

Badische Landesbibliothek Karlsruhe

Digitale Sammlung der Badischen Landesbibliothek Karlsruhe

Württembergisches Ärzteblatt. 1946-1946 1946

4/5 (1.6.1946)

WÜRTTEMBERGISCHES ÄRZTEBLATT

HERAUSGEGEBEN VON DEN WÜRTTEMBERGISCHEN ÄRZTEKAMMERN UND DER
KASSENÄRZTLICHEN VEREINIGUNG WÜRTTEMBERG

Schriftleitung: Dr. med. Dr. rer. pol. Franz Koebner · Verlag: Ferdinand Enke, Stuttgart-W

Heft 4/5

STUTT GART, JUNI 1946

1. Jahrgang

Wo stehen wir Ärzte?

Von Dr. med. Hermann G u n d e r t

An dem Zusammenbruch des Deutschen Reiches und Volkes hatte die Ärzteschaft den Anteil, den sie sich erwarb und den sie verdient. Von dem babylonischen Turmbau des Dritten Reiches sind uns wie damals geblieben Ruinen im wirklichen und bildlichen Sinne und eine babylonische Sprachverwirrung ebenfalls in jedem Sinne.

Wenn manche glauben, die Sintflut erreiche die Berggipfel nicht, auf die sie sich gerettet, so ist ihnen die Enttäuschung dieser Erwartung sicher. Auch für uns Ärzte gilt das. Auch die gesichertsten, entlegensten Landpraxen und die höchsten Lehrstühle werden von den Fluten erreicht. Kurz die Beteiligung des ärztlichen Standes am Schicksal des Volksganzen erfolgt unausweichlich: wie man sich bettet, so liegt man. Wer sich der Hybris verschrieben hat, nimmt auch am Sturz teil.

Wir alle werden daraus Schlüsse ziehen und Folgen davontragen müssen peinlicher und bitterer Art. Es geht alle an, auch die, die Eigenbrötlei mit Individualität verwechseln. Das deutsche Volk ist in der weltpolitischen Prüfung zum zweitenmal durchgefallen und wird in dieser Generation jedenfalls nicht mehr zum großen politischen Wettbewerb zugelassen. Daran haben auch wir Ärzte teil.

Unsere Aufgabe ist wohl die, über *B e s i n n u n g* zur *B e s o n n e n h e i t* zu gelangen. „Durch Schaden klug werden“ ist eine Forderung der Natur, die selbst das Tier erfüllt.

Unsere Gefahr ist, wie nach 1918 in kindlichen Trotz zu verfallen und uns wiederum der Gewalt und Hinterlist zu verschreiben. Gewiß hat uns der Versailler Schuh da und dort gedrückt, aber wir hätten trotzdem unsere geschichtliche Lektion lernen müssen, statt zu toben und uns das Genick zu brechen. Warum sind wir der Verführung des Fanatismus verfallen? Der Starke hat einen Glauben und braucht keinen Fanatismus. Für unsere Enttäuschung lieben wir, die Umwelt verantwortlich zu machen; auch jetzt fühlen sich viele enttäuscht von der politischen Umwelt der Siegermächte. Diese haben uns zwar Bürgerkrieg, Seuchen und Hunger erspart, aber viele von uns sind doch enttäuscht, daß die Amerikaner nicht den Weihnachtsmann spielen wollen, der ihnen neue Bleisoldaten bringt. Aus solcher Enttäuschung kindlicher Erwartungen heraus warten viele schon wieder auf den nächsten Rattenfänger. Es werden aber *k e i n e* Wunder geschehen, das ist die einzige Gewißheit, die wir haben. Es bleibt uns nur der Weg, zu lernen und umzulernen, uns anzupassen, wie jedes lebende Wesen sich Boden und Klima, wie sie gegeben sind, anpassen müssen.

Soweit die Ärzteschaft Anspruch erhebt, eine Aufgabe im Volkskörper zu erfüllen, muß sie die Anpassungslei-

stung an die Gegebenheiten vollbringen. Voraussetzung dafür ist klare Erkenntnis des Tatsächlichen. Vorurteile und Dünkel sind wie Geiz die Wurzel alles Übels. Daß wir uns hievon befreien und statt dessen zu klarem Denken und gewissenhaftem Handeln uns durchringen, ist unsere einzige Möglichkeit, unsere Hoffnung.

In sozialer Hinsicht ist uns Ärzten die organische Einordnung in den Volkskörper vielfach mißglückt. Die Vertrauenskrise zwischen Patient und Arzt, schon vor 1933 im Wachsen, hat durch den Krieg und die Terrormaßnahmen des Hitlerismus, an denen neben den militärischen Stellen und den Versicherungsträgern auch die Ärzte beteiligt waren, zu fast unüberbrückbaren Gegensätzen geführt. Die Ursache dafür zu erkennen, ist eine Aufgabe von heute. Die Ärzteschaft hat sich vielfach in die Rolle des Büttels für den Versicherungsträger hineinmanövrieren lassen oder sich zur Bedienung der Kv.-Maschine hergegeben. Auf der anderen Seite hat unser Stand es nicht vermieden, den Schein des „reichen Doktors“ zu erwecken und aufrechtzuerhalten zu einer Zeit, wo der ganze Stand bereits kein „freier Beruf“ mehr war, sondern schon den Weg zum Arbeitnehmer weitgehend beschritten hatte.

Heute sind die Illusionen wie Seifenblasen zerplatzt. Die neue Sozialversicherung liegt im Entwurfe vor. Das ganze arbeitende Volk bis zum „Kommerzienrat“ ist versichert. Es gibt keine Privatpraxis mehr. Die Krankenversicherung muß die zusammengebrochene Invaliden-, Alters- und Unfallversicherung sanieren. Die Ärzte sind Angestellte dieser totalen Versicherungsgesellschaft.

Wenn bisher aus dem großen Kuchen des Krankenkassen-Einkommens als größter Anteil das Krankengeld — also ein Lohnersatz für vorübergehend arbeitsunfähige Lohnarbeiter — herausgeschnitten wurde, während für das ärztliche Entgelt nur das kleinste Stückchen übrig blieb, so wird nunmehr noch ein zunächst nicht abzuschätzender Teil für die Rentenversicherung des gesamten Volkes im Voraus weggenommen.

Wir erfahren, daß auch andere Völker solche Neuordnungen planen. Amerika und England tun dies, aber sie tun das auf der Basis eines gesicherten Wohlstandes mit hohem Lebensstandard.

Wir Deutschen sind gezwungen, diesen Schritt in einem Stadium größter Armut und bedrückender Not zu tun. Das ist bitterer als man sagen kann, aber es gibt keinen anderen Weg. So total wie Hitler und Goebbels den Krieg führten, so total ist der wirtschaftliche Zusammenbruch; total heißt „für alle“. Daß auch die Ärzte an der Pleite Hitlers beteiligt werden, ist niemandes Vorsatz, es geschieht automatisch.

Unser Stand wird der neuen Situation, die nur für

manche von uns eine neue Erkenntnis nötig macht, in dem Maße gewachsen sein, in dem wir einmal Solidarität bewahren und weiter uns unserer eigentlichen Berufsaufgabe, Helfer zu sein, erinnern. Wer Privilegien braucht zum Leben, wird in unserem Stande nicht mehr mitkommen.

Unsere Solidarität ist vielfach gebrochen oder doch gefährdet durch die sprichwörtliche *invidia collegarum* der Ärzte. Viel Zwist, aus dieser Wurzel stammend, wird jetzt abgeschoben auf das politische Gebiet, als ob er nicht vorher auch bestanden hätte, als jeder noch seinen Stolz darein setzte, nur Arzt, also ganz unpolitisch zu sein.

Wir werden als Stand in diesem Maße bestehen, in dem wir aus Einsicht solidarisch sind. Diese Einsicht müssen wir auch bemühen den Auswirkungen der „politischen Prüfung“ gegenüber. Es ist viel, daß der Reinigungsprozeß jetzt in deutschen Händen dem Einzelnen gerecht werdend vor sich gehen kann. Es ist auch nicht wenig, daß den mit gesperrtem Einkommen arbeitenden Kollegen ihr über den Bedarf Erworbenes nicht weggenommen, sondern auf Sonderkonto gutgeschrieben werden durfte. Es ist auch gut, daß die politische Siebung nun bald abgeschlossen sein wird. Dadurch steht uns eine von allen ersehnte Beruhigung in Aussicht, die uns bei gutem Willen zum Verständnis füreinander und gegenseitiger Achtung führen soll.

Wenn wir uns eine ehrlich gemeinte Solidarität erkämpft haben, sind wir imstande, auch in der neuen Sozialversicherung den uns gebührenden Platz einzunehmen. Wir werden die Möglichkeit haben, unsere Arbeits- und Lebensbedingungen in diesem neuen, notgeborenen Aufbau mitzubestimmen. Unser Erfolg bei den hier nötigen Verhandlungen wird abhängen von unserer Solidarität, von unserer Vorurteilslosigkeit und von dem, was wir an ärztlichen Leistungen tatsäclich bieten. Jeder, der eine Extratour tanzt, sei es als ideologischer Einzelgänger, als Privilegierter irgendeiner Schattierung, als Charlatan, Reklamefachmann, Polypragmatiker, Streikbrecher oder Wehrwolf schadet unserer gemeinschaftlichen Arbeit. Wer sich an den Reparaturen nicht beteiligt, hat kein Wohnrecht.

Arzt und Sozialversicherungsreform

Von DDr. Franz Koebner

Das ganze deutsche Volk und in besonders betonter Weise die deutsche Ärzteschaft sehen sich vor eine Frage schicksalhafter Bedeutung gestellt. Für die Gesamtheit handelt es sich darum, daß die Vorsorge für alle Wechselfälle des Lebens, Geburt und Tod, Krankheit, Invalidität, Arbeitslosigkeit und Alter dem Einzelnen abgenommen und in genormtem Umfange von einer einzigen großen Körperschaft geleistet werden soll. Jeder privaten Initiative würde durch diese Institution und vor allem durch die Belastung der erforderlichen Beiträge der Boden entzogen; für uns Ärzte würde jedes private Verhältnis zwischen Arzt und Kranken mit allen daraus erwachsenden Konsequenzen aufgehoben werden.

Daß die fast völlige Auflösung der deutschen Wirtschaft nach dem militärischen Zusammenbruch und den Zerstörungen des Bombenkrieges nicht ohne tiefe Rückwirkung auf die deutsche Sozialversicherung und damit auch auf die soziale Krankenversicherung bleiben würde, konnte

Unsere Selbsterkenntnis und Selbstkritik macht uns keineswegs blind für die Fehler und Schwächen unserer Gegenspieler. Die Väter des neuen Sozialversicherungs-Entwurfes haben nach unserer Überzeugung solche gemacht und zwar im Tun wie im Unterlassen. Wir werden alles tun, sie aufzuklären, zu beraten, zu überzeugen. Wir müssen wissen, was wir wollen, was unserem Volk not tut. Wir tragen auch keinen Maulkorb mehr und können dem Versicherten ungeschminkt sagen, was ihm geboten wird mit dem neuen Entwurf, was ihm bevorsteht, wenn jede Hilfeleistung bei Krankheit dem Gesichtspunkt der Wirtschaftlichkeit untergeordnet wird, der Wirtschaftlichkeit, wie sie der Verwaltungsmann auffaßt.

Wir müssen unsere Meinung der ebenfalls mit Vorurteilen belasteten Meinung der Versicherungsträger beweiskräftig gegenüberstellen. Dies muß nicht nur mit Statistik geschehen, sondern mit Argumenten des gesunden Menschenverstandes und des guten Gewissens.

Zur tüchtigen ärztlichen Leistung ist Befreiung von Schlangestehen und schweren Zukunftssorgen eine absolute Voraussetzung. Freiheit der Meinungsbildung und Meinungsäußerung in wissenschaftlicher und praktischer Hinsicht mit ihren ideellen und materiellen Voraussetzungen müssen gewährleistet sein, sonst leidet der Arzt und damit der Versicherte. Es ist schlimm genug, daß zwei Generationen von ungenügend ausgebildeten Ärzten, die der Inflation und die der Hitlerpleite, in der praktischen Berufsausübung stehen, daß die deutsche medizinische Wissenschaft und Schulung um viele Jahre hinter der übrigen Welt zurückblieb. Es ist höchste Zeit, aufzuholen, und für diese Aufgabe Geld zu haben, liegt im wohlverstandenen Interesse der Objekte der neuen Sozialversicherung. Das Steigen der ärztlichen Qualität vermindert nicht nur die Leiden der Menschen, sondern auch die Aufwendungen für Krankengeld und Invalidenrenten.

In der harten Gegenwart, der wir angehören, wird sichtbar werden, wie sich unser Volk, unser Stand und der Einzelne von uns bewährt.

Wer durch Besinnung zur Besonnenheit gelangt, wird auch neuen, andersartigen Gegebenheiten unseres Berufes gewachsen sein und seine Berufung zum Arzt beweisen.

kein Einsichtiger annehmen. Zudem wußte man ja trotz aller Vertuschungspolitik mehr oder weniger genau, daß die Rücklagen und Fonds der deutschen Sozialversicherung sätzungswidrig in den Dienst der nazistischen „totalen“ Kriegführung gestellt worden waren. Im Gegenteil, es zeugt von dem gesunden Aufbau, den die deutsche Sozialversicherung bei allen ihren Mängeln auf dem Gebiete der Würdigung der ärztlichen Aufgaben hatte, daß es den neuen deutschen demokratischen Regierungen mit einsichtiger Unterstützung der Besatzungsbehörden gelungen ist, die Tätigkeit der Körperschaften der Sozialversicherung aufrechtzuerhalten und daß insbesondere der ärztliche Dienst in der Krankenversicherung trotz aller Schwierigkeiten besonders in der Übergangszeit keine Unterbrechung erfuhr.

Aber das Gefüge der deutschen Sozialversicherung ist noch von einer ganz anderen Seite bis in ihre Grundlagen erschüttert; und hiervon ahnten wir infolge der völligen

Abschnürung aller Nachrichten aus dem Auslande wohl einiges auf Grund sporadischer, oft gefärbter Zeitungsnotizen und unkontrollierbarer Gerüchte, aber wir wußten nichts Näheres und sind heute noch auf spärliche Quellen angewiesen: Der Gedanke der sozialen Versicherung hat in dieser Zwischenzeit einen Siegeszug durch die Welt genommen. In Rußland ist eine allgemeine Volksversicherung durchgeführt, in England befindet sich eine durchgreifende Sozialversicherung in vollem Aufbau und in den Vereinigten Staaten von Amerika steht sie im Mittelpunkt der öffentlichen Diskussion.

Eine gründliche Reform der deutschen Sozialversicherung war unvermeidbar, zumal die Versorgung der Kriegsverletzten, der Angehörigen der Opfer des Hitlersystems und der Flüchtlinge einen neuen Aufgabenkreis mit zusätzlicher schwerer Belastung erschloß. Der Länderrat der amerikanischen Zone hat im Einvernehmen mit der Besatzungsbehörde einen Sozialpolitischen Ausschuß gebildet und dieser hat eine Kommission mit der Ausarbeitung einer neuen Sozialversicherung betraut. Der Entwurf der Arbeit dieses Ausschusses ist am 17. Mai 1946 in Stuttgart angekommen und unmittelbar darauf uns zugegangen. Er bedeutet, so weit sich bisher übersehen läßt, eine völlige Umgestaltung der deutschen Sozialversicherung im Sinne einer allgemeinen Volksversicherung und vor allem eine tiefgreifende Änderung der ideellen und materiellen Grundlagen der ärztlichen Berufsausübung, deren Auswirkung in beiden Beziehungen noch nicht absehbar ist.

Es ist heute noch nicht die Zeit, auf alle Einzelheiten des Gesetzentwurfes¹ einzugehen, der die Zwangsversicherung für alle Beschäftigten einschließlich ihrer Familienangehörigen und die freiwillige Versicherung für alle übrigen Deutschen, sowie die Zusammenwerfung aller Versicherungszweige vorsieht. Sämtliche Krankenkassen werden aufgehoben, alleinige Träger der Versicherung werden die Landesversicherungsanstalten. Den ärztlichen Aufgaben sind von den 475 Paragraphen nur 5, und auch diese nur teilweise, gewidmet und von diesen 5 Paragraphen beschäftigt sich der § 172 mit der sparsamen Behandlung und Arzneiverordnung, mit der Nachprüfung der Notwendigkeit der Heilbehandlung, mit der Entscheidung über Streitigkeiten und mit Strafmaßnahmen. Das Koalitionsrecht der Ärzte ist anerkannt, denn der versicherungsärztliche Dienst wird durch schriftlichen Vertrag der Landesversicherungsanstalt mit der Vertretung der Ärzte geregelt. Der vorbeugenden Gesundheitsfürsorge ist nur in einem einzigen Paragraphen (160) in zwei Zeilen als Kann-Maßnahme gedacht. Diese 5 Paragraphen folgen im Wortlaut:

XIV. Versicherungsdienst der Heilberufe

§ 171.

1. Die ärztliche Behandlung wird durch approbierte Ärzte, bei Zahnkrankheiten durch approbierte Zahnärzte, bei Zahnkrankheiten mit Ausschluß von Mund- und Kieferkrankheiten auch durch Dentisten gewährt. Die ärztliche Behandlung umfaßt Hilfeleistungen durch Hebammen, Heilgehilfen, Masseure und Kran-

¹ Im französisch besetzten Gebiet ist durch die im Amtsblatt des französischen Oberkommandos in Deutschland veröffentlichte Verordnung Nr. 39 vom 27. April 1946 über Umbildung des Versicherungswesens die 7200-RM-Grenze in der Krankenversicherung eingeführt. Im Gegensatz hierzu sieht der oben zitierte Entwurf für die amerikanische Zone nur für die Begrenzung der Beiträge und Barleistungen die 7200-RM-Grenze vor, während für die Sachleistungen, vor allem die ärztliche Hilfe keine Begrenzung besteht.

kenwärter nur dann, wenn der Arzt (Zahnarzt) sie anordnet oder wenn in dringenden Fällen kein approbierter Arzt (Zahnarzt, Dentist) zugezogen werden kann.

2. Der versicherungsärztliche Dienst nach Abs. 1 außerhalb der Einrichtungen der Landesversicherungsanstalt oder der Einrichtungen der öffentlichen Gesundheitspflege wird durch schriftlichen Vertrag der Landesversicherungsanstalt mit der Vertretung der Ärzte geregelt.

3. Der versicherungszahnärztliche Dienst nach Abs. 1 außerhalb der Einrichtungen der Landesversicherungsanstalt oder der Einrichtungen der öffentlichen Gesundheitspflege wird durch schriftlichen Vertrag der Landesversicherungsanstalt mit der Vertretung der Zahnärzte geregelt.

4. Der versicherungs dentistische Dienst nach Abs. 1 außerhalb der Einrichtungen der Landesversicherungsanstalt oder der Einrichtungen der öffentlichen Gesundheitspflege wird durch schriftlichen Vertrag der Landesversicherungsanstalt mit der Vertretung der Dentisten geregelt.

§ 172.

Der Arzt (Zahnarzt, Dentist) ist verpflichtet, die Kranken ausreichend und zweckmäßig zu behandeln. Er hat eine Behandlung, die nicht oder nicht mehr notwendig ist, abzulehnen, die Heilmaßnahmen, insbesondere die Arznei, die Heil-, Stärkung- und Hilfsmittel nach Art und Umfang wirtschaftlich zu verordnen und auch sonst bei Erfüllung der ihm obliegenden Verpflichtungen die Landesversicherungsanstalt vor Ausgaben so weit zu bewahren, als die Natur seiner Dienstleistungen es zuläßt. Die Bescheinigungen, insbesondere die Arbeitsunfähigkeit oder die Berufsunfähigkeit und deren Dauer sind unter gewisshafter Würdigung der maßgebenden Verhältnisse auszustellen. Der Arzt (Zahnarzt, Dentist), der die nach den Umständen erforderliche Sorgfalt außer acht läßt, hat der Landesversicherungsanstalt den daraus entstandenen Schaden zu ersetzen.

§ 173.

Die Notwendigkeit der Heilbehandlung, die Arbeitsunfähigkeit, die Berufsunfähigkeit oder die Invalidität und die Verordnung von Sachleistungen der Versicherung wird in den erforderlichen Fällen durch Gutachter oder die von der Landesversicherungsanstalt unterhaltenen Beratungsstellen oder die Krankenhäuser rechtzeitig nachgeprüft.

§ 174.

1. Streitigkeiten zwischen der Landesversicherungsanstalt und einem Arzt (Zahnarzt, Dentisten) oder der Vertreter der Ärzte (Zahnärzte, Dentisten) werden durch ein Schiedsgericht unter Ausschluß des Rechtsweges entschieden.

2. Die Schiedsgerichte werden bei den Landessozialämtern gebildet.

3. Den Vorsitz im Schiedsgericht führt der Vorsitzende des Landessozialamtes.

4. Die Landesversicherungsanstalt und die Vertretung der Ärzte (Zahnärzte, Dentisten) entsenden je einen Vertreter in das Schiedsgericht.

5. Die Entscheidungen des Schiedsgerichts sind endgültig.

§ 175.

1. Das Schiedsgericht kann gegen einen Arzt (Zahnarzt, Dentisten), der seine Vertragspflichten gegen die Landesversicherungsanstalt verletzt, eine Ordnungsstrafe festsetzen. Die Ordnungsstrafe kann in einer Verwarnung oder in einer Geldstrafe bestehen.

2. Bei wiederholter gröblicher Verletzung seiner Vertragspflichten kann ein Arzt (Zahnarzt, Dentist) von dem Versicherungsdienst (§ 171) auf Zeit oder Dauer ausgeschlossen werden.

3. Das Schiedsgericht ist auch zuständig zur Feststellung der Schadenersatzansprüche der Landesversicherungsanstalt gegen einen Arzt (Zahnarzt, Dentisten) sowohl dem Grund wie der Höhe nach. Aus der Entscheidung des Schiedsgerichts kann vollstreckt werden.

Dieser „Entwurf für eine neue Sozialversicherungsordnung“ wurde in der vom Sozialpolitischen Ausschuß beim Länderrat der US-Zone beauftragten Kommission am 22. Mai 1946 nach zweitägiger Beratung in dritter Lesung mit einigen redaktionellen Änderungen angenommen und soll nunmehr den beteiligten Regierungen und der Öffentlichkeit zur Beurteilung vorgelegt werden.

Trotzdem die Ständesvertretungen der Ärzte nicht zur Mitwirkung bei den Vorarbeiten der Kommission zuge-

zogen waren und auch trotz wiederholten Anfragen und Besuchen bei den zuständigen Stellen keine Auskunft über den Gegenstand und die Absichten der Planungen erhalten konnten, haben sie die Vorlage des Entwurfes der neuen Sozialversicherung nicht abgewartet, sondern haben unmittelbar nach dem Erscheinen der ersten tatsächlichen Angaben in der Tagespresse die nachfolgende

Denkschrift

beim Württ. Staatsministerium eingereicht.

An das Württ. Staatsministerium Stuttgart.

Betr.: Reform der Sozialversicherung.

Stuttgart, 6. Mai 1946.

Den Vorständen und der Geschäftsstelle der Ärztekammer Nord-Württemberg und der Kassenärztlichen Vereinigung Württemberg sind in den zurückliegenden Monaten immer wieder von mehr oder weniger gut unterrichteter Seite inoffizielle Nachrichten über Pläne zur Reform der Sozialversicherung seitens des Länderrates zugegangen. Nachdem wir auf Grund einer inoffiziellen Mitteilung über die Fortschritte dieser Vorarbeiten unterrichtet wurden, wobei auch die Absicht der Erhöhung der Pflichtversicherungsgrenze auf RM 7200.— erwähnt wurde, haben die obengenannten Vorstände am 17. April 1946 beschlossen, an das Württembergische Ministerium heranzutreten mit der Bitte, die Vertreter der württembergischen Ärzteschaft über die in Arbeit befindlichen Pläne zu unterrichten und die Vertreter der württembergischen Ärzteschaft vor jeder sie betreffenden Planung anzuhören und bei der Ausarbeitung von Reformen zur Mitarbeit heranzuziehen. In der daraufhin erfolgten Besprechung des Vorsitzenden der Kassenärztlichen Vereinigung Württemberg, Herrn Dr. med. Ehrlich, und des geschäftsführenden Arztes, Herrn DDr. K o e b n e r mit Herrn Ministerialdirektor Dr. med. Gerlach vom 23. April 1946 wurde die Wiederholung dieses Besuches unter Vorlage einer schriftlichen Ausarbeitung unserer Wünsche und deren Begründung vereinbart. Inzwischen haben die bisher mehr oder weniger gerüchtwaise bzw. vertraulich erhaltenen Mitteilungen über die Pläne zur Reform der Sozialversicherung durch die Veröffentlichung einer Notiz in der „Neuen Zeitung“ vom 3. Mai 1946, Seite 4 „Vor einer Reform der Sozialversicherung“ (NZ München 2. Mai) ihre öffentliche Bestätigung gefunden, so daß darauf Bezug genommen werden kann.

Der Gesundheitsschutz im weitesten Sinne ist die Hauptaufgabe der Sozialversicherung, die Ergebnisse und Forderungen der medizinischen Wissenschaft bilden die wesentlichsten Voraussetzungen ihrer Aufgabe und der Arzt ist derjenige Berufsstand, dessen gewissenhafte, fachkundige und selbstlose Arbeit die Voraussetzung für die Durchführung der Sozialversicherung bildet, wie er andererseits in der Gestaltung seiner beruflichen Arbeit und bezüglich seiner eigenen wirtschaftlichen Lage aufs stärkste von jeder Änderung auf diesem Gebiete betroffen wird.

Krankenversicherung

Im Mittelpunkt der gemeinsamen Interessen der Sozialversicherungsträger und der Ärzteschaft steht sachgemäß die soziale Krankenversicherung. Zudem liegen uns über den gegenwärtigen Stand etwaiger Planungen einer engeren Verbindung von Krankenversicherung und Invalidenversicherung nur so undeutliche und gerüchtmäßige Mit-

teilungen vor, daß eine sachliche Stellungnahme zur Zeit für uns nicht möglich ist.

Ihre Selbständigkeit

Nur das eine darf ausgesprochen werden, daß die Krankenversicherung stets der wirtschaftlich gesündeste Teil der deutschen Sozialversicherung gewesen ist. Dies beruht im wesentlichen darauf, daß die Krankenkassen infolge des erheblichen Anteils der Sachleistungen (ärztliche Behandlung, Arznei- und sonstige Heilmittel, Krankenhaus, Krankentransport) an ihren Leistungen und infolge der starken Korrelation zwischen der Hauptgeldleistung des Krankengeldes und der gleichzeitigen wirtschaftlichen Lage ihr Budget fast völlig jährlich ausgleichen können und auf die Bildung von Rücklagen nicht wesentlich angewiesen sind. Die durch die beiden Weltkriege erfolgte Vernichtung der Rücklagen hat daher bei den Krankenkassen nicht entfernt die Rolle gespielt wie bei der Invaliden- und Unfallversicherung, deren Verbindlichkeiten sich auf einen längeren Zeitraum beziehen. Eine gesunde Krankenversicherung ist aber die Voraussetzung einer gesunden Sozialversicherung überhaupt, denn die rechtzeitige Behandlung und Zurückdrängung der Krankheit bedeutet die bestmögliche Vorbeugung der Invalidität.

Rechtzeitige Zusammenarbeit mit der Ärzteschaft

Die württembergische Ärzteschaft wünscht keinen Zweifel darüber zu lassen, daß sie für jeden Fortschritt in der Entwicklung der sozialen Gesetzgebung offensteht und zur sachlichen Mitarbeit, insbesondere auf dem Gebiete der Krankenversicherung, bereit ist. Wir weisen in diesem Zusammenhang darauf hin, daß das Zusammenarbeiten des wirtschaftlichen Ärzteverbandes in Württemberg mit den Krankenkassen zu allen Zeiten ein vorbildliches gewesen ist. Württemberg war das erste Land, in dem die freie Arztwahl bei den Krankenkassen durchgeführt wurde und es war das einzige Land Deutschlands, in dem dies ohne Streit, vor allem ohne jeden Arztstreik, in friedlicher Verständigung erreicht wurde. Württemberg war das erste Land Deutschlands, in dem die wirtschaftlichen Beziehungen zwischen Krankenkassen und Ärzten durch einen Landesarztvertrag nach dem Muster der Tarifverträge geregelt wurde.

Die Ärzteschaft erwartet aber, daß sie gemäß ihrer Bedeutung und gemäß ihrer praktischen Sachkenntnisse auf diesem Gebiet bereits bei den Vorarbeiten mit herangezogen und nicht vor die vollendete Tatsache eines fertigen Entwurfes gestellt wird, an dem erfahrungsgemäß grundlegende Änderungen äußerst schwer und Abänderungen einzelner Teile nur unter ungünstigen Verhandlungsbedingungen erzielt werden können. Die Ärzteschaft, die der wichtigste Faktor der Krankenversicherung ist, darf nicht zum Objekt der einschlägigen Gesetzgebung werden, sie sollte vielmehr ein ihrer Bedeutung entsprechendes Subjekt bei der Schöpfung eines neuen Aufbaues sein.

Angleich an Amerika und England

Wenn, wie es in dem oben erwähnten Aufsatz der „Neuen Zeitung“ heißt, „die vorgesehene Reform sich den gegenwärtigen Aufbau der Sozialversicherung in Amerika und England zum Vorbild nehmen wird“, so kann dies von unserer Seite nur begrüßt werden. Es muß aber erwartet werden, daß dies vor allem auch für die Beziehungen zwischen Krankenkassen und Ärzten und für die Ordnung und Bezahlung der ärztlichen Tätigkeit gilt. Zwar können

wir infolge der bisherigen Unterbrechung des Postverkehrs mit dem Auslande in dieser Beziehung heute noch keine statistischen Unterlagen vorlegen, aber es ist unwidersprochen bewiesen, daß der deutsche Arzt annähernd der schlechtest bezahlte Arzt seitens der Krankenkassen ist und alle Auskünfte, die wir bisher erhalten konnten, lassen befürchten, daß diese Annahme richtig ist. Abgesehen von unserem pflichtgemäßen Eintreten für die wirtschaftliche Erhaltung unseres Standes, liegt es im wohlverstandenen Interesse der Sozialversicherung selbst, diesen Ausnahmezustand zu beseitigen, denn auf die Dauer gesehen muß er zu unhaltbaren Verhältnissen führen.

Anlehnung an den Aufbau in Amerika und England

Gerade die Medizin ist eine internationale Wissenschaft. Die Anforderungen an die Berufsausbildung und -Ausübung können in der zivilisierten Welt nur einheitliche sein und werden sich im einzelnen im friedlichen Zusammenleben der Völker immer mehr angleichen. Dies muß daher auch von der wirtschaftlichen Lage der Ärzte gelten. Wirtschaftlich gesehen sind die Ausgaben für die soziale Versicherung ein Unkostenfaktor. Eine Ungleichheit der Bezahlung der Ärzte muß vom wirtschaftlichen Standpunkt als ein unzulässiges Dumping angesehen werden.

Erweiterung des Kreises der Versicherten

Als wichtigster Punkt der geplanten Reform erscheint uns die Absicht, den Kreis der Versicherten erheblich zu erweitern. Der oben erwähnte Bericht der „Neuen Zeitung“ stellt fest, daß der Kreis der Versicherten in den einzelnen Besatzungszonen verschieden weit gezogen ist und daß die „finanzielle Lage der Sozialversicherung sich nur bessern kann, wenn auch die bisher nicht versicherungspflichtigen höheren Einkommen herangezogen werden“. Soweit uns authentisch bekannt, hat eine Veränderung des Kreises der Versicherten weder im amerikanisch, noch im englisch besetzten Gebiet und ebenso im französisch besetzten Gebiet Süd-Württembergs und Süd-Badens nicht stattgefunden. Dagegen ist laut einem uns zugegangenen Bericht des Treuhänders der Medizinalberufsverbände, Berufsgruppe Ärzte, Berlin, vom 16. April 1946 im russisch besetzten Gebiet die Pflichtversicherungsgrenze für alle Lohn- und Gehaltsempfänger, gleichgültig wieviel sie verdienen, beseitigt worden. Im russisch besetzten Gebiet sind außerdem alle Gewerbetreibenden, soweit sie bis zu fünf Mitarbeiter beschäftigen, in den Kreis der Pflichtversicherten einbezogen. Es bestehen also in Deutschland zur Zeit zwei verschiedene Bestimmungen über den Kreis der Pflichtversicherung, nämlich die im russischen Gebiet, die die Privatpraxis praktisch aufhebt und die im übrigen Gebiet, bei der es hinsichtlich der Abgrenzung von Kassen- und Privatpraxis bei der bisherigen Grenzziehung geblieben ist.

Die Ärzteschaft hat gegen die Erweiterung des Kreises der Versicherten, wie sie im russisch besetzten Gebiet besteht, schwerwiegende Bedenken. Die außerordentlich geringe Bezahlung, die die Krankenkassen den Ärzten bieten, war bereits bisher eine außerordentliche Belastung für den ärztlichen Beruf. Der Arzt erhält für die Behandlung eines Kranken im Vierteljahr, gleichgültig wieviele Leistungen er für diese Behandlung aufwenden muß, eine Pauschale von RM 6.— mit geringen Abweichungen für die einzelnen Fachgruppen und zusätzliche Zahlungen für die Nachtleistungen und besondere Verrichtungen, die für den praktischen Arzt materiell keine erhebliche Rolle spielen. In der jetzigen Nachkriegszeit ist diese geringe Vergütung des Arztes noch weit drückender geworden, da die

Zahl der Ärzte im letzten Jahrzehnt erheblich zugenommen hat, da die Zahl der Flüchtlingsärzte relativ größer ist als die Zahl der Flüchtlinge, so daß das Einkommen des einzelnen Arztes sich weiterhin verringern wird, da infolge der ungünstigen Ernährungs- und Wohnungsverhältnisse und der sonstigen Kriegsfolgen die Zahl der schweren Krankheiten im Verhältnis zu den leichten erheblich zugenommen hat und da durch die Verarmung Deutschlands und den starken Steuerdruck der Kreis der Privatpatienten geschrumpft ist. Auf der anderen Seite war die wirtschaftliche Existenz der Ärzte bei dieser niedrigen Bezahlung der Leistungen der Krankenkassenpatienten nur dadurch möglich, daß die Privatpraxis trotz alledem noch einen gewissen Ausgleich bot.

Unter ruhigen Verhältnissen wäre es natürlich sachgemäß, diese Darlegung statistisch genau zu beweisen. Da aber unsere gesamten Unterlagen durch die Zerstörung unserer früheren Geschäftsräume in der Keplerstraße vernichtet sind und die abnormen Verhältnisse der letzten Kriegsvierteljahre keine Anhaltspunkte bieten können, so müssen wir uns hier damit begnügen, die wenigen Zahlen anzugeben, über die wir verfügen. Es sind die Zahlen des I. und III. Vierteljahres 1945. Die Abrechnung des IV. Vierteljahres 1945 wird in etwa zwei Wochen statistisch bearbeitet und wird dann nachgeliefert werden.

Das Brutto-Einkommen der württembergischen Kassenärzte:

Absolute Zahlen: I/45

Einkommen bel	prakt. Ärzten	Fachärzten	insgesamt
aus Zahl	596	236	832
Kassenpraxis	2 226 602.—	605 229.—	2 831 831.—
Privatpraxis	970 174.—	907 282.—	1 877 456.—
Kassen- und Privat	3 196 776.—	1 512 511.—	4 709 287.—

III/45

Zahl	848	308	1156
Kassenpraxis	1 970 250.—	661 930.—	2 632 180.—
Privatpraxis	929 237.—	757 234.—	1 686 471.—
Kassen- und Privat	2 899 487.—	1 419 164.—	4 318 651.—

Durchschnittszahlen: I/45

Kassenpraxis	3 736.—	2 564.—	3 403.—
Privatpraxis	1 627.—	3 844.—	2 257.—
Kassen- und Privat	5 363.—	6 408.—	5 660.—

III/45

Kassenpraxis	2 323.—	2 149.—	2 277.—
Privatpraxis	1 096.—	2 430.—	1 458.—
Kassen- und Privat	3 419.—	4 579.—	3 735.—

Prozentuale Verteilung: I/45

Kassenpraxis	69,65 %	40,01 %	60,12 %
Privatpraxis	30,35 %	59,99 %	39,88 %
Kassen- u. Privat	67,88 %	32,12 %	100,00 %

III/45

Kassenpraxis	67,95 %	46,64 %	60,99 %
Privatpraxis	32,05 %	53,38 %	39,01 %
Kassen- und Privat	57,13 %	32,86 %	100,00 %

Obige Aufstellung erfährt noch eine Korrektur dadurch, daß es bisher in Württemberg eine Anzahl von Ärzten

gibt, die nur Privatpraxis treiben. Die Einkommensangaben dieser Ärzte sind lückenhaft und betragen laut den eingelaufenen Meldungen im III./45 für zwölf Ärzte RM 44 200.—, so daß also das ärztliche Einkommen aus Privatpraxis sich um diesen Betrag im III./45 erhöht, der natürlich infolge der Lückenhaftigkeit der Meldungen zu niedrig gegriffen ist.

Obige Statistik zeigt zunächst, wie außerordentlich die Zahl der freipraktizierenden Ärzte nach Beendigung des Krieges zugenommen hat. Im I./45 waren es 832 Ärzte, im III./45 1156. Diese Zunahme ist jedoch ausschließlich durch aus dem Kriege heimgekehrte Ärzte bedingt, denn die Zulassungen zur Praxis haben erst im III. Vierteljahr 1945 langsam angefangen und sind im wesentlichen im Jahre 1946 erfolgt. Der Strom der Flüchtlingsärzte fällt ebenso in das Jahr 1946 und auch die Zahl der heimkehrenden Ärzte ist im IV./45 und im Jahre 1946 weiter gestiegen. Auch hierüber lassen wir genauere Zahlen noch folgen. Schon heute kann das Anwachsen der Zahl der freipraktizierenden Ärzte auf 1600 geschätzt werden.

Es darf also hieraus nicht gefolgert werden, daß das ungenügende Einkommen der Ärzte die Folge einer Überfüllung ist. Bei den Zulassungen zur Praxis wird gegenwärtig mit einer Verhältniszahl von 1:2000 gerechnet, so daß also auf durchschnittlich 2000 Einwohner ein Arzt entfällt. In Notfällen sind die Zulassungskommissionen bis zu einer Zahl von 1:1500 heruntergegangen. Laut den letzten verfügbaren Statistiken, die aus den Vereinigten Staaten von Amerika bekannt wurden (Amerikanische Rundschau 1946 V, Seite 23) kommt dort auf 745 Menschen ein Arzt. Es ist weiterhin bekannt, daß die durchschnittliche Arbeitszeit unserer Ärzte die jedes anderen Berufes übersteigt und trotzdem die Wartezimmer der Ärzte überfüllt sind. Es ist eben nicht die zu große Zahl der Ärzte, sondern das zu geringe Einkommensvolumen, das für den Unterhalt der Ärzteschaft zur Verfügung steht, an den jetzt schon bestehenden Mißständen schuld.

Bei den Einkommenszahlen der Ärzte ist zu berücksichtigen, daß es sich um Bruttoeinkommen handelt, von dem etwa 40 Prozent für Berufskosten abzusetzen sind. Es ist zuzugeben, daß während der Kriegszeit das ärztliche Einkommen zufriedenstellend war. Dieser Ausnahmezustand ist mit der Beendigung des Krieges beseitigt, wie der Rückgang des Durchschnittseinkommens von RM 5660.— auf RM 3728.— deutlich zeigt. Der Rückgang wird in den nächsten Vierteljahren noch weitergehen. Sehr deutlich tritt in Erscheinung, in wie starkem Maße die Lebenshaltung des Arztes von der Beibehaltung der Privatpraxis abhängig ist. Die Privatpraxis macht trotz der gegenwärtig bereits bestehenden starken Ausdehnung der Sozialversicherung immer noch 40 Prozent des gesamten ärztlichen Einkommens aus, während 60 Prozent auf das Kasseneinkommen entfallen. Der Anteil der Privatpraxis an der Gesamtpraxis ist jedoch bei den Fachärzten erheblicher, wie bei den praktischen Ärzten, bei denen das Einkommen aus Privatpraxis das aus Kassenpraxis sogar heute noch übersteigt. Im I./45 war das private Einkommen der Fachärzte 60 Prozent, das Kasseneinkommen 40 Prozent vom Gesamteinkommen. Im III./45 liegen die Verhältnisse nicht ganz so kraß, aber ähnlich. Es ergibt sich also hieraus bereits, daß der Wegfall der Privatpraxis ganz besonders unsere Fachärzte ruinieren würde.

Bedenkt man, daß ein Arzt nicht nur das teuerste Studium und die längste Studienzeit zu absolvieren hat, daß

zur Erwerbung der Facharztzeugschaft eine mehrjährige Assistentenzeit gefordert wird, die neuerdings durch die Einrichtung einer zweijährigen Pflichtassistentenzeit noch weiter verlängert wurde, bei der der junge Arzt teils unbezahlt ist, teils nur eine ganz minimale Bezahlung erhält, daß ein Arzt also fünf bis zehn Jahre, ein Facharzt zehn bis 15 Jahre später ins Erwerbsleben tritt wie der Durchschnitt der arbeitenden Menschen, so mag die schwere Verantwortung ersehen werden, die jede Regierung trägt, die die wirtschaftliche Existenz dieses wichtigen Berufszweiges untergräbt. Es ist selbstverständlich, daß die allgemeine wirtschaftliche Notlage und der hohe Steuerdruck an sich bereits die Privatpraxis schmälern werden, um so gefährlicher wäre es, gerade in dieser kritischen Zeit auch von seiten der Sozialversicherung diese Existenzgrundlagen zu bedrohen.

Einheitliche Versicherungsgrenze

Wenn nun aber darauf hingewiesen wird, daß die Beseitigung der Einkommensgrenze und die Einbeziehung der Gewerbetreibenden im russisch besetzten Gebiet bereits durchgeführt ist, so ist hierauf zu erwidern, daß laut Bericht des Treuhänders der Medizinalberufsverbände die Zahl der Ärzte in Berlin von 4000 auf 1700 zurückgegangen ist, während sie sich im amerikanischen Sektor umgekehrt annähernd verdoppelte. Trotz dieses Rückganges der Arztdichte in Berlin liegt das ärztliche Einkommen gerade noch an der Grenze, die für die Lebenshaltung erforderlich ist.

Heranziehung höherer Einkommen

Die in dem zitierten Bericht der „Neuen Zeitung“ ausgesprochene Erwartung, daß die finanzielle Lage der Sozialversicherung sich nur bessern könne, wenn auch die bisher nicht versicherungspflichtigen höheren Einkommen herangezogen würden, kann, soweit es den ärztlichen Sektor betrifft, nicht unwidersprochen hingenommen werden. Die minimale Bezahlung, die bisher den Ärzten von den Krankenkassen geboten wurde, wurde ja gerade dadurch begründet, daß es sich um die Behandlung von Unbemittelten handle und daß der Arzt in der Privatpraxis einen Ausgleich für das Opfer suchen müsse, das mit der unzureichenden Bezahlung der Krankenkassen verbunden ist. Durch die Einbeziehung der hohen Einkommen in die Versicherungspflicht wird die Basis der gegenwärtigen Verträge zwischen Krankenkassen und Ärzten zerstört und, wenn neue Verträge entsprechend dem neuen Rahmen der Krankenversicherung zur Entlohnung der Ärzte für die Gesamtheit der Versicherten führen sollten, die nur einigermassen dem Arbeitsaufwand, dem Wissen und der Verantwortung der ärztlichen Arbeit entsprechen, so dürfte die Mehreinnahme der Krankenkassen durch die hinzukommenden Beiträge durch den Aufwand für die neuen Gebührensätze für die Behandlung der Allgemeinheit weit mehr als aufgehoben werden. Sollte aber den Ärzten zugemutet werden, auch die wirtschaftlich Leistungsfähigen zu einem Pauschalsatz von RM 6.— für das Vierteljahr für alle ihre Verrichtungen (mit den bekannten unbedeutenden Ausnahmen) zu behandeln, so würde das bedeuten, daß das finanzielle Loch in der Sozialversicherung durch die Konfiskation des ärztlichen Einkommens gedeckt werden soll. Wir können uns nicht vorstellen, daß eine derartig einseitige Maßnahme die Billigung der öffentlichen Meinung und die Billigung der politischen Instanzen fin-

den wird. Die Ärzteschaft wäre in diesem Augenblick ihrer höchsten Not gezwungen, sich dieser Gefährdung ihrer Existenz zu widersetzen.

Historische Entwicklung

Es wurde oben bereits erwähnt, daß unseres Wissens der deutsche Arzt durch die Krankenkassen schlechter bezahlt ist als in allen anderen Ländern der Welt. In der Tat dürfte die Bezahlung der Behandlung eines Krankheitsfalles während eines Vierteljahres mit RM 6.— einzig dastehen. Diese in so krassem Mißverhältnis zur Leistung und zu den Lebenshaltungskosten stehende Bezahlung, die auch von den Versicherten selbst mißbilligt wird, ist überhaupt nur aus der historischen Entwicklung verständlich. Bei der Begründung der Krankenversicherung im Jahre 1883/84 war kein Vorgang vorhanden. Man war der Ansicht, daß es sich bei der ursprünglichen Beschränkung auf Arbeiter und Angestellte der niedrigsten Gehaltsklassen um einen Personenkreis handle, zu deren Gunsten der Arzt Opfer bringen müsse. Obgleich bereits damals eine staatliche Gebührenordnung bestand, die für die Behandlung der Armen und Minderbemittelten Sätze vorsah, die heute, 63 Jahre später, unter den gänzlich anderen Verhältnissen durch die gegenwärtigen Kassensätze nicht erreicht werden, empfanden die Ärzte die kostenlose Behandlung Minderbemittelter damals, da die Krankenversicherung noch keinen Einbruch in die Privattätigkeit bedeutete, als eine gern übernommene soziale Pflicht. Bereits bei der Beratung des Krankenversicherungsgesetzentwurfes 1884 warf der Abgeordnete Eugen Richter (offizielles Sitzungsprotokoll) dem Reichskanzler Bismarck vor, daß man von einer Krankenversicherung nicht reden könne, wenn alle Unterlagen für die zu deckenden Kosten fehlen. Und so kam es auch, daß zunächst für einen kleinen Kreis von Kassenärzten, später für die Gesamtheit im Wege der freien Arztwahl, das Risiko der Arztkosten durch die Festsetzung von Mitgliedspauschalen auf die Ärzteschaft abgewälzt wurde, wofür sich dann im Laufe der Entwicklung erfahrungsgemäße Sätze herausbildeten. Inzwischen war durch wiederholte Novellen zum Krankenversicherungsgesetz bzw. zur Reichsversicherungsordnung, die Einbeziehung der Geschlechtskrankheiten, die ursprünglich fehlte, erfolgt, die Krankenhausbehandlung eingeführt, der Kreis der Versicherten ständig erweitert, weitere Leistungen, wie Wochenhilfe, eingeführt und schließlich durch die Einführung der Familienversicherung aus der Krankenversicherung eine Volksversicherung geworden. Es soll nicht im mindesten bestritten werden, daß diese Erweiterung einen außerordentlichen sozialen Fortschritt bedeutete, ja daß sie zum großen Teil auf Drängen der Ärzteschaft, vor allem der sozialmedizinisch interessierten Ärzte (Gottstein, Grotjahn, Tugendreich, Scholl u. a.) erfolgte, aber es muß ungeachtet dessen festgestellt werden, daß die Bezahlung der Ärzte mit dieser Entwicklung nicht nur in keiner Weise Schritt gehalten hat, sondern daß sie unter dem Druck des dauernden Mißverhältnisses zwischen den gesteigerten Leistungen der Krankenkassen und der fast gleich gebliebenen Beitragssätze so gut wie unverändert geblieben ist. Andere Länder, die die soziale Krankenversicherung später eingeführt haben und auf die Erfahrungen in Deutschland zurückgreifen konnten, waren in dieser Beziehung glücklicher. Wenn wir auch in diesem Augenblick infolge des Brandes unserer Archive mit Einzelangaben heute nicht auftreten können, so sei doch aus der Erinnerung erwähnt, daß in der Schweiz im Jahre 1931

ein Krankenschein mit 28 Sfrs. honoriert wurde. Die ärztliche Organisation hat den Grundsatz vertreten und unerbittlich bei ihren Mitgliedern durchgesetzt, daß jeder Krankenkassenpatient, unbeschadet aller wirtschaftlichen Gesichtspunkte, mit der gleichen Sorgfalt behandelt wird, wie der Privatpatient. Die Zeiten sind längst vorbei, wo es getrennte Wartezimmer für Privat- und Kassenpatienten gab. Es müßte also auch vom historischen Standpunkte die Erhöhung der Versicherungsgrenze, die einer Ausschaltung der Privatpraxis gleichkommt, mit einer derartigen Erhöhung der ärztlichen Honorare verbunden werden, daß anstelle der Entlastung eine Belastung der Krankenkassen zu befürchten wäre.

Politische Folgen

Die amerikanische Besatzungsbehörde hat im wesentlichen gleichlautend mit den Besatzungsbehörden anderer Zonen eine politische Prüfung der Ärzte durchgeführt und hat verfügt, daß die politisch belasteten Ärzte, soweit sie nicht als Aktivisten aus der ärztlichen Tätigkeit auszuscheiden haben, mit herabgesetzten Honoraren zu arbeiten haben. Das Einkommen dieser politisch belasteten Ärzte ist auf RM 400.— pro Monat festgesetzt worden. Hierzu kommen die Unkosten, die laut Auskunft des Treuhänders im Durchschnitt RM 300.— monatlich übersteigen, so daß ein politisch belasteter Arzt RM 700.— im Monat mindestens einnehmen darf.¹ Dieses „Strafeinkommen“ beträgt ca. 66 Prozent des Durchschnittseinkommens der württembergischen Ärzte im III./45. Ein weiteres Absinken des Durchschnittseinkommens ist, wie oben bereits ausgeführt, mit aller Bestimmtheit zu erwarten. Schon heute also liegt dieses Einkommen der wegen politischer Betätigung Bestraften nahe dem Durchschnittseinkommen. Bei einer Erhöhung der Versicherungsgrenze, die ihrer Abschaffung gleichkommt und die Privatpraxis auslöscht, würden die unbelasteten Ärzte und diejenigen Ärzte, die sich als Antifaschisten verdient gemacht haben, oder politisch verfolgt waren, auf ein Einkommen reduziert werden, das heute als Strafmaßnahme für die politisch Schuldigen von der Besatzungsbehörde selbst festgesetzt ist. Dies dürfte keinesfalls im Sinne der Anordnungen der Besatzungsbehörden liegen.

Statistik

In den bisherigen Ausführungen wurde stets von dem durchschnittlichen Einkommen des Arztes gesprochen. Die Berechnung des Durchschnitts ist zwar zur Darstellung einer für Vergleichszwecke repräsentativen Zahl nicht zu umgehen. Sie trägt aber den wirklichen Verhältnissen nicht hinreichend Rechnung. Die für die Beurteilung der wirtschaftlichen Lage, wie sie durch die Verhältnisse der Krankenkassen verursacht ist, weiterhin notwendigen statistischen Unterlagen (Zentralwert, dichtester Wert, Grundabweichung, Klasseneinteilung) werden zwar von unserer Geschäftsstelle vierteljährlich berechnet, es muß jedoch darauf verzichtet werden, in diesem Augenblick hierauf einzugehen, weil die Gestaltung im I./45, das noch Kriegsvierteljahr war, und im III./45, das noch unter der Wirkung des Zusammenbruchs stand, so unregelmäßig ist, daß hieraus keine Folgerungen gezogen werden können. Wenn in wenigen Wochen die Abrechnung des IV./45 beendet ist, wird dieser Überblick nachgeholt werden. Nur soviel kann heute bereits gesagt werden, daß das Durchschnittseinkommen erheblich über dem häufigsten Einkommen liegt,

¹ Dieses Einkommen gilt rein, ohne Steuerabzug, während vom Einkommen der unbelasteten Ärzte die Einkommensteuer abgeht.

die Kurve liegt schief nach links, die größte Zahl der Ärzte verdient also unter dem Durchschnitt. Da der statistische Ausgleich in der Hauptsache durch die höheren Einnahmen operierender Fachärzte bedingt ist, würde durch den Wegfall der Privatpraxis das Durchschnittseinkommen überdimensional sinken. Die oben angegebenen Durchschnittszahlen sind also unter diesem Gesichtspunkt höher als es den tatsächlichen Verhältnissen entspricht.

Ersatzkrankenkassen

Die eingangs zitierte Notiz der „Neuen Zeitung“ nennt als Gegenstand der Reform die Beseitigung des Nebeneinander der Knappschafts-, Kranken-, Invaliden-, Angestellten- und Arbeitslosenversicherung, die durch die stufenweise Entwicklung des Sozialversicherungswesens entstanden und heute unwirtschaftlich sei. Daß die Invaliden- und Arbeitslosenversicherung gänzlich andere Aufgaben hat wie die Krankenversicherung und auch auf völlig anderen Grundlagen beruht, ist oben bereits erwähnt. (Seite 26.) Was dagegen die Vielheit der Arten von Krankenkassen anbelangt, so sind heute bereits Einheitsverträge der Ärzteverbände mit den Orts-, Betriebs-, Knappschafts- und Innungskrankenkassen abgeschlossen und es darf auch in diesem Zusammenhang erwähnt werden, daß Württemberg das erste Land war, das diese Vereinheitlichung der vertraglichen Beziehungen zwischen Ärzten und Krankenkassen durchgeführt hat. Völlig anders aber ist die Lage bei den kaufmännischen Ersatzkrankenkassen. Zwischen der Ärzteschaft und dem Verbands der kaufmännischen Ersatzkrankenkassen waren seit langem Verträge gültig, die eine günstigere Behandlung der Ärzte vorsehen, und heute bestehen Verträge, die die Bezahlung der Ärzte nach Einzelleistungen, und zwar nach einer Gebührenordnung vorsehen, die, wenn auch durchaus noch nicht befriedigend, so doch immerhin bei dem jetzigen Stand der Versicherungsgrenze erträglich sind. Das Risiko der Krankheitshäufigkeit wird hier also nicht mehr von den Ärzten, sondern von den Krankenkassen getragen. Die Ärzteschaft hält die Bezahlung nach Einzelleistungen für die zweckmäßigste und würdigste Art ihrer Honorierung.

Der Grund für diese besseren Verhältnisse liegt tiefer. Nach dem gegenwärtigen Arbeitsrecht erhält der mit Gehalt ausgestattete Angestellte im Falle der Erkrankung seinen Gehalt unter allen Umständen während des Erkrankungsmonats und mindestens einen Monat weiter, also durchschnittlich mindestens während einer sechswöchentlichen Krankheit, während der im Lohn stehende Arbeiter mit dem Tage der Erkrankung seinen Lohn verliert. Der Angestellte benötigt also bis zu einer Krankheitsdauer von durchschnittlich 6 Wochen kein Krankengeld, während der Arbeiter vom Tage der Erkrankung an hierauf angewiesen ist. Das Krankengeld ist aber der größte Ausgabeposten im Budget einer Krankenkasse. Bisher liegen seitens der Krankenkassen noch keine neuen Jahresberichte vor. In der Hitlerzeit wurden keine veröffentlicht. Auf Grund jahrzehntelanger Erfahrung ist die Ausgabe für Krankengeld bei kurzfristigen Krankheiten bis zu 6 Wochen auf zirka 70 Prozent der gesamten Krankengeldausgabe zu schätzen. Die Ausgabe für Krankengeld selbst betrug bei den Ortskrankenkassen usw. weit über 50 Prozent der Gesamtausgaben. Wie es sich heute verhält, ist uns unbekannt.

Ein Zusammenwerfen der kaufmännischen Ersatzkrankenkassen mit den übrigen Krankenkassen würde unter den gegenwärtigen arbeitsrechtlichen Verhältnissen bedeuten, daß das bei den Gehaltsempfängern eingesparte

Krankengeld zugunsten der Lohnempfänger konfisziert würde und daß die bei den Gehaltsempfängern mögliche erträgliche Bezahlung der Ärzte außer Kraft käme. Dies würde eine weitere, sehr einschneidende Verschlechterung des ärztlichen Einkommens bedeuten. Ganz besonders würden wiederum die Fachärzte betroffen werden, und zwar vor allem in den Fällen lebensrettender operativer Eingriffe, die bisher von den Ersatzkrankenkassen in weit sachlicher Weise bezahlt werden konnten, wie von den übrigen Krankenkassen. Es ist überhaupt darauf hinzuweisen, daß die Bezahlung der ärztlichen Leistungen seitens der Krankenkassen mit den Fortschritten der wissenschaftlichen Medizin und dem durch sie bedingten höheren Aufwande besonders auf den Gebieten der operativen Technik, der Diathermie und sonstigen elektrophysikalischen Heilmethoden der hämatologischen Diagnostik nicht Schritt gehalten hat. Bei den Ersatzkrankenkassen liegen auch in dieser Beziehung die Verhältnisse günstiger.

Hier liegt unseres Erachtens der Kernpunkt einer Reform der Sozialversicherung. Der Wegfall des Lohnes mit dem Tage der mit der Arbeitsunfähigkeit verbundenen Erkrankung stammt aus einer Zeit, wo die menschliche Arbeit als eine Ware angesehen wurde, die sich von jeder anderen Ware nur dadurch unterscheidet, daß sie untrennbar verbunden ist mit der Person ihres Erzeugers (Lujo Brentano u. a.). Mit der heutigen Auffassung der sozialen Bedeutung und der Würde der menschlichen Arbeit ist dieser Standpunkt nicht mehr vereinbar. Jedes Tier, ja jede Maschine muß unterhalten werden, auch wenn sie nicht arbeitsfähig ist. Der gegen Lohn arbeitende Mensch allein hat kein Recht auf die Aufrechterhaltung seiner wirtschaftlichen Existenz.

Es kommt hinzu, daß das Krankengeld, das die Krankenkassen dem Lohnarbeiter geben können, weit niedriger ist, als der vorher verdiente Lohn, so daß der erkrankte Arbeiter und seine Familie gerade im Augenblick des durch Erkrankung bedingten Mehraufwandes einen herabgesetzten Unterhaltsbetrag erhält. Die Weiterzahlung in Form des Krankengeldes durch das Unternehmen bis zum Ende des auf die Erkrankung folgenden Monats würde mit einem Schlag die Krankenkassen von ihrem Hauptaufgabenfaktor entlasten, sie würde durch das unveränderte Weiterbestehen des Einkommens des Arbeiters die Behandlung der Erkrankung wesentlich erleichtern und vielleicht auch dadurch die Krankheitsdauer herabsetzen und sie würde außerdem noch die lästigen Kontrollen überflüssig machen, die die Krankenkassen heute zur Einschränkung ihrer Krankengeldausgaben benötigen. Dies wäre auch ein schwerwiegender Beitrag zur Gesunderhaltung des Volkes. Es gibt nämlich nicht nur eine Krankheitssimulation, es gibt auch eine Gesundheitssimulation, denn der im Lohn tätige Arbeiter unterdrückt nicht selten Krankheitsbeschwerden aus Furcht, seinen Lohn einzubüßen und sich mit dem Krankengeld begnügen zu müssen. Dadurch kommen Krankheiten verspätet in ärztliche Behandlung und es ist bekannt, in wievielen Fällen Krankheiten bei sofortiger Einleitung der Heilungsmaßnahmen im Augenblick der ersten Beschwerden rasch und restlos geheilt werden können, was bei verspäteter Erkennung nicht mehr möglich ist.

Verpflichtung aller Ärzte

Mit der am Schluß der zitierten Notiz über die Reform der Sozialversicherung erwähnten Verpflichtung aller Ärzte zur Behandlung von Kassenpatienten geht die Ärzteschaft durchaus einig und hat sie von sich aus in Württemberg

bereits durchgeführt. Wir stehen auf dem Standpunkte, daß jeder Patient vor dem Arzt gleich ist und daß auch nicht der Anschein erweckt werden darf, als gäbe es Ärzte, die in dieser Beziehung einen Unterschied machen. Eine Ausnahme haben wir nur für Krankenhausärzte in der Hinsicht vollzogen, daß diese ausschließlich zur Konsiliartätigkeit berechtigt und verpflichtet sind.

Die Reform der deutschen Sozialversicherung ist die Schicksalsfrage des deutschen Arztiums. Die unterzeichneten ärztlichen Organisationen bitten unter Bezugnahme auf diese Darlegungen, mit sofortiger Wirkung in alle Planungen und Beratungen eingeschaltet zu werden. Sie erheben Einspruch dagegen, in undemokratischer Weise Objekt einer Gesetzgebung zu sein, zu deren Aufbau sie durch ihre Arbeit im Dienste der Volksgesundheit seit Jahrzehnten beigetragen haben. Sie erklären sich zu sachkundiger Mitarbeit an diesem Werke ausdrücklich bereit.

Ärztekammer Nord-Württemberg

Der Vorsitzende:

gez.: Dr. Gundert

Kassenärztliche Vereinigung Württemberg

Der Vorsitzende: Geschäftsführender Arzt:

gez.: Dr. Ehrlich gez.: Dr. Franz Koebner

Nachtrag zur Denkschrift

Das Brutto-Einkommen der württembergischen

Kassenärzte

IV/45

Absolute Zahlen:

Einkommen bel	prakt. Ärzten	Fachärzten	Insgesamt
aus Zahl	907	354	1261
Kassenpraxis	2 360 880.—	823 031.—	3 192 911.—
Privatpraxis	1 220 542.—	1 030 664.—	2 251 206.—
Kassen- und Privat	3 580 422.—	1 853 695.—	5 434 117.—

Durchschnittszahlen:

Kassenpraxis	2 612.—	2 325.—	2 532.—
Privatpraxis	1 346.—	2 911.—	1 785.—
Kassen- und Privat	3 958.—	5 236.—	4 317.—

Prozentuale Verteilung:

Kassenpraxis	66,00 %	44,38 %	58,60 %
Privatpraxis	34,00 %	55,62 %	41,40 %
Kassen- und Privat	65,95 %	34,05 %	100,00 %

Wie zu erwarten war, ist die Zahl der Ärzte weiterhin gestiegen und betrug 1261. Der Wiederbeginn der Arbeit der Zulassungsausschüsse zeigt sich in dieser Zahl, wenn auch die Hauptsteigerung erst im I. und II./46 zu erwarten ist. Mit Ende II./46 dürfte in der Hauptsache die Umstellung auf die neuen Verhältnisse beendet sein, so daß von da ab mit einer gewissen Stabilität zu rechnen ist. Die Steigerung des Einkommensvolumens von RM 4 318 000.— auf RM 5 444 000.— ist auf verschiedene Ursachen zurückzuführen, denn infolge der Pauschalbezahlung der Krankenkassen dürfte sich in der Steigerung des Kasseneinkommens von RM 2 632 000.— auf RM 3 192 000.— im wesentlichen die Zunahme der Beschäftigung in der Wirtschaft ausdrücken, deren weitere Entwicklung ja von hier aus nicht beurteilt werden kann, während die Einkommenszunahme aus der Privatpraxis von RM 1 686 000.— auf

RM 2 251 000.— wahrscheinlich saisonmäßig bedingt ist. Die Erkrankungsziffer ist in der kalten Jahreszeit höher als in der warmen. Die leider nicht herstellbare Statistik über mehrere Jahre der Vergangenheit würde diese Saisonschwankungen der Morbidität und damit auch das Einkommen aus der Privatpraxis noch deutlicher und beweisbarer in Erscheinung treten lassen. Die Berechnung der Verhältnis- und Beziehungszahlen zeigt im wesentlichen die gleichen Ergebnisse wie die der vorhergehenden Vierteljahre und erhöht damit deren Beweiskraft. Die Verteilung des ärztlichen Gesamteinkommens auf Kassen- und Privatpraxis ist sowohl im letzten Kriegsvierteljahr I./45 wie im Übergangsvierteljahr III./45 und im Vierteljahr beginnender Beruhigung IV./45 so gut wie völlig stabil geblieben. Der Anteil der Kassenpraxis am Gesamteinkommen ist sogar von 60,99 Prozent auf 58,60 Prozent gesunken, der aus Privatpraxis von 39,01 Prozent auf 41,40 Prozent gestiegen. Doch möchte ich es unentschieden lassen, ob diese nicht so sehr erhebliche Verschiebung auf jahreszeitliche oder äußere Ursachen zurückzuführen ist oder ob sie nur eine zufällige Schwankung bedeutet. Dagegen zeigt sich wiederum der gleich große Unterschied zwischen der Einkommenszusammensetzung bei praktischen Ärzten und bei Fachärzten. Bei den praktischen Ärzten macht das Kasseneinkommen zwei Drittel des Gesamteinkommens aus, während bei den Fachärzten das Privateinkommen dasjenige aus Kassentätigkeit sehr erheblich übersteigt. Sehr lehrreich sind gerade in dieser Beziehung die absoluten Zahlen, die mit aller Eindringlichkeit vor Augen führen, welcher Ausfall durch die Einbeziehung der bisherigen Privatpraxis in die allgemeine Volksversicherung zu ersetzen wäre und mit welcher sehr erheblichen Neubelastung die geplante Volksversicherung gegenüber der bisherigen Sozialversicherung zu rechnen hat.

Der Schwerpunkt dieser Denkschrift liegt in der Anklage, daß die Ärzteschaft nicht vom ersten Augenblick an bei einer derartig einschneidenden Veränderung aller Grundlagen der Gesundheitspflege zur Mitarbeit herangezogen wurde. Es mag in Anbetracht der heutigen Zeitverhältnisse mit ihren erst im Werden begriffenen Volksvertretungen verständlich sein, daß die Vorarbeiten dieser Kommission unter völligem Ausschluß der Öffentlichkeit erfolgt sind; aufs äußerste bedauerlich und unentschuldigbar aber ist es, daß in diese Kommission keine Vertreter der Ärzteschaft berufen wurden und daß die Vertreter der Ärzteschaft trotz aller rechtzeitigen Vorstellungen erst nach Abschluß dieser Arbeit kurz gehört worden sind. Man hat aus der Vergangenheit nichts gelernt und es besteht wieder die alte Beschwerde, daß man den Arzt als Werkzeug, nicht aber als den Sachverständigen auf dem Gebiet der Sozialversicherung betrachtet. Es lebt die Vorstellung in den Köpfen der Beauftragten, daß es sich ausschließlich um materielle Fragen handelt, daß der Arzt lediglich finanziell an der Auswirkung der Sozialversicherung interessiert ist. Es soll natürlich nicht bestritten werden, daß die wirtschaftliche Lage des ärztlichen Standes durchaus von der Gestaltung der Sozialversicherung abhängt und daß die ärztlichen Organisationen pflichtgemäß die Ansprüche der Ärzteschaft unter den neuen Verhältnissen zu vertreten haben; aber daß letzte ethische Fragen im Verhältnis des Arztes zum kranken Menschen betroffen, seelische Bande gefährdet werden, daß Fragen, wie die der Beschränkung ärztlicher Tätigkeit und ärzt-

licher Verordnung auf das sogenannte „wirtschaftlich Notwendige“ an die Wurzel des Arzttums greifen, ja zu Widersprüchen mit den Forderungen der medizinischen Wissenschaft führen können, wurde bei der Vorbereitung dieser Arbeiten völlig übersehen und vergessen. Die Mängel des Entwurfes gehen auf diese Beiseiteschiebung der Sachverständigen zurück, und seine Verfasser dürfen sich nicht wundern, wenn nunmehr von ärztlicher Seite die Kritik einsetzt und Proteste erfolgen.

Will man etwa behaupten, daß die Ärzteschaft die Zeichen der Zeit nicht verstünde, daß sie aus eigensüchtigen Motiven sich neuen Gedanken sozialer Reform widersetze? — Als im 18. Jahrhundert der mechanische Webstuhl in England erfunden wurde, zerstörten die aufgeregten Weber die ersten Maschinen, aus Sorge, ihr tägliches Brot zu verlieren, und noch heute fährt in Deutschland die Eisenbahn in großen Halbkreisen um mittlere Orte herum, weil die Fuhrleute vor hundert Jahren gegen den Anschluß ihres Ortes an das Bahnnetz protestiert haben. Der Arzt war stets, auch entgegen seinen materiellen Berufsinteressen, Träger des sozialhygienischen Fortschritts. Die Prophylaxe von Krankheiten durch Massimpfungen und die Propaganda rechtzeitigen Aufsuchens ärztlicher Behandlung beim ersten Krankheitszeichen sind ärztliches Gedankengut. Der Rückgang der Diphtherie- und Krebssterblichkeit, die außerordentliche Verminderung der Säuglingssterblichkeit sind Auswirkungen ärztlicher Aufklärungsarbeit. Kein Beruf hat so wie der ärztliche den Idealismus, durch Vorbeugung der Krankheiten und Maßnahmen der Gesunderhaltung sein eigenes Arbeitsgebiet einzuengen. Von jeher ist kein Beruf so wenig wie der ärztliche kapitalistisch eingestellt. Im Arztberuf gibt es keinen „Mehrwert“, denn der Arzt lebt von seiner eigenen Arbeit, nicht von der seiner Angestellten, und soweit zur Durchführung ärztlicher Tätigkeit Kapitalanlagen großen Stils, wie Krankenhäuser und Institute notwendig sind, befinden sie sich fast ausnahmslos im Besitze der öffentlichen Hand, des Staates, der Gemeinden, Stiftungen und Religionsgesellschaften.

Die ideellen Motive einer Volksversicherung an Stelle der bisherigen Sozialversicherung widersprechen an sich nicht der ärztlichen Berufsauffassung. Würde in einer derartigen Volksversicherung das bisherige System der bürokratischen Kontrolle, das der ärztlichen Handlungsfreiheit so durchaus widerspricht, fallen gelassen, würde in einer derartigen Volksversicherung das private Vertrauensverhältnis zwischen dem Arzt und jedem seiner Kranken wiederhergestellt, so hätten die Reformer sicherlich die schwersten Bedenken der Ärzteschaft beseitigt. Der vorliegende Entwurf aber ist gerade in bezug auf das Verhältnis des Arztes zum Patienten eine Abschrift der bisherigen unzumutbaren Bestimmungen, und auf diese Weise verbessert er bei der Erweiterung umfassender ärztlicher Hilfe die Voraussetzungen der Volksgesundheit nicht, sondern er wird durch den Grundsatz der Normung jedes ärztlichen Tuns die ärztliche Tätigkeit fesseln und dadurch verschlechtern. Der Begriff: „Notwendige ärztliche Hilfe“ ist unärztlich. Im Kampfe gegen Siechtum und Tod schweigen die materiellen Gesichtspunkte. Der Arzt hat nicht das unbedingt Notwendige, sondern alles irgend mögliche zu tun, um dem Kranken, der sich ihm anvertraut, zu helfen, und wenn das Damokles-Schwert des § 172: „Der Arzt, der die nach den Umständen erforderliche Sorgfalt außer acht läßt, hat der

Landesversicherungsanstalt den daraus entstandenen Schaden zu ersetzen“ über der ärztlichen Arbeit hängt, so ist diese dadurch allein ihres freien und verantwortlichen Wesens beraubt. Was in einer Sozialversicherung, wenn auch unter schweren Bedenken, noch gerade an der äußersten Grenze des Erträglichen lag, ist eben in einer Volksversicherung nicht mehr tragbar.

Wie es scheint, ist man sich in weiten Kreisen und auch bei den Autoren dieses Entwurfes nicht darüber klar, wie unendlich viel ärztlicherseits völlig umsonst aus ärztlicher Ethik und ärztlichem Berufsidealismus geleistet wurde und wieviel die Berufseinnahmen der Ärzte aus der Privatpraxis dazu beigetragen haben, es dem Arzte zu ermöglichen, die bisher bereits vorhandenen Schwächen der sozialen Krankenversicherung im Dienste der Versicherten zu mildern und zu überwinden. Die bisherige Privatpraxis der Ärzte ist zu einem beachtlichen Teil auf diese Weise indirekt den Mitgliedern der Krankenkassen zugute gekommen. Und wenn an irgend einer Stelle ein Arzt in der Behandlung seiner Kassen- und privaten Kranken sachliche Unterschiede gemacht hat, so ist gerade dem von seiten der ärztlichen Organisationen stets mit aller Entschiedenheit entgegengetreten worden.

Das gleiche gilt in noch höherem Maße von der Krankenhauspflege. Auch hier ist die Privatpraxis in weitem Umfange indirekt den Kassenmitgliedern zugute gekommen. Die Überschüsse der Privatabteilungen haben das Defizit der allgemeinen Verpflegungsklasse gedeckt, und die wirklich ausgezeichnete Aufnahme der Krankenkassenmitglieder in den modernen Krankenhäusern ermöglicht. Die Chef- und Stationsärzte sind mit Rücksicht auf ihr Recht, den Kranken der Separatabteilung privat zu liquidieren, mit sehr niedrigen Gehältern angestellt; die Assistenz- und Volontärärzte arbeiteten bisher teils unentgeltlich, teils mit Gehältern, die in der übrigen Wirtschaft nur für die niedrigsten Dienste vorkommen, in der Erwartung eines entsprechend hohen zukünftigen Einkommens als gut ausgebildete Fachärzte.

Und schließlich gilt das gleiche auch von der Arzneimittelversorgung. Der Arzt mußte bisher nicht nur einen Versicherten für RM 6.— vierteljährlich behandeln, er haftete außerdem noch für die Überschreitung gewisser Grenzen in seinen Arzneiverordnungen. Daß die Arzneiausgaben bedeutend steigen, liegt an den hohen Preisen der neuen hochwirksamen Mittel. Wie lange hat es gedauert, bis Krankenkassenverwalter begriffen, daß Vitamine und Hormone, Organpräparate und Sulfonamide kein Luxus, sondern lebensrettend sind! Auch hier werden erhebliche Beträge zugunsten der Kasse verschenkt, teils in Krankenhäusern aus den Überschüssen der Separatabteilung, teils auch durch Entgegenkommen der chemischen Industrie.

Die Reformbedürftigkeit aller dieser Verhältnisse ist wohl unbedingt zuzugeben; über die einzuschlagenden Wege einer Reform sollte die Diskussion eröffnet werden; aber darüber muß man sich klar sein, daß die Behebung dieser historisch gewordenen Verhältnisse durch die Schaffung einer Volksversicherung eine neue, sehr erhebliche zusätzliche Belastung der Krankenversicherung bedeutet und daß daher in Anbetracht der deutschen Verhältnisse der gegenwärtige Zeitpunkt für die Durchführung dieser Reform denkbar ungeeignet ist.

Zum Schlusse noch ein kurzes Wort über die politische Seite der Sozialversicherungsreform. Mit der Versicherung

des ganzen Volkes gegen die Wechselfälle des Lebens ist ein fast hundertjähriger Programmpunkt der sozialistischen Parteien erfüllt. Wer die damaligen Zeitverhältnisse kennt, der weiß, daß aus diesem Programmpunkt nicht der Wille zur Unterdrückung des Ärztestandes, sondern im Gegenteil, die Achtung vor dem Werte der ärztlichen Arbeit spricht, die dem ganzen Volke zugute kommen soll. Von hier aus erfolgte der Anstoß zur Schaffung der deutschen Sozialversicherung, mit der Deutschland führend auf sozialpolitischem Gebiete wurde. Inzwischen ist das Recht auf Gesundheit Gemeingut des Willens aller Parteien in allen Völkern geworden. Aber die Zeiten haben sich geändert und heute muß sich gerade der deutsche Politiker jeder Richtung sagen, daß man ein noch bewohnbares Haus in Notzeit nicht einreißt, wenn nicht der bis ins kleinste

durchdachte Plan für den Neubau vorliegt und die Mittel dafür gesichert sind. Auch unter den Ärzten finden sich neben einer Anzahl indifferenter Menschen überzeugte Verfechter aller politischen Richtungen. Es mag sein, daß nicht nur auf seiten der Ärzte, sondern auch auf denen der bisherigen Versicherungsträger bei der Beurteilung der Reformvorschläge mehr oder weniger politische Ressentiments eine Rolle spielen. Doch gerade diese für jeden und für jede Organisation so entscheidende Frage erfordert nüchternste, sachlichste Kritik. Mögen die Ansichten über die Zweckmäßigkeit oder Unzweckmäßigkeit der einzelnen Zweige unter den Ärzten noch so sehr auseinandergehen, in einem Punkte sind sie einer Meinung: Der Behauptung der Freiheit der ärztlichen Berufsausübung!

Besprechungsergebnis

Auf Freitag, 31. Mai, abends, hatte Direktor Gerlach einen kleinen Kreis von zuständigen Personen in der Angelegenheit des Gesetzentwurfs zur Sozialversicherung zu sich gebeten zu einer zwanglosen Fühlungnahme.

Erreicht wurde Vertrauensmöglichkeit nach verschiedenen Richtungen:

1. für die Versicherten, denn ärztlicherseits kam kräftige Gegenwehr gegen die aufs neue geplante Spardagnostik und Sparbehandlung zum Wort, auch wurde allgemein die verspätete Zuziehung der Ärzte, nämlich zu dem schon gedruckten Entwurf, deutlich beanstandet (Gundert und Breuninger);
2. für die Kollegen, denn von allen Seiten wurde die Notwendigkeit einer ausreichenden Existenzsicherung und eines Äquivalentes für erlangene Privatpraxis begriffen. Besonders ein Arbeitervertreter erklärte die Arbeitsfähigkeit und Arbeitsfreudigkeit des Arztes für ab-

hängig von einem anständigen Einkommen;

3. für die Sozialversicherung in ihrer Beziehung zu den Ärzten und umgekehrt. Man erklärte sich gegenseitig ausdrücklich: die bisherigen dauernden Reibungsquellen müssen weg. Also: die Ärzteschaft wird die ihr zur Verfügung zu stellenden Mittel der Sozialversicherung selbst verteilen, ferner wird sie in Sachen der Sozialversicherung selbst die Kontrollärzte ihres eigenen Vertrauens suchen. Der Vertreter der Sozialversicherung betonte nachdrücklich: Aus dieser Sache wollen wir uns zurückziehen.

Die Ärzte sind von jetzt ab in der Lage, auf die Gestaltung des Gesetzes nach Maßgabe des überhaupt gegenwärtig Möglichen Einfluß zu nehmen und werden es tun.

Dr. Hermann Gundert Dr. Manfred Breuninger
Dr. Theodor Döbler.

Der Arzt und das Gesundheitsgesetz in England

Von Dr. med. Ernst Röhr.

Die Folgen des Krieges, der so vielen Menschen das Leben und die Gesundheit kostete, haben die Gesetzgeber der am stärksten betroffenen Länder zu dem Versuch bewegt, ihre sozialen Gesetze, besonders auf dem Gesundheitssektor, einer Reformierung zu unterziehen. In den Vereinigten Staaten hat Präsident Harry S. Truman Ende 1945 seiner Volksvertretung die Annahme des Wagner-Murray-Dingell Bill anempfohlen. Großbritannien ist gerade auf dem besten Wege, den Entwurf zu einem „Nationalen Gesundheitsdienst“ (National Health Service Bill) Gesetz werden zu lassen.

In England ist, abgesehen von kleinen Änderungen, seit 1936 das Nationale Gesundheitsversicherungsgesetz (National Health Insurance Act)¹ in Kraft. Dieses erfaßt alle arbeitenden, nichtselbständigen Personen über 16 Jahre als Pflichtmitglieder (employed contributors). Ausgenommen vom Versicherungszwang sind alle Personen, die einem nicht-handwerklichen Beruf mit einem jährlichen Einkommen über 420 engl. Pfund (ca. 5000 RM) angehören; sie können aber als freiwillige Mitglieder aufgenommen wer-

den. Als Versicherungsbeitrag, der sowohl für die Krankenversicherung als auch für die Invalidenversicherung gemeinsam gilt, müssen für Männer wöchentlich 2 shilling (2 RM), für Frauen 1 sh. 7 p. (1.60 RM) abgeführt werden, wobei Arbeitgeber und Arbeitnehmer gewöhnlich die Kosten zu gleichen Teilen tragen. Die gewährte Unterstützung im Krankheitsfalle umfaßt: freie ärztliche Behandlung, Krankengeld (nicht länger als 26 Wochen) etwa 18 sh. (18 RM) die Woche für Männer und 15 sh. für Frauen nach 104 Beitragszahlungen; nach 26 Beiträgen 12 sh. für Männer und 15 sh. für Frauen; Krankenbeihilfe nach der 26. Krankheitswoche 10½ sh. für Männer, 9 sh. für Frauen, 8 sh. für unverheiratete Frauen.

Der neue Gesetzentwurf zu einem nationalen Gesundheitsdienst (National Health Service Bill)² hat, wie Aneurin Bevan, der englische Gesundheitsminister, sich ausdrückte, den Vorzug, daß der gesamten Bevölkerung ohne jegliche Versicherungsbeschränkung ein allumfassender Gesundheitsdienst zur Verfügung steht. Die im Gesetzentwurf vorgesehenen, einschneidendsten Änderungen betref-

¹ Statesman's Year Book of 1944.

² The Times, London, vom 1. Mai 1946.

fen die Krankenhäuser, die niedergelassenen Ärzte und eine Bildung von Gesundheitsbezirken (Health Centre). Sämtliche Krankenhäuser, gleichgültig ob im kommunalen oder privaten Besitz, werden unter gleichzeitiger Übernahme des ärztlichen Personals verstaatlicht. Die Gesamtverwaltung aller Krankenhäuser eines Bezirks soll einem regionalen Ausschuß (Regional Board) obliegen, der sich aus Vertretern der Ärzteschaft, der staatlichen Gesundheitsbehörde und früheren Verwaltungsbeamten von Hospitälern zusammensetzt.

Ein genauer Plan für die Behandlung der niedergelassenen Ärzte steht noch nicht fest. Zunächst soll eine bessere Verteilung der Ärzte im Lande erreicht werden. Weiterhin soll der Kauf oder Verkauf einer Arztpraxis verboten werden. (In England genießt die Praxis eines Arztes etwa dieselben Rechte, wie eine deutsche privilegierte Apotheke.) Der Wert aller Arztpraxen wird mit 66 Millionen engl. Pfund (etwa 800 Mill. RM) angegeben. Eine Art Entschädigung der Ärzte ist vorgesehen in Form von Pensionsgehalt und finanzieller Berücksichtigung für bisher geleistete Dienste. Die Frage der Bezahlung der ärztlichen Tätigkeit ist noch nicht geklärt. Beabsichtigt ist, dem Arzt ein kleines Grundgehalt und ein „Kopfgeld“ aus öffentlichen Mitteln zu zahlen. Die freie Praxis soll nicht ganz ausgeschaltet werden, und zwar ist das so zu verstehen, daß der Arzt einen Patienten, der nicht zu seinem, dem Arzt zugewiesenen Behandlungsbezirk gehört, ärztlich beraten und dafür ein Honorar verlangen kann; allerdings besteht dann später für den Patienten die Möglichkeit, sich zu diesem Arzt „umschreiben“ zu lassen, wodurch der Anspruch auf bare Honorierung wegfällt. Die in England übliche „Gruppen-Praxis“, bei der sich Allgemeinpraktiker und Fachärzte zu einer Arbeitsgemeinschaft zusammenschließen, soll bestehen bleiben. Fachärzte in Krankenhäusern dürfen Privatpatienten haben, um dem Wunsche mancher Patienten nach besonderer Bequemlichkeit wie Einzelzimmer usw. entgegenzukommen und um ein eventuelles Neugründen von Privatkliniken (nursing home) zu verhindern.

Die Gesundheitsbezirke (Health Centre) — England und Wales sollen in 18 bis 20 solcher Bezirke aufgeteilt werden — stellen eine organisatorische Zusammenfassung von Universitätsklinik, Krankenhäusern, Gruppen von niedergelassenen Ärzten und öffentlichen Gesundheitsämtern eines bestimmten Landesteiles dar. Einzelheiten über ihren Aufbau liegen bisher nicht vor.

Bei der zweiten Lesung des Gesetzesvorschlages am 2. Mai 1946 im englischen Unterhaus³ wurden von seiten der Opposition starke Bedenken über die Auswirkungen dieser Neuerungen vorgebracht. Colonel Stoddard-Scott äußerte sich dahin, daß das Gesetz nichts zu einer positiven Gesundheit beitrage und daß es den Krankenhäusern keinen höheren Standard zusichere, sondern eher dem Verhältnis des Arztes zum Patienten Schaden zufüge. Sir W. Wakefield wies darauf hin, daß die Ärzteschaft, nachdem sie sich während der letzten 2 Jahrzehnte für eine Reform der Gesundheitsgesetze eingesetzt hätte, fast einmütig den jetzigen Vorschlag ablehne, da er der Öffentlichkeit einen schlechteren statt besseren Dienst erweise. Das Prinzip der freien Arztwahl höre damit auf. Sir E. Graham-Little von der Londoner Universität lehnte das Gesetz ab, da sein Berufsstand weitaus dagegen sei, besonders die

Gruppe der beratenden Ärzte. Medizin ist eine Kunst, und Kunst liebt kein Kommandieren, gab J. S. C. Reid zu bedenken. Die Loyalität des praktischen Arztes sollte allein seinem Patienten gehören und nicht irgendeiner Dienststelle oder dem Staat. Zur beamteten Staatsmedizin sei es nur noch ein Schritt. Lordsiegelbewahrer Greenwood gab in seiner Antwort zu verstehen, daß das freie Krankenhaus-System aufhören würde, jedoch die konfessionelle Eigenart gewisser Krankenhäuser gewahrt bleiben solle.

Die britische Ärztevereinigung (British Medical Association)⁴ betonte ihre Bereitwilligkeit zur Verbesserung des sozialen Gesundheitsdienstes, wies aber auf die Gefahr der Diktatur auf medizinischem Gebiet hin und faßte auf ihrer Ratssitzung am 2. Mai 1946 den Entschluß, eine Abstimmung über die Stellung zum Gesetzentwurf unter der Ärzteschaft herbeizuführen, bevor den Ärzten empfohlen wird, unter dem neuen Gesetz den Dienst anzutreten oder zu verweigern. Mehrere Forderungen wurden mit Bezug auf den neuen Gesundheitsdienst aufgestellt. Der Allgemeinpraktiker soll Zugang zu den pathologischen und radiologischen Einrichtungen haben; außerdem beansprucht er für die von ihm behandelten Patienten Betten in besonderen Krankensälen oder Hospitälern, sowie die Bezahlung nur nach „Kopfzahl“. Das Verbot über Verkauf bzw. Erwerb einer Praxis wurde abgelehnt, da es die Gruppen-Praxis zerstöre.

Der Leitartikel der Londoner „Times“ vom 3. Mai 1946 geht näher auf den Gesetzentwurf ein. Vom Grundgehalt wird gesagt, daß es dem jungen Arzt helfen würde, sich niederzulassen, ohne vorher ein Darlehen aufnehmen zu müssen, und durch Änderung der Gehaltshöhe könne man Ärzte in weniger beliebte Bezirke ziehen oder eine Art Belohnung zur Anerkennung für besondere Fähigkeiten schaffen. Aneurin Bevan äußerte sich in dem Sinne, daß die Bezahlung des Arztes im gewissen Grade eine Anerkennung für seinen Eifer und entsprechenderweise eine Strafe für dessen Fehlen sein werde. Zu dem Einwand, daß die Freiheit des Arztes, gleichzeitig innerhalb und außerhalb seiner Dienststelle tätig zu sein, die Gefahr mit sich bringe, daß die Öffentlichkeit das Gefühl bekommt, daß der Amtsdienst eine Art zweiter Klasse sei, und daß es immerhin möglich sei, von einem öffentlich bezahlten Arzt durch das Angebot eines Honorars eine bessere ärztliche Behandlung zu erhalten, machte Bevan die Äußerung, daß dies ein delikates Problem der beruflichen Ethik berühre, das nicht durch Gesetze gelöst werden könne, sondern nur durch die gemeinsame Disziplin der Ärzte selbst. Die Lösung, der Arzt bleibe entweder im öffentlichen Dienst oder draußen, lehnte er ab. Die einzige befriedigende Sicherheit gegen Mißbrauch ist, dem Arzt die materiellen Verhältnisse und die intellektuelle Umgebung im neuen Amt anzubieten, die die Notwendigkeit behebe, sich Honorare zahlende Patienten außerhalb zu suchen.

Der Gesetzesvorschlag wurde mit einem Drittel Stimmenmehrheit im Unterhaus angenommen und wird im Falle einer abermaligen Stimmenmajorität bei der letzten Lesung zum Gesetz. Eine Meinungsumfrage der Zeitung „Daily Express“⁵ ergab, daß 64 Prozent der Befragten für den neuen Gesetzentwurf waren, jedoch 52 Prozent derselben trotzdem weiterhin ihren Privatarzt aufsuchen würden.

⁴ The Times, London, vom 3. Mai 1946.

⁵ Daily Express, London, vom 4. Mai 1946.

³ The Times, London, vom 3. Mai 1946.

Ärztlicher Fortbildungskurs in Tübingen

Einer Anregung unserer Kammer in dankenswerter Weise entsprechend veranstaltet die Medizinische Fakultät im Laufe des Sommers einen Fortbildungskurs in Tübingen für die württembergischen Ärzte. Die Vorträge finden, wie dem anliegenden Programm zu entnehmen, an 4 aufeinanderfolgenden Samstagen in Tübingen statt.

Wir laden hiezu die württembergischen Ärzte ein und sind überzeugt, daß die Kollegen — auch der amerikanischen Zone — von dieser seit Jahren entbehrten Möglichkeit der Fortbildung und der Begegnung in der alten Alma Mater zahlreich Gebrauch machen werden.

Ärztammer Württemberg-Süd
(gez.) Dr. Langbein

	8. Juni	22. Juni
9 h s. t.	Eröffnung durch Dr. Langbein	
9—10 h c. t.	Prof. Dr. Mayer: <i>Ärztliche Ethik</i>	Prof. Dr. Albrecht: <i>Die infektiösen Katarrhe der Stirn- und Kieferhöhle und des Mittelohrs und die Sulfonamide</i>
10—11 h	Dr. Dobler: <i>Über die Versorgung der Kriegsversehrten.</i>	
11—12 h	Prof. Dr. Birk: <i>Aktive und passive Schutzimpfungen bei Infektionskrankheiten</i>	Prof. Dr. Kretschmer: <i>Die Pubertätsentwicklungsstörungen und ihre sozialen Auswirkungen</i>
15—16 h	Prof. Dr. Stickl: <i>Die Natur der Virusarten und ihre pathogene Bedeutung</i>	Prof. Dr. Haffner: <i>Sulfonamide und Penicillin</i>
16—17 h		Prof. Dr. Birk: <i>Die Ernährung des Kindes nach dem Krieg</i>
	6. Juli	20. Juli
9—10 h	Prof. Dr. Letterer: <i>Akute und chronische Streptokokken- und Staphylokokkeninfekte, Sepsis, Pyaemie, Rheumatismus</i>	Prof. Dr. Mayer: <i>Krebs der weiblichen Genitalien</i>
10—11 h	Prof. Dr. Mayer: <i>Weibliche Gonorrhoe</i>	Prof. Dr. Bennhold: <i>Herzkrankheiten</i>
11—12 h	Prof. Dr. Stock: <i>Welche Augenkranken kann der prakt. Arzt selbst behandeln?</i>	Prof. Dr. Bennhold: <i>Diabetes mellitus</i>
15—16 h	Doz. Dr. Schneider, Hautklinik: <i>Thema vorbehalten</i>	Prof. Thies, Chirurgie: <i>Thema vorbehalten</i>
16—17 h		Prof. Dr. Letterer: <i>Der Ablauf der Diphtherie-Erkrankung und ihrer Komplikationen auf Grund des pathologisch-anatomischen Bildes.</i>

Bekanntmachungen

Ärztammer Nord-Württemberg, Stuttgart-Degerloch, Jahnstraße 32, Telefon 7 60 44/45. Ärztkammer Württemberg-Süd, Tübingen, Wöhrdstraße 25, Telefon 22 62. Kassenärztliche Vereinigung Württemberg, Stuttgart-Degerloch, Jahnstraße 32, Telefon 7 60 44/45.

Schwerarbeiterzulagen für Ärzte in Nord-Württemberg

Bekanntmachung des Wirtschaftsministeriums, Abteilung Landwirtschaft und Ernährung, vom 10. Mai 1946:

„Im Hinblick auf die Wichtigkeit des deutschen Personals bei der öffentlichen Gesundheitspflege zum Nutzen der deutschen Bevölkerung und bei der Ausführung der Militärregierungs-Ziele, hat die amerikanische Militärregierung — Kabel-Nr. CC 4356 des OMGUS Berlin — angeordnet, daß zugelassene Ärzte, Krankenschwestern und Hebammen, die aktiv in der Praxis arbeiten und voll beschäftigt sind, ab sofort Schwerarbeiterzulagen erhalten.“

Für die Durchführung dieser Anordnung wird im Einvernehmen mit dem Innenministerium, Abt. Gesundheitswesen, folgendes angeordnet.

1. Voraussetzung für die Gewährung der Zulagen:

Die Zulagen können alle Ärzte, Schwestern und Hebammen in Krankenanstalten aller Art oder mit eigener Praxis erhalten, die nach den geltenden Bestimmungen zugelassen sind und die nachweislich wenigstens 60 Wochenstunden arbeiten.

Ärzte usw., die ausschließlich Bürodienst leisten, können die Zulagen nicht erhalten. Desgleichen erhalten Zahnärzte die Zulagen nicht.

2. Genehmigung der Anträge:

Die Anträge auf Gewährung der Zulagen sind auf dem vorgeschriebenen Formblatt von den Betriebsführern über die örtlichen Gesundheitsämter dem Innenministerium, Abt. Gesundheitswesen, zur Genehmigung vorzulegen. Das Innenministerium übersendet die genehmigten Anträge den Kreisernährungsämtern zur Ausgabe der Zulagekarten an die Betriebsführer.

3. Allgemeine Bestimmungen:

Für die Gewährung der Zulagekarten gelten die allgemeinen Bestimmungen über Gewährung von gewerblichen Zulagen.

Ärzte usw. mit selbständiger Praxis gelten im Sinne dieser Bestimmungen als Betriebsführer.

Die Zulagekarten sind von den Kreisernährungsämtern jeweils für eine Periode an die Betriebsführer auszugeben. Die Betriebsführer dürfen die Karten an die zulageberechtigten Personen nur wochenweise nachträglich ausgeben.

Bei Arbeitsunterbrechung infolge von Urlaub und Krankheit können die Zulagekarten für die Woche, in der die Arbeitsunterbrechung eintritt, belassen werden. Für die anschließenden vollen Wochen der Arbeitsunterbrechung sind die Zulagekarten einzubehalten. Für die Woche, in der die Arbeit wieder aufgenommen wird, können die Zulagekarten dann ausgegeben werden, wenn auf diese Woche und auf die Woche der Arbeitsunterbrechung zusammen wenigstens sechs abgeleitete Arbeitstage entfallen.

Die Gesundheitsämter erhalten die erforderliche Weisung durch das Innenministerium, Abt. Gesundheitswesen.

Das vorgeschriebene Formblatt „Antrag auf Zuteilung von Zusatzkarten für Teilschwer-, Schwer- und Schwerstarbeiter“ ist beim Formularverlag W. Kohlhammer, Stuttgart-S, Urbanstraße 12/16 erhältlich. Der Antrag ist in dreifacher Fertigung einzureichen.

Stellenbesetzung in Krankenhäusern Nord-Württembergs

Die Besetzung der Chefarzt-, Oberarzt-, Assistenzarzt- und Volontärarztstellen sämtlicher Krankenhäuser erfolgt ab 1. Juni 1946 unter Mitwirkung der Ärztekammer Nord-Württemberg. Die Tätigkeit an Krankenhäusern bedarf ebenso wie die in freier Praxis der Überprüfung durch die Ärztekammer.

Die Zweckmäßigkeit dieser Regelung ergibt sich aus der augenblicklichen Lage des Arztstandes, die eine besondere Planung der Stellenbesetzung notwendig macht. Es ist deshalb jeder Arzt vor Übernahme einer Krankenhausstellung verpflichtet, seinen Anstellungsvertrag der Ärztekammer zur Überprüfung vorzulegen. Die Genehmigung erfolgt im Einvernehmen mit dem Innenministerium, Abt. Gesundheitswesen.

Innenministerium	Ärztekammer Nord-Württemberg
Abt. Gesundheitswesen:	Der Vorsitzende:
Direktor Dr. Gerlach	Dr. Gundert

Nachrichten für die Ärzte Groß-Stuttgarts

1. Wichtige Mitteilung

Alle Ärzte Groß-Stuttgarts, die bei dem Niederlassungsausschuß der Ärztekammer seit Kriegsende nicht um erneute vorläufige Niederlassung eingekommen sind, haben kein Recht zur Praxisausübung, weder zur Kassen- noch zur Privatpraxis. Dies betrifft auch sämtliche Ärzte, die vor dem Kriege und während des Krieges bis heute ununterbrochen in der Praxis standen.

Jeder Arzt ist verpflichtet, bis spätestens 1. Juli 1946 eine Abschrift seiner vorläufigen Zulassung der Geschäftsstelle einzusenden. Die Kassenärztliche Vereinigung Württemberg und die Privatärztliche Verrechnungsstelle können mit den Ärzten, die dieser Aufforderung nicht nachkommen, ab 1. Juli 1946 nicht mehr abrechnen und ihnen keine Zahlungen leisten.

Vordrucke für den Antrag auf erneute vorläufige Niederlassung sind bei der Geschäftsstelle anzufordern.

Ärztekammer Nord-Württemberg
Der Vorsitzende: Dr. Gundert.
Kassenärztliche Vereinigung Württemberg
Der Vorsitzende: Dr. Ehrlich.
Der geschäftsführende Arzt:
DDr. Koebner.

2. Dienststellenverlegung

Die Dienststelle des Oberbürgermeisters der Stadt Stuttgart — Gesundheitsreferat — (Prof. Dr. Gaupp) ist von Alexanderstraße 12 A nach Mörikestraße 22 verlegt worden.

3. Niederlassungen für Stuttgart

Niederlassungen für Stuttgart werden entweder für die Innenstadt oder für bestimmte Vororte ausgesprochen. Eine Niederlassung für Stuttgart berechtigt nur zur Praxisaufnahme in der Innenstadt, nicht aber in einem beliebigen Vorort. Eine Niederlassung für Stgt.-Cannstatt, Stgt.-Degerloch usw. gilt nur für den betreffenden Vorort.

Zeugnisse für Arbeiter und Angestellte in Ernährungsbetrieben

Im Laufe des Juni sind wiederum die ärztlichen Zeugnisse für Angestellte und Arbeiter in Ernährungsbetrieben auf Anordnung der amerikanischen Militärregierung zu erstellen. Diese Untersuchungen und Zeugnisse sind private Aufgaben des Arztes. Sie dürfen nicht auf Kosten der Krankenkassen vorgenommen werden, sondern sind nach den Sätzen der Gebührenordnung dem Untersuchten bzw. dem Betrieb in Rechnung zu stellen. Auch für diese Untersuchungen gilt der Grundsatz der freien Arztwahl.

Ungarisches Neosalvarsan

Nach einer Mitteilung des Württ. Innenministeriums Stuttgart befindet sich ein in Budapest hergestelltes Neosalvarsan Bayer im Verkehr, nach dessen Verwendung das Auftreten von schwerster Dermatitis beobachtet worden ist. In Budapest hergestelltes Neosalvarsan Bayer ist daher bis auf weiteres nicht mehr zu verwenden. Deutsches, einwandfreies Neosalvarsan steht in ausreichenden Mengen zur Verfügung.

Abrechnung

IV/45

Die Kassenhonorarabrechnung für IV/45 ist mit einer Quote von 100 % am 22. Mai 1946 erfolgt.

I/46

An der Abrechnung für I/46 wird gearbeitet. Wir werden mit allen Kräften bemüht sein, diese bis Ende Juni, spätestens aber Anfang Juli fertigzustellen.

II/46

Die Abrechnungen sind bis zum 15. Juli 1946 bei uns einzusenden. Eine Verlängerung der Frist wird nur auf besonderen Antrag in begründeten Fällen gewährt.

Die Krankenscheine der Ersatzkassen und Fremdkassen, sowie die Scheine derjenigen Kassen, die nach den Mindestsätzen der Preugo abrechnen (Reichspostkrankenfürsorge, Kreisfürsorge und Wohlfahrtsämter, Schupo) sind der vierteljährlichen Kassenabrechnung beizufügen. Die Krankenscheine der reichsgesetzlichen Krankenkassen sind vom Arzt aufzubewahren, da damit zu rechnen ist, daß sie von uns angefordert werden müssen. In diesem Falle würde eine weitere Bekanntmachung erfolgen.

Auf der Vorderseite der grünen Fallzusammenstellung („FZ“) sind vom Arzt nur die Fallzahlen der reichsgesetzlichen Krankenkassen und der Fremdkassen (verteilt nach Mitgliedern und Familienangehörigen jeder einzelnen Kasse) einzutragen. Das Doppelblatt der grünen „FZ“ ist ebenfalls an uns einzuschicken.

Die Verrechnung der großen Sonderleistungen, sowie des Weggeldes für reichsgesetzliche Krankenkassen geschieht für II/46 in üblicher Weise, unter Ausscheidung der Ersatzkassenanteile.

Die Ersatzkassen II/46 werden nach Einzelleistungen nach den Gebühren der „Adgo“ abgerechnet. Da die geeigneten Formulare hierfür noch nicht zur Verfügung stehen, bitten wir, die Leistungen auf der Rückseite der Krankenscheine zu vermerken. Das Weggeld bei Ersatzkassen ist unter den Ersatzkassen anteilig zu verrechnen. Für die Krankenhausvisiten werden wöchentlich zwei Beratungen in Anrechnung gebracht.



ARZNEIMITTEL „BRUNNER“

CALASOT

Husten, Bronchitis

FERSINAL

sek. Anämien, Erschöpfungszustände

PHOSPHOSILIN

Arteriosklerose, Tuberkulose

ANTINERVIT

Antineuralgicum, Antipyreticum, Analgeticum

DIARRH-STOP

Diarrhöen auf chem. oder infektl. Grundlage

ADOPIN-EMULSION

Rheuma, Gicht, Ischias

ADEKASIN-SALBENSTIFT

Rheuma, Gicht, Ischias

ANGINOSAN

Mund- und Halsaffektionen

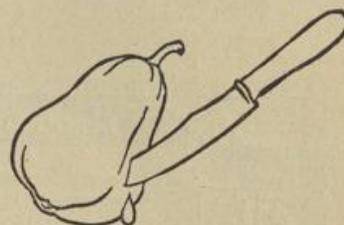
ACENEU

Schnupfen und Nasenkatarrh

LUDWIG BRUNNER K.G.

(früher Günther & Brunner K.G.)

Fabrik pharmazeutischer Präparate
BAD HOMBURG V. D. HÖHE



Arbuz
Dr. Schwab

Bei den Verdauungs-Beschwerden infolge von Ferment-Mangel*. Bei Fäulnis-Dyspepsie und -Diarrhoe. Hebung der Fettverdauung bei Gallenkranken. Verbesserte Nahrungs-Ausnutzung in der Rekonvaleszenz nach Infektions-Krankheiten, im Senium etc.

Dr. Schwab G.m.b.H., München 13

Original-Packung 60 Tabletten RM 1.26

*Arbuz ist: Hochaktiver Milchsaft der carica papaya (Melonenbaum) in fester Form — ein pflanzliches Enzym von großer Verdauungskraft.



Der sichere Schutz

für
Prothesenträger für **Langbettflägerige**
Bruchleidende gegen **Kleinkinder**

Wund- und Schweißschäden

Die Decubitan-Prophylaxe ist vielfach klinisch und fachärztlich erprobt und hervorragend begutachtet. Die orthopädischen Versorgungsstellen verwenden Decubitan-Wundverhütungs-Salbe für Kriegsversehrte (Prothesenträger) seit langer Zeit mit bestem Erfolg. Decubitan wurde im gesamten Wehrmachtssanitätswesen verwendet.

Originalpackung mit ca. 35 g Inhalt RM 1.50

jetzt wieder beschränkt lieferbar an Krankenhäuser und Apotheken

Aerztemuster und Literatur durch den

Alleinhersteller:

Dr. med. Ittershagen & Klee, Komm.-Ges.

Frankfurt am Main

Schließfach 244

Beim hypodynamischen Symptomenkomplex

ENZYCORD

das pflanzliche Cardio-, Vaso- und Neurotonicum

Indikationen: Allgemeine Abgespanntheit und Leistungsschwäche, die auf einer Hypodynamie des Kreislaufsystems und des vegetativen Nervensystems beruhen, leichtere Formen der Herzinsuffizienz, zur Sicherung des Erfolges nach Digitalis- und Strophanthinkuren; zur Stützung der Peripherie des labilen oder hypodynamen Kreislaufs; zur Tonisierung des vegetativen Nervensystems mit den bekannten Rückwirkungen auf den Kreislauf.

Keine Kumulationsgefahr, keine Gewöhnung, schonende Wirkung.

Bestandteile: Viscum album, Gentiana, Salvia, Melissa, Polygonum, Tanacetum, Absinthium, Valeriana, Mentha piperita mit Zusatz wirkungsmäßig dosierter Mengen (D 4) von Adonis vernalis, Strophanthus, Belladonna, Nux vomica und Cannabis sativa.

Dosis: Dreimal täglich 1-2 Tabletten.

Preis: Packungen mit 15 Tabletten zu 0,5 g RM —,90

Dr. Wider & Co.

Chem. Fabrik, Leonberg / Württ.

Citrovanille



Zuverlässig wirkendes Tagesanalgetikum und Antineuralgikum
O. P. zu 6 Piv. RM —.86

Menostabil



Zur Erzielung einer normalen Menses bei Menorrhagien
O. P. zu 20 Tbl. 0.5 RM 1.34

Terucyl



Die bewährte Einreibung gegen Rheuma und Arthritiden
O. P. zu 50 ccm RM 1.17

OTTO & CO. PHARM. PRÄPARATE FRANKFURT (MAIN)

Ein neu entdeckter Körper mit besonderer Wirkungsstärke gegen Asthma bronchiale ist

Aludrin

Dioxyphenyläthanolisopropylamin. sulfuric.

Zur perlingualen Anwendung:

TABLETTEN zu 0,02 g
in Packungen zu 20 Stück und 100 Stück (Anstaltspackung)

Zum Zerstäuben:

1%ige LOSUNG
in Packungen zu 10 g und 75 g (Anstaltspackung)

Versuchsmengen stehen auf Abruf zur Verfügung



C. H. BOEHRINGER SOHN
Ingelheim am Rhein

In Kürze

beginnen wieder zu erscheinen:

Archiv für Kinderheilkunde

Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde

Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie

Zeitschrift für Orthopädie und ihre Grenzgebiete

FERDINAND ENKE VERLAG

Stuttgart-W, Hasenbergsteige 3

Rietenauer Badbronnen

Sanatorium Dr. med. K. H. Bieling
Mineralbad Rietenau / Württ.

Klinik für innere Krankheiten
(Erwachsene und Kinder)

Heilanzeigen:

Innere Erkrankungen, spez. Rheuma und andere Gelenkleiden, Bewegungsstörungen u. Unfallfolgen

Eig. Mineralquelle. Diätküche. Physikalische Behandlung. Windgeschützte Wald- u. Wiesenlage

Telefon: Backnang 561

Kleinanzeigen

Biete neue Höhensonne, Reflekt.-Tischlampe SR 300, Marke Hanau, 220 V, Wechselstr. Suche nur guten Radio, 220 Volt Wechselstr. (kein Volksempf.). Angeb. an J. Schwarz, Schw. Gmünd, Ziegelbergstr. 4.

Arzt, 28 J., ledig, Ostflüchtlg., Führersch., sucht Stelle als Volont.-Ass. in Klinik od. Krankenhs. oder als Hilfe b. Praktiker oder Facharzt gegen Taschengeld, Verpfleg. u. Unterkunft. Approb. 1943. 4 Mon.

Chirurgie. Angeb. unt. Chiffre 16 an den Verlag.

Bücher und vollständige Zeitschriften-Jahrgänge seit 1914 aus dem Gesamtgebiet der Medizin u. Naturwissenschaft. zur Durchführung dringender wissenschaftl. Arbeiten gesucht. C. H. Boehringer Sohn, (18) Ingelheim am Rhein.

Sämtl. ärztl. Instrumente u. Geräte werden repariert, geschärft, vernickelt usw. Lucke u. Co., Hösel/Bez. Düsseldorf.

Zur Dauertherapie des Altersherzens

PERXANTHIN

(Theophyllin 0,16 + Papaverin 0,04)

Wirkungsweise:

Verstärkung der Koronarzirkulation, Verbesserung der Herzmuskulernährung, Steigerung der Herzleistung, Entwässerung.

Indukationen:

Herzbeschwerden im höheren Lebensalter (Beklemmungen, Kurzatmigkeit, Angina pectoris), Koronarsuffizienz bzw. Sklerose, Hypertonie.

Handelsform: Originalröhre mit 20 Tabletten.
Versuchsmengen stehen auf Wunsch kostenlos zur Verfügung.



DR. KARL THOMAE - BIBERACH AN DER RISS

Wunddesinfektion durch gesteuerte Phenol-Lampher-Abgabe -

Zur Heilung infizierter Gewebeprozesse und zur Therapie bei Pemphigus und Ulcus cruris

bewährt sich immer
das baktericide

VAOPIN

Wundstreupulver - Wundsalbe



Vasenol-Werke · Dr. Arthur Köpp K.-G.
Leipzig

Kirchner & Wilhelm
Stuttgart



„KaWe“ Qualitäts-Instrumente

Neukonstruktionen nach Ihren Anregungen
auf Grund unserer mehr als fünfzigjährigen
Erfahrung

Rietenauer Badbronnen

Sanatorium Dr. med. K. H. Bieling
Mineralbad Rietenau / Württ.

Klinik für innere Krankheiten (Erwachsene und Kinder)

Heilanzeigen:
Innere Erkrankungen, spez. Rheuma
und andere Gelenkleiden,
Bewegungsstörungen u. Unfallfolgen

Eig. Mineralquelle. Diätküche. Physikalische Behandlung. Windgeschützte Wald- u. Wiesenlage
Telefon: Backnang 561

Sonder-Tarife für Ärzte

bieten wir durch unsere Kranken - Tagegeld - Versicherung. Bei Krankheitskosten - Tarifen Sonderregelung für Ärzte. Die Großzügigkeit der D.K.-V. ist in Berufskreisen bekannt. Verlangen auch Sie unverbindlich unser Angebot N1-N2 und urteilen Sie selbst.



Deutsche Kranken-Versicherungs-A.-G.
Landesdirektion für Südwestdeutschland
Stuttgart-S, Marienplatz 14, Ruf 76134

H

Africin-Salbe

(Flechtensalbe) und

Africin-Puder

zur austrocknenden Behandlung von oberflächlichen Hautkrankheiten können wieder verordnet werden.

August Friedrich, pharm. Präparate
Stuttgart-S

3 Dermatologica für die Praxis:

Ekzefug
gegen Ekzeme, Lichenes
Dermatomykosen

Psorimed I, II, III
gegen Psoriasis

Scabifug
gegen Scabies

Auch in der amerikanischen Zone erhältlich

Dr. August Wolff, Chem. Fabrik K.G., Bielefeld

NORDMARK-ERZEUGNISSE

CALCIUM-Nordmark

Tabletten, Ampullen

GE-FERRO

stabilisiertes Ferro-Eisen; Pillen,
Saft, Ampullen

ENZYNORM

zur Magensaft-Substitutions-
therapie; Bohnen, liquidum

NEO-HEPATRAT

zur Perniciosa-Behandlung;
Ampullen

ZENTROPIL

(Diphenylhydantoin) Anti-
epilepticum; Tabletten

Sulfonamide

Eubasinum

(Sulapyridin)
Tabl., Amp., Wund-
streupulver
Pneumokokken- und
Meningokokken-
Infektionen, Gonorrhoe

Chemodyn

(Sulfanilamid)
Tabletten
Streptokokken- und
Staphylokokken-
Erkrankungen,
Infektionen der
Harnwege

Resulfon

(Sulfaguandin)
Tabletten
Infektiöse Darm-
erkrankungen,
Bazillendysenterie,
Ruhr, Hepatitis
epidemica

NORDMARK-WERKE G.m.b.H. HAMBURG

(24) Werk Uetersen/Holst.

In allen Apotheken
erhältlich

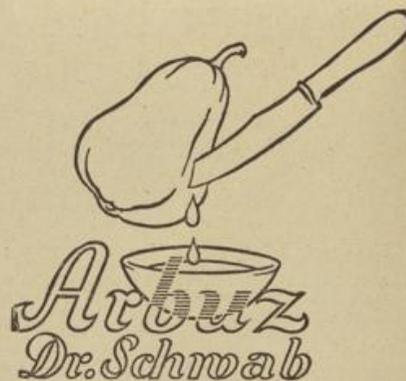
Schering

NITRO-TABLETTEN » SCHERING «

Diphosphat des Triäthanolamin-Trinitrats
in Tabletten zu je 1 mg

- Bei ● Angina pectoris
u. a. Angiospasmen
- Migräne
 - Hypertonie

SCHERING A.G.
BERLIN



Bei den Verdauungs-Beschwerden in-
folge von Ferment-Mangel*. Bei Fäul-
nis-Dyspepsie und -Diarrhoe. Hebung
der Fettverdauung bei Gallenkranken.
Verbesserte Nahrungs-Ausnutzung
in der Rekonvaleszenz nach Infek-
tions-Krankheiten, im Senium etc.

Dr. Schwab G.m.b.H., München 13

Original-Packung 60 Tabletten RM 1.26

*ArbuZ ist: Hochaktiver Milchsaft der carica papaya
(Melonenbaum) in fester Form — ein pflanzliches
Enzym von großer Verdauungskraft.