0,5 No. XX Originalpackung Schering,

Preis M. 2.—

Proben und Literatur kostenfrei.

NOVATOPHANTMK

Geschmackfreies Präparat.

Bei **Malsch & Vogel, Karlsruhe**, ist erschienen:

Kassenärztliche Gebührenordnung für Baden

Oktober 1918.

Med.-Rat Dr. Blume in Philippsburg (Baden)

sucht einen Kollegen zum sofortigen Eintritt in seine Praxis behufs späterer Übernahme derselben sub forma Vertretung.

Röntgen-Apparat

steht bei Bedarf leihweise gegen mässige Gebühr zur Verfügung. Anfragen unter G. M. 3 Exped. d. Blattes.

451]2.2

451]10.10