

Badische Landesbibliothek Karlsruhe

Digitale Sammlung der Badischen Landesbibliothek Karlsruhe

Württembergisches Ärzteblatt. 1946-1946 1946

7 (1.8.1946)

Württembergisches Ärzteblatt

HERAUSGEGEBEN VON DEN WÜRTTEMBERGISCHEN ÄRZTEKAMMERN UND DER
KASSENÄRZTLICHEN VEREINIGUNG WÜRTTEMBERG

Schriftleitung: Dr. med. Wilhelm Metzger · Verlag: Ferdinand Enke, Stuttgart-W

Heft 7

STUTTGART, AUGUST 1946

1. Jahrgang

Protest der Ärzteschaften

von

Württemberg, Baden, Bayern, Hessen

gegen den

Entwurf der Sozialversicherungsreform

Zum Geleit!

An unsere Kollegen und Kolleginnen.

Der Entwurf der Sozialversicherungsreform lag vor uns, und nachdem wir uns zuerst in kleinerem Kreise einer Ärztekammertagung darüber ausgesprochen hatten, trat auch aus der Ärzteschaft bereits die Anregung auf, die Angelegenheit vor allen Ärzten zu behandeln. Dies geschah am Sonntag, dem 28. Juli 1946, in der Ihnen im Ärzteblatt angekündigten Versammlung, zu der etwa 400 Ärztinnen und Ärzte erschienen waren.

Die Versammlung nahm den von den unterzeichneten Veranstaltern erhofften Verlauf.

Die unten folgende Protestresolution wurde einmütig angenommen.

Wir wünschen, die Bedeutung dieses Ereignisses für die Aufmerksamkeit der noch weniger Interessierten und zur bekräftigenden Erinnerung der Anwesenden und der beruflich am Erscheinen Verhinderten dadurch zu unterstreichen, daß wir Ihnen den nahezu ungekürzten Bericht als Heft des Württembergischen Ärzteblattes übersenden.

Wir schicken ihn gleichzeitig an alle uns erreichbaren Ärzte in anderen Zonen.

Alles, was uns Ärzte sachlich und räumlich trennt, sollte in dieser Sache in den Hintergrund treten durch die große Idee unseres menschenverbindenden Berufes.

In diesem Sinne geben wir dem Sonderheft kollegiale Grüße mit auf den Weg!

Für die Ärzteschaft:
Dr. med. G. Husemann
Dr. med. M. Husemann

Ärztekammer Württemberg/Baden
Der Präsident:
Dr. med. H. Gundert

Niederschrift

über die Versammlung am Sonntag, dem 23. Juli 1946, vorm. 9.30 Uhr, im großen Hörsaal
des Physikalischen Instituts, Stuttgart, Wiederholdstraße 13

Der Vorsitzende der Ärztekammer Württemberg-Baden, Herr Dr. med. Gundert, eröffnet die zahlreiche besuchte Versammlung mit folgenden Worten:

Meine Damen und Herren, im Namen der Ärztekammer Württemberg-Baden begrüße ich Sie aufs herzlichste. Ich begrüße besonders die Redner, die uns heute mit ihrer Auffassung über unser Thema bekannt machen wollen, und ich begrüße besonders die Vertreter der Ärzteschaft Bayern und Groß-Hessen.

Es folgt das Referat von Herrn Dr. med. Gisbert Husmann, Stuttgart.

Hochverehrte Gäste, meine Damen und Herren!

Alle diejenigen, denen zum Bewußtsein gekommen ist, was die Veranlassung zu dieser ersten Begegnung der Ärzte gab, werden einstimmen, wenn ich sage, eine schicksalhafte Stunde ist es, die uns heute zusammenführt. Es heiße an ihrem Ernst vorbeigehen, wenn wir sie nicht mit einer Selbstbesinnung auf rein ärztliche Belange beginnen wollten. So sollen dann zuerst und vor allem die Bedingungen ins Auge gefaßt werden, unter denen der Arzt nur leben und arbeiten kann. Ebenso wie der Arzt unter Berücksichtigung verschiedener Symptome schließlich mit einem Entschluß zum Handeln übergeht, so steht heute die Aufgabe vor uns, mit dem Einsatz unserer besten Kräfte gegenüber dem Vorschlag zur Sozialversicherungsreform zu einem Entschluß zu kommen. Zeigt sich, daß die Gegenseite stärker war, so wird, alles was möglich war, getan zu haben, unser gutes Gewissen sein.

In der Medizin wird immer mehr darauf hingewiesen, wie gegenüber den typischen Bildern, die wir in der differenzierenden Diagnostik zu erfassen suchen, Ereignisse und Symptome auftreten, die das Typische durchbrechen. Man spricht in diesen Fällen von einer Atypie. Immunbiologisch kennzeichnet sich z. B. eine atypische Pneumonie, bei der das Fieber zu langsam ansteigt oder zu rasch abklingt, durch eine individuelle Reaktion (Abderhalden). Damit wird positiv ausgesprochen, um welches neue Prinzip es sich handelt, das geeignet ist, unter Auflösung einer sonst allgemeinen und daher typischen Reaktionsweise ein Individuelles zu formen. Um dies zu erfassen, bedarf es naturgemäß einer größeren Erfahrung. Vielfältig tritt das Individuelle in den Gesichtskreis, wenn man versucht, das Seelische des Menschen in die Betrachtung miteinzubeziehen.

Katsch weist in Nr. 3 von Klinik und Praxis am Beispiel des Diabetes darauf hin, indem er schreibt, „daß durch starke seelische Belastungen Zuckerkranken sich in ihrem Stoffwechsel verschlechtern haben“. Dafür kommen „schwelende Konflikte“, andauernde Höchstbeanspruchung von Verantwortung, widerwärtige Prozeßkämpfe und ähnliches in Betracht. Erlebnisse und Gemütsregungen sind ja aber nur wie die an der Oberfläche des Bewußtseins sich brechenden Wellen, in deren Untergrund man auf verzweigte Zusammenhänge und Beziehungen stößt, die von Station zu Station eines individuellen Lebens verfolgt insgesamt das Schicksal des Menschen ausmachen. Das also ist bei einem solchen Diabetiker typisch, daß er sich in einer ganz persönlichen Reaktionslage befindet, bei der sein ganzes Schicksal mitspricht, mit dem das Individuum fertig werden muß.

Ist der Blick des Arztes einmal dafür erwacht, dann kann er bei alltäglichen Kleinigkeiten bemerken, wie er es mit dem Einwirken des Schicksals zu tun bekommt, und daß im Leben ständig das Typische und Allgemeine mit dem Individuellen vermischt ist. Gerade bei älteren Ärzten konnten wir erleben, wie sich aus Wissen und Gelerntem im Laufe des Lebens in ihnen ein höheres Erfahrungselement entwickelt, das man geradezu ein Erfahrungsorgan nennen könnte. Durch dasselbe konnten sie vieles Verwirrende richtig ordnen und dann durch das Typische hindurch das Individuelle aufleuchten lassen.

Unsere Lehrer durften wir wegen dieser Fähigkeiten verehren, denn sie waren ja dadurch über das gewöhnlich Menschliche hinausgehoben. Es trat bei ihnen mit einer gewissen Ursprünglichkeit und Spontaneität hervor, die Merkmale des Künstlerischen im Menschen sind. Das Erfahrungsorgan, von dem die Rede war, lebt demnach im künstlerischen Element. Wird nun der Kranke zum Arzt gebracht, so kann es sich in Handreichungen ausleben, die dem Leben und dem Leibe unmittelbar dienen, wie bei einer Operation, einem Verband. Er kann aber auch auf der anderen Seite als Künstler des Miterlebens neue Richtungen im Schicksal zeigen, indem er neue Orientierungen findet, wie in einem anderen Falle das Heilmittel.

So wird der Mensch als Arzt einmal zum Diener des Lebens, ein anderes Mal tritt er im Schicksal als Helfer an das Individuum heran.

Jedenfalls ist es der Mensch, der nach dem Maß seiner Fähigkeiten den Arzt entwickelt und der heilt, dem Vertrauen entgegengebracht wird, der Verantwortung auf sich nimmt und trägt. Die medizinische Wissenschaft ist lediglich das Mittel, den Arzt zu entwickeln, wengleich sie oft dabei zum Selbstzweck werden muß.

Haben wir also in den Ärzten Menschen vor uns, die einerseits viel gelernt haben, indem sie die Wissenschaft als solche pflegen und andererseits ein künstlerisches Element in sich entwickeln, so kommt dann noch ein Drittes in Betracht. Auch darauf möchte ich versuchen, kurz hinzuweisen und mich dazu eines Goethewortes bedienen, nämlich „Wer Wissenschaft und Kunst besitzt, der hat auch Religion“. Das ist aber nicht irgend etwas Konfessionelles oder weltanschaulich Gebundenes, nichts, was dem im Leben entwickelten Menschlichen irgendwie widerspricht. Es entsteht nach der Meinung dieses erfahrenen Menschenlebens aus Wissenschaft und Kunst ein sich Vertiefendes in das moralisch Sittliche. Wie sollte nicht, wenn wir uns dieses Idealbild vorstellen, jeder Mensch sich selbst darin wiedererkennen, wenn er ehrlich nach freiem Menschentum sucht? „Wer diese beiden nicht besitzt“, so geht der Spruch noch weiter, „der habe Religion“. Der muß sich irgendwie typisch binden, damit ihm wenigstens etwas vom Besseren im Leben nicht ganz verloren geht. Aber was ich vorher zu schildern suchte, entwickelt sich tatsächlich nur in völliger Freiheit. Und nun komme ich zu dem Satze, von dem man möchte, daß er zu einer Art moralischem Fundament der heutigen Unterhaltung werde, indem ich sage:

Das soziale Wesen muß unter allen Umständen verkümmern und vertrocknen, wenn ihm nicht ständig aus den Quellen der menschlichen Freiheit, d. h. des produktiven menschlichen Wesens neue Kräfte zufließen, und wahrhaftig, die Ärzte sind in einem Mittelpunkt des sozialen Lebens, in dem Augenblick, wo sie aus diesen Quellen im sozialen Leben wirklich schöpfen. Das ist ein Kardinalsatz, von dem wir auszugehen haben, daß das soziale Leben einfach nichts mehr ist, wenn aus ihm die individuellen Vorgänge ausgeschaltet werden sollen.

Wenn das geschieht, so kommt in Betracht — da stimmen wir Herrn Kollegen Neuffer zu —, daß etwas „Entwürdigung“ geschieht und „das Ende des Arzttums“ vorliegt. Da wird dieses ärztliche Berufesein ausgeliefert an die Dilettanten, wie der Herr Kollege sagt, oder wie der Herr Kollege Meßger sagte, es werden „unwürdige Bedingungen geschaffen, die die Ärzte in innere Fäulnis übergehen lassen“.

Blicken wir nun einmal hin auf das, was als soziale Versicherungsreform entstehen soll. Sie tritt mit dem Charakter des Allgemeinen auf. Wir wissen aus Erfahrung, daß schon manchmal in den letzten Jahren Dinge entstanden, die ganz allgemein daher kamen, vieles für sich, manches auch gegen sich hatten, mit der Zeit aber bis zu einem gewissen Grade einiges entwickeln konnten. Niemand wußte so recht, was wird eigentlich daraus.

Man kam mit der Diagnostik des Typischen nicht durch, weil es kein Beispiel gab. Es gab ein Für und Wider der Meinungen: auf einmal stand vor uns ein ungeahnter Eklat!

Möglicherweise könnte die „Reform“ wieder mit verlockenden Versprechungen auftreten, z. B. des finanziellen Vorteils für den Arzt. Dann würde sie den Charakter eines Blendwerkes an sich haben, demgegenüber die Frage zu stellen ist: Wer unter uns ist so kurzichtig zu glauben, daß er mit materiellen Versprechungen irgend etwas Sichereres in Händen hielt? Die Erfahrung lehrte uns, daß von dieser Seite her Sicherungen nicht gegeben werden können. Eine andere Möglichkeit, die auch in den letzten Jahren zur Anwendung kam, wäre die Drohung. Träte diese Seite hervor, so würde sich der innere Kern der „Reform“ vollends enthüllen. Gestern bekam ich einen Artikel aus der Wirtschaftszeitung in die Hand; er ist dem Buche „Kapitalismus, Sozialismus und Demokratie“ entnommen, das ein aus Österreich stammender Professor an der Harvard-Universität schrieb. Über das revolutionäre Element, so sagte er, muß man hinauskommen, wo eine Armee nach rechts und links feuert, wenn in der Bevölkerung Widerstände kommen. Der Autor meint, die Sozialisierung sollte stufenweise erfolgen. „Der Bankapparat Englands ist unzweifelhaft reif zur Sozialisierung“, „die Nationalisierung der Bergwerke, die Nationalisierung der Produktion, die Sozialisierung der Eisen- und Stahlindustrie wird nötig“ usw. Und nun: „Das Versicherungsgeschäft ist ein alter Kandidat für die Nationalisierung“. Es ist inzwischen zum großen Teil mechanisiert worden, und es könnten sich einige an dem „Machtzuwachs erfreuen, den die Kontrolle über das Kapital der Versicherungsgesellschaften dem Staat verschaffen würde“.

Meine Damen und Herren, das ist natürlich sehr interessant für uns, daß hier zwei Dinge als Synonyma gebraucht werden, die einzeln und zusammen genommen, durchaus zu Drohungen befähigt sind und, daß besonders das Versicherungsgeschäft eigentlich ein alter Patient ist, den man schon längst einmal in das Spital der staatlichen Obhut hätte überführen müssen. Was braucht es viel Worte, um da eine Art Kulturdiagnose zu stellen aus Erfahrung, die uns gründlich zur Verfügung steht. Um was für ein typisches Bild handelt es sich?

Sie kennen aus der vergleichenden Anatomie, daß sich aus den Flossen der Fische die Extremitäten der übrigen Tiere entwickeln und zwar zuerst die Gliedmaßen der Landtiere, aus der Vordergliedmaße dann der Flügel des Vogels in der Luft und aus diesem wieder die Gliedmaßen der gewissermaßen in das Wasser zurückgekehrten Säugetiere oder Vögel, z. B. der Pinguine. Es beginnt der Kreislauf im Wasser, er erobert das Land, die Luft und kehrt in das Wasser zurück. Die vergleichende Anatomie spricht in einem solchen Falle von Funktionswandel, wenn der Bewegungstrieb sich von einem Element an das andere anpassend, neue Werkzeuge für die Bewegung schafft. Damit ist der vorliegende Fall nach seinen psychologischen Antrieben hinreichend gekennzeichnet. Es handelt sich um den Wandel eines Machttriebes, dem die politischen Werkzeuge seit einem Jahr genommen wurden, und wo nun die alten Antriebe zur Macht in einer anderen Sphäre im Wirtschaftlichen wieder aufzusteigen versuchen. Es gehen nämlich Energie und Kräfte im Weltall bekanntlich nicht so schnell zugrunde, und so stehen wir vor dem typischen Bilde eines Funktionswandels des Machttriebes im sozialen Leben. Das eine Werkzeug, die eine Gliedmaße ist zerbrochen, und da kommt nun dieser Moloch wieder und hat sich eine neue Keule bereit gelegt; er will jetzt ein großes Versicherungsgeschäft aus dem sozialen Leben machen. Das soll nun u. a. dazu dienen, Menschen, die auf einem individuellen Gebiete, dem ärztlichen, tätig sind, mit der Keule auszuschalten. War das nicht die einzige Antwort, die uns in den letzten Jahren gegeben wurde, sei es politisch, pädagogisch, juristisch, kulturell, war die einzige Antwort nicht etwa immer die Keule? Damit war der Fall erledigt. Unter den Wirkungen dieser sozialen Groß-Mumie wird dann der Kranke zu dem Versicherungsdiensttuenden alias Arzt kommen, aber er wird auf keine Verantwortung, nur noch auf eine mechanische Antwort stoßen, die er ebenso gut bei einem Automaten herunterlassen könnte. Solch einem Bestreben muß der Kardinalsatz entgegengehalten werden: das soziale Leben speist sich aus individuellen Quellen auf allen Lebensgebieten, sonst wird es krank und geht zugrunde. Das ist gerade das, was aus alten Denkgewohnheiten, aus benebeltem Urteil nicht anerkannt werden soll. Desto mehr sind wir verpflichtet, wenn wir es wirklich als Wahrheit empfinden,

dafür einzutreten. Wenn wir das Vorhin Gesagte als die wahre Idee unseres Berufes anerkennen und uns selbst darin als Ärzte wiederfinden, was in dem individuellen Wirken für die Menschheit und im sozialen Leben besteht, so mag als unser gewichtigster Beitrag eben diese wahre Idee unseres Berufes in die Wagschale geworfen werden. (Lebhafter Beifall, Händeklatschen, akademische Zustimmung).

Vorsitzender: Meine Damen und Herren, ich danke Herrn Dr. Husemann in unser aller Namen herzlich für die klaren und für uns so außerordentlich richtunggebenden Worte. Wir werden alle darauf zu achten haben, was der geplante „Funktionswandel“ für uns, für unser Volk und für die Volksgesundheit zu bedeuten hat. Wir werden alle auf der Hut sein müssen, zu beachten, was hier geschieht, um die richtigen Abwehrmaßnahmen zu treffen.

Es folgt das Referat von Herrn Dr. Wilhelm Hergt, Betriebsarzt des IG-Werkes Ludwigshafen, der gleichzeitig Leiter von berufsgenossenschaftlichen Organisationen ist. Wegen Erkrankung Dr. Hergts wurde freundlicherweise das Referat von Dr. Naupert vorgetragen.

Einleitend befaßt sich Dr. Hergt mit der Entstehung der Sozialversicherung aus drei Wurzeln und hebt die Berechtigung hervor, die drei Gruppen der Sozialversicherung (Unfall-, Kranken- und Rentenversicherung) getrennt zu halten. Im Referat heißt es weiter:

Ergibt sich schon aus dem Vorgesagten, daß die Aufgliederung der Sozialversicherungsgruppen nicht willkürliche, sondern durchaus sachliche und teilweise rechtliche Überlegungen waren, die zu dieser Aufgliederung führten, so findet diese ihre praktische Auswirkung nicht nur in der geschilderten bestmöglichen Anpassung an die verschiedenartigen Risiken des Alters, des Todes, der Invalidität, der Unfallschädigung und der Krankheit, sondern auch die verschiedenartige organisatorische Form ist geeignet, die praktische Durchführung der Versicherung besonders wirkungsvoll zu gestalten.

Das gilt nicht so sehr für die Rentenversicherung, die in ihren verhältnismäßig großen Versicherungsträgern, den Landesversicherungsanstalten, und der bis heute nicht wieder zum Leben erwachten Reichsversicherungsanstalt zwar formal den Begriff der Selbstverwaltung verkörpert, die aber doch mehr behördlichen und bürokratischen Charakter haben; das schadet insofern nichts, als die Träger der Rentenversicherung im Berufsleben des Versicherten ja nur ganz selten, in der Regel nur einmal, nämlich im Falle der Invalidierung, tätig werden. Die Mitwirkung der Versicherten in den Vorständen und Ausschüssen der Landesversicherungsanstalten stellt nur eine Scheinselbstverwaltung dar.

Auch bei den großen Ortskrankenkassen — das wissen die Kollegen aus der Praxis nur allzu gut — überwiegt der Behördencharakter und die Bürokratisierung das formal vorhandene Element der Selbstverwaltung. Je kleiner die Krankenkasse, desto lebendiger die Selbstverwaltung, desto größer das Interesse der Versicherten an ihrer Kasse. Bei den Berufsgenossenschaften ist die Selbstverwaltung vorerst noch im wesentlichen den als Berufsgenossen beteiligten Arbeitgebern vorbehalten, die ja auch allein die Mittel aufbringen. Bei der Aufgliederung der Berufsgenossenschaften in Branchen und Sektionen ist diese Selbstverwaltung weitgehend durchgegliedert; in ihr sind auch die Arbeitnehmer bisher schon bei der Leistungsfestsetzung beteiligt; ein Ausbau gerade dieses Zweiges der Selbstverwaltung ist möglich und beabsichtigt.

Was nun die rationelle Durchführung der Versicherung selbst angeht, so wächst diese mit der Abnahme des Umfanges des Versicherungsträgers sowohl verwaltungskostenmäßig wie auch durch Interessierung der Versicherten an ihrer Krankenkasse oder ihrer Berufsgenossenschaft. Somit steigt der Grad der rationellen Auswertung der Versicherungseinrichtung mit der Betriebsnähe.

Ich darf nochmals zusammenfassen: Die ursprüngliche Vielfalt der Sozialversicherungsorganisation hat sich in den mehr als 60 Jahren ihres Bestehens bewährt, weil sie organisch ist, sich elastisch der Vielfalt der Arbeitsleben bedrohenden Gefahren anpaßt, überwiegend einer gesunden Selbstverwaltung Raum gibt und schließlich durch das Vorhandensein Tausender kleiner Versicherungsträger das Inter-

esse an der Sozialversicherung bei einem großen Teil der Versicherten psychologisch in geschickter Weise anreizt.

Dieser Vielfalt der Sozialversicherung soll nun zu Leibe gegangen werden. Wenn man nach den Gründen hierfür fragt, so können sie, wie aus dem Vorgesagten hervorgeht, der sachlichen Sphäre nicht entnommen werden. Die Überlegungen derer, die eine Umorganisation der Sozialversicherung in der Richtung einer Vereinheitlichung für richtig halten, müssen daher auf einem ganz anderen Sektor liegen, den zu präzisieren ich mir hier versagen muß. Es genügt festzustellen, daß eine außerordentlich einflußreiche Gruppe von politischen und wirtschaftlichen Organisationen, kaum daß das erste Durcheinander der Besetzung sich einigermaßen gelichtet hatte, die sowohl im Dritten Reich wie auch in den früheren Jahrzehnten aufgetauchten Forderungen nach einer Zentralisierung der Sozialversicherung erhoben, die Besatzungsbehörden dafür wärmstens interessiert und die Angelegenheit bereits so weit vorgetrieben haben, daß (für unsere Zone) ein Gesetzentwurf vorliegt, der diese Zentralisierung und gleichzeitig eine Ausdehnung der Sozialversicherung auf die gesamte Bevölkerung vorsieht. Ja, in der russischen Zone ist bereits die Sozialversicherung zusammengelegt und fast auf die gesamte Bevölkerung ausgedehnt worden, und auch die französische Zone ist durch eine Vereinheitlichung der Krankenversicherung ein erhebliches Stück auf diesem Wege fortgeschritten. Eine endgültige Regelung im Rahmen eines vom Kontrollrat herauszugebenden Gesetzes steht unmittelbar bevor. Es ist also durchaus an der Zeit, daß sich auch die Ärzteschaft, die ja an dem Bestehen und einer etwaigen organisatorischen Änderung der Sozialversicherung aufs äußerste interessiert ist, sich eingehend mit diesen Fragen befaßt, um mit demselben Recht zu dieser Frage Stellung zu nehmen, wie beispielsweise die Sozialversicherungsbürokratie selbst.

- Ich erwähnte, daß die Organisation selbst, wie sie bisher besteht, keine oder nur sehr geringe sachliche Handhaben gibt, um zu einer grundsätzlichen Änderung Veranlassung zu geben. Man ist daher von einer anderen Seite auf das gewünschte Ziel losgegangen: Es ist selbstverständlich, daß nach einem so tiefgreifenden, alle organisatorischen und wirtschaftlichen Verhältnisse aufs Schärfste treffenden Ereignis, wie das hinter uns liegende Kriegsende, auch auf dem Gebiete der Sozialversicherung erhebliche und unerfreuliche Folgen entstanden sind. Von der Zerreißung des Arbeitsgebietes einzelner Versicherungsträger durch die Zonengrenzen bis zur ganzen oder teilweisen Einfrierung ihrer finanziellen Reserven ist es eine ganze Palette von Unerfreulichkeiten, die für die Versicherungsträger selbst wie für die beteiligten Arbeitgeber und Arbeitnehmer eingetreten sind. Diese unmittelbaren Folgen des Zusammenbruchs machen das aus, was in der Presse weithin als Krise der Sozialversicherung plakatiert wird und Veranlassung gegeben hat, die Neuorganisation, sei es praktisch, sei es vorschlagsmäßig, aufzugreifen.

Untersucht man diese Folgen heute, nachdem knapp ein Jahr vergangen ist, seit die erste Sichtung der noch verbliebenen Möglichkeiten gegeben war, so muß man feststellen, daß von einer allgemeinen Krisis der Sozialversicherung nicht die Rede sein kann: Auf dem Gebiet der Unfall- und Krankenversicherung sind die unmittelbaren Folgen des Zusammenbruchs bereits wieder weitgehend überwunden. Mit gewissen nicht untragbaren Beitragserhöhungen können beide Versicherungszweige ihren Verpflichtungen nachkommen. Auch die organisatorischen Schwierigkeiten sind, dank der Elastizität der beteiligten kleinen und mittleren Organisationen in überraschender Schnelligkeit überwunden worden. Ich glaube nicht zuviel sagen zu können, wenn ich behaupte: es gibt keine Krisis der Kranken- und Unfallversicherung mehr. Daß beide Versicherungszweige auch Lastentäger der allgemeinen Wirtschaftskrise sind, die sich als Folgen des Zusammenbruchs herauskristallisiert hat, kann nicht bestritten werden; ähnliche Krisen waren aber auch nach dem Ende des ersten Weltkrieges zu überstehen: sie waren durch die Inflation hervorgerufen und auch die Jahre 1928 bis 1931, ein tiefes Tal in unserer Wirtschaftsgeschichte, mußten überstanden werden und wurden überstanden. Nicht ganz so einfach ist die Lage der Rentenversicherung. Hier liegt zweifellos eine unmittelbare Krise finanzieller Art vor, bedingt durch vermindertes Beitragsaufkommen, durch Schrumpfung der Zahl verdienender Versicherter und der Höhe der Grundlöhne auf der einen Seite,

während auf der anderen Seite der überwiegende Teil der Rücklagen von fast 17 Milliarden vorerst eingefroren und auf die Dauer mindestens teilweise verloren sein wird. Dazu kommt, daß zahlreiche ältere Versicherte wieder oder erstmals in den Ruhestand treten und das allgemeine Invaliditätsrisiko durch Kriegsfolgen und Ernährungslage gestiegen ist. Es kann nicht bestritten werden, daß auf diesem Gebiet Maßnahmen notwendig sind, die geeignet sind, die sonst sinkenden Einnahmen auf den notwendigen Stand zu bringen, um einmal die jetzt laufenden Renten zu bezahlen, andererseits in Zukunft die Rentenversicherung sicherzustellen. Dabei kommt besonders erschwerend in Betracht, daß die erheblichen Beträge, die bisher vom Reich der Rentenversicherung zufließen, in Zukunft wegfallen sollen.

Es ist hier nicht der Ort, um mit einzelnen Angaben die Wege zu zeigen, die notwendig sind, um die Rentenversicherung finanziell zu sanieren. Auch in diesem Zusammenhang muß darauf hingewiesen werden, daß die Rentenversicherung, wie die anderen Zweige der Sozialversicherung, in den letzten 30 Jahren mehr als einmal ähnliche Krisen durchmachen mußte und mit Hilfe des Reichs auch erfolgreich durchgemacht hat.

Ganz sicher aber ist, daß alle die von Sachverständigen, vor allem finanziellen Sachverständigen zu prüfenden Maßnahmen nicht einen organisatorischen Umbau der Sozialversicherung bedingen, vor allem, daß die Einverleibung der Kranken- und Unfallversicherung in die Rentenversicherung mit dieser Sanierung auch nicht das geringste zu tun hat.

Auf der anderen Seite steht fest, daß das geplante Aufgehen der Unfallversicherung in zentralen Anstalten der Rentenversicherung alle die Vorteile beseitigen würde, die ich oben bereits erwähnt habe: Auf dem Gebiet der Krankenversicherung eine möglichst unbürokratische, betriebsnahe und von verantwortungsvoller Selbstverwaltung getragene elastische Organisation; bei der Unfallversicherung, die den besonderen Berufsgefahren des einzelnen Gewerbezweigs angepaßt, mit besonderem Erfolg auf dem Gebiet individuell geschulter Unfallverhütung arbeitenden Berufsgenossenschaften. Ich glaube, daß vom ärztlichen Standpunkt aus hier ganz grundlegende Bedenken anzumelden sind.

Sie dürften aus Ihren praktischen Erfahrungen den Eindruck gewonnen haben, daß bei den mittleren und kleineren Krankenkassen, vor allem aber bei den fachmännisch betreuten Berufsgenossenschaften mehr Verständnis für die ärztlichen Aufgaben und eine produktivere Zusammenarbeit mit den Ärzten vorhanden ist, als bei den großen zentralen Versicherungsträgern. Je mehr der Versicherte an seiner Versicherung desinteressiert wird, desto eher wird er sich auf den Standpunkt stellen, daß es nun einmal an der Zeit wäre, sich seinerseits aus der Kasse das herauszuholen, was er einbezahlt hat; desto mehr werden derartige Typen die ärztlichen Sprechzimmer belagern und den Kassenpraktiker in die ebenso peinliche wie schwierige Situation versetzen, in beschränkter Zeit und mit beschränkten Mitteln zu entscheiden, ob die beabsichtigte Inanspruchnahme der Kasse zu Recht oder Unrecht erfolgt. Die Ärzte haben, meiner Ansicht nach, das größte Interesse daran, daß die sich krank meldenden Kassenmitglieder von ihren eigenen Kassen, von ihren eigenen versicherten Kollegen aufs strengste kontrolliert werden, um möglichst selten vor die geschilderte schwierige Entscheidung gestellt zu sein.

Widerspricht also die Einverleibung der Krankenversicherung und Unfallversicherung in zentrale Versicherungsanstalten den sachlichen Bedürfnissen, auch soweit sie den Arztstand betrifft, bringt sie für die Sanierung der Rentenversicherung garnichts, sondern fördert sie lediglich auch auf diesen beiden Gebieten Bürokratisierung und bedingt damit erfahrungsgemäß eine Verteuerung der Versicherung, so ist eine andere beabsichtigte Sanierungsmaßnahme in der Rentenversicherung von geradezu katastrophaler Bedeutung für die Ärzteschaft:

In dem von einer Unterkommission des Länderrats ausgearbeiteten Entwurf für eine neue Sozialversicherung geht man den Weg, durch Einbeziehung sozusagen aller bisher nicht versicherten Personen das Beitragsaufkommen so zu steigern, daß es ausreicht, um den finanziellen Verpflichtungen der Rentenversicherung nachkommen zu können. Man benützt also den Anlaß einer momentanen Wirtschaftskrise, in der Sozialversicherung das ungeheure sozialpolitische Pro-

blem einer allgemeinen Volksversicherung kurzerhand zu lösen. Es dürfte bekannt sein, daß nicht nur in Deutschland, sondern in vielen Kulturnationen dieses Projekt immer wieder erörtert, von ganz geringfügigen Ausnahmen abgesehen aber immer negativ beantwortet wurde. Auch in Deutschland hat die Frage des Kreises der Sozialversicherten immer wieder zu Erörterungen Anlaß gegeben, ohne daß von der Bismarckschen Konzeption erheblich abgegangen wurde, wonach die Sozialversicherung möglichst auf die Kreise des Volkes begrenzt werden soll, die auf anderem Wege, d. h. in wirtschaftlich gesunder Selbstvorsorge für die Zufälligkeiten des von den verschiedensten Gefahren bedrohten Berufslebens nicht sorgen können. Es ist hier nicht der Ort, den Gesamtkomplex der durch diese Vorschläge herausgeforderten Frage zu erörtern; beispielsweise die Frage, was denn eigentlich die nunmehr neu in die Versicherung einbezogenen Kreise selbst zu dieser Maßnahme sagen: Alle unselbstständig arbeitenden bis zum höchstbezahlten Generaldirektor, alle Beamten bis zum Ministerpräsidenten, alle selbstständigen Gewerbetreibenden, Landwirte, aber auch beispielsweise wir selbst, die Ärzte, Rechtsanwälte usw., alle würden in die Zwangsversicherung einbegriffen werden und müßten mit ihren Beiträgen das finanzielle Loch stopfen, das übrigens nach Ansicht von Sachverständigen, gar nicht so erheblich ist, wenn man für die Rentenversicherung das sogenannte Umlageverfahren anwendet, d. h. davon absieht, Milliarden auf Milliarden als versicherungstechnische Rücklagen aufzuhäufen, deren Verlust nunmehr innerhalb eines Menschenalters zweimal eingetreten ist.

Was uns Ärzte aber an diesem Projekt besonders interessiert, und ich darf wohl sagen negativ interessiert, ist die damit verbundene Einbeziehung nahezu der gesamten Bevölkerung in die Pflicht-Krankenversicherung. Damit würde die behandelnde ärztliche Tätigkeit nahezu hundertprozentig eine Kassentätigkeit werden. Wenn man auch sehr vorsichtig sein muß, als Arzt Kassentätigkeit und kassenfreie Praxis gegeneinander auszuspielen und etwa den einen Teil dieser Tätigkeit als minderwertig gegenüber dem anderen zu bezeichnen, so weiß doch nicht nur jeder Arzt, sondern mehr oder weniger auch jeder Patient, daß Kassentätigkeit und freie Praxis eben doch ihre begrifflichen und auch qualitativen Unterschiede aufweisen. Man weiß ja nur zu gut, daß versicherte Patienten sich häufig eine Gegenleistung für ihre Versicherungsprämien verschaffen wollen und sich nur deshalb krank melden. Dieser Tatbestand, der die ärztliche Tätigkeit und die Beziehung zum Kassenzustand und Krankenversicherung vergiftet, scheidet bei der freien Praxis aus. Der Privatversicherte hat selbst einen Teil der Behandlungskosten zu tragen und wird in der Regel den Arzt nur aufsuchen, wenn er seiner wirklich benötigt. Dieses Idealbild des Patienten würde zwangsläufig nunmehr fast ganz verschwinden, entsprechend würde der Papierkrieg mit den Kassen steigen. Was diese Aussicht für den verantwortungsbewußten Kassenspraktiker bedeutet, brauche ich in diesem Kreise wohl nicht näher auszuführen.

Ich will mich bezüglich des materiellen Inhalts der vorgeschlagenen Neuordnung der Sozialversicherung auf die vorstehenden Andeutungen beschränken und hier nur der Vollständigkeit halber darauf hinweisen, daß dieser Entwurf sich auch mit der Ärzteschaft befaßt. Bevor ich im einzelnen darauf eingehe, möchte ich noch ganz allgemein bemerken, daß der Entwurf nicht nur sachlich angreifbar ist, sondern daß er auch nach Aufbau, Sprache, rechtlicher Formulierung und Durcharbeitung der organisatorischen Fragen zu lebhafter Kritik Anlaß gibt. Besonders beachtenswert ist, daß es ihm praktisch nicht gelingt, Kranken-, Unfall-, Renten- und Knappschaftsversicherung organisatorisch wirklich zu verschmelzen. Die einzelnen Versicherungszweige bleiben nach wie vor mehr oder weniger selbständig in den Voraussetzungen für die Leistungen und in den Beiträgen. Es gelingt nicht einmal, einheitliche Begriffe zu schaffen; beispielsweise sieht der Entwurf folgende Leistungen vor, die nebeneinander auf Grund verschiedenster Voraussetzungen und wirtschaftlicher Tarife von den Bezirksverwaltungsstellen errechnet und ausbezahlt werden müssen.

Krankengeld, Renten für Erwerbsbeschränkte, Rente an Hinterbliebene von Unfallverletzten, Ruhesold, Knappschaftsrenten, Knappschaftsvollrenten, Knappschaftssold, Hinterbliebenenrenten, Zusatzkrankengeld, Zusatzrenten, Zusatzwitwenrenten, Zusatzwaisengeld.

Für diesen langen Katalog an unterschiedlichen Leistungen gibt es einen fast ebenso langen Katalog unterschiedlicher Auslösungsgründe:

Krankheit, Verletzung oder Berufskrankheit, Erwerbsbeschränkung, Unfall, Alter (65, 60, 50 Jahre), Berufsunfähigkeit, Invalidität.

Man sieht hieraus, daß die Vereinheitlichung der Versicherungszweige praktisch nicht erfolgt ist. In ganz schematischer und unübersichtlicher Weise werden die bisherigen Versicherungszweige, bei Aufrechterhaltung auch der verschiedenen bemessenen berechneten und eingehobenen Beiträge, leistungs- und damit zwangsläufig auch verwaltungsmäßig, unter einem Dach ganz oberflächlich zusammengebaut. Das bringt auf der anderen Seite: Vernichtung von Betriebsnähe und Selbstverwaltung, Bürokratisierung, Steigerung der Verwaltungskosten und Desinteressierung der Versicherten, mithin zwangsläufig auch höhere Beanspruchung der Leistungen. Daß die berufsgenossenschaftliche Unfallverhütung und die Bekämpfung der Berufskrankheiten aus dem Rahmen der Sozialversicherung entfernt und offensichtlich der staatlichen Gewerbeaufsicht ausgeliefert, damit entpezialisiert und wirkungslos wird, sind weitere schwerwiegende Nachteile, deren Auswirkungen auf die Leistungshöhe nicht unterschätzt werden darf. Für den Arzt bedeutet dieses Durcheinander eine weitere Belastung seiner Arbeitskraft und der Atmosphäre zwischen Sozialversicherung und Ärzteschaft.

Nun zum Anteil der Ärzte bei der Neuordnung: Der Absatz XIV ist überschrieben: „Versicherungsdienst der Heilberufe.“ Die 5 Paragraphen, gleichmäßig für Ärzte, Zahnärzte und Dentisten, sehen vor, daß die ärztliche Behandlung durch approbierte Ärzte usw. gewährt wird. Dieser versicherungsärztliche Dienst, soweit er sich außerhalb der Einrichtungen der Landesversicherungsanstalt oder der Einrichtungen der öffentlichen Gesundheitspflege vollzieht, wird durch Vertrag der Landesversicherungsanstalt mit der Vertretung der Ärzte geregelt. Der Arzt ist verpflichtet, die Kranken ausreichend und zweckmäßig zu behandeln; er hat nicht notwendige Behandlungen abzulehnen, Heilmaßnahmen wirtschaftlich zu verordnen und auch — ich zitiere wörtlich — „sonst bei Erfüllung der ihm obliegenden Verpflichtungen die Landesversicherungsanstalt vor Ausgaben soweit zu bewahren, als die Natur seiner Dienstleistungen es zuläßt“. „Bescheinigungen sind unter gewissenhafter Würdigung der maßgebenden Verhältnisse auszustellen. Läßt der Arzt die nach den Umständen erforderliche Sorgfalt außer acht, so hat er der Landesversicherungsanstalt den daraus entstandenen Schaden zu ersetzen.“

Im Rahmen der Bestimmungen folgt dann die Feststellung, daß die Notwendigkeit der Heilbehandlung usw. in den erforderlichen Fällen durch Gutachter oder Beratungsstellen rechtzeitig nachgeprüft werden. Es handelt sich dabei wohl um den vertrauensärztlichen Dienst. Streitigkeiten zwischen der Landesversicherungsanstalt und einem Arzt oder der Vertretung der Ärzte werden durch ein Schiedsgericht unter Ausschluß des ordentlichen Rechtsweges entschieden. Dieses Schiedsgericht kann Ordnungsstrafen wegen Vertragsverletzung in Gestalt von Verwarnung, Geldstrafe und Ausschluß auf Zeit oder Dauer festsetzen.

Ich will hier nicht untersuchen, inwieweit es rechtlich möglich ist, im Rahmen einer Sozialversicherungsordnung derartig summarisch über einen ganzen Berufsstand zu verfügen, und dies ohne Aufnahme von Verhandlungen, die dieser Berufsstand mit Recht hätte erwarten können. Der Entwurf ist jedoch, soviel mir bekannt, sozusagen unter Ausschluß der Öffentlichkeit entstanden. Dem vorerwähnten Unterausschuß gehörten lediglich Vertreter der Landesversicherungsanstalten, der Ortskrankenkassen und der Gewerkschaften an. Man hat weder die übrigen Versicherungsträger, die das Objekt der Einschmelzung sein sollen, noch die Ärzte, noch die in die Versicherung einzubeziehenden Bevölkerungskreise gehört. Man hat nicht die Vertreter der Wirtschaft gehört, die die Kosten der neuen Sozialversicherungs-Organisation zu tragen haben, ja man hat sogar die Leistungen für einen Teil der Versicherten auch noch erhöht und damit das zu deckende Defizit bei dieser Gelegenheit schnell noch erheblich vermehrt.

Auch davon hat man abgesehen, der Ärzteschaft in den Organen der sogenannten Selbstverwaltung Sitz und Stimme zu

geben, obwohl man dort andererseits immer wieder behauptet, die Ärzte seien die Inhaber des Kassenschlüssels der Sozialversicherung!

Ich glaube, daß es nicht nur unter allgemein sozialpolitischen Gesichtspunkten, nicht nur vor allem auch unter den Gesichtspunkten einer planmäßigen Gesundheitspolitik und der Erhaltung eines verantwortungsbewußten Arztstandes sehr bedauerlich wäre, wenn ein auf diesem Weg zustande gekommener Entwurf Wirklichkeit würde. Mein Haupteinwand gegen dieses Verfahren ist vielmehr, daß mit ihm der noch im Keimzustand befindlichen neuen deutschen Demokratie ein schlechter Dienst erwiesen wäre. Wenn ein Problem die Gesamtheit des deutschen Volkes aufs tiefste berührt, dann der Umbau der bewährten deutschen Sozialversicherung in eine allgemeine Volksversorgung. Was in früheren Jahrzehnten in wochen- und monatelangen parlamentarischen Debatten zu einer eindeutigen Abklärung geführt hat, sollte heute nicht in der camera obscura eines Unterausschusses übers Knie gebrochen werden. Ich darf der Hoffnung Ausdruck geben, daß die Bemühungen der Ärzteschaft und mein bescheidener Beitrag hierzu die Wirkung auslösen, daß eine endgültige Entscheidung über so weittragende Fragen solange zurückgestellt werden, bis einheitlich für ganz Deutschland auf demokratisch-parlamentarischem Wege diese Schicksalsfrage eindeutig gelöst werden kann.

Es folgt das Referat von Dr. Koch-Goddellau, Darmstadt.

(Auf den Abdruck des Referates wird verzichtet, weil die Ausführungen des Referenten bereits mehrfach in Denkschriften veröffentlicht sind.)

Das Referat des Herrn Dr. Koch fand in der Versammlung lebhafteste Zustimmung.

Vorsitzender: Meine Damen und Herren, ich danke Herrn Dr. Koch herzlich für seine aufschlußreichen Darlegungen. Die Ärzteschaften von Württemberg-Baden, Bayern und Großhessen sind in den letzten Tagen aufgefordert worden, zum Länderrat für eine Kommission zur Bearbeitung eines Entwurfs für die Sozialversicherung bzw. zu den Gegenentwürfen Vertreter zu benennen. Wir haben keinen Besseren zu benennen gehabt als eben den Herrn Vorredner, Herrn Dr. Koch (akademische Zustimmung), der in der Ärzteschaft von Süddeutschland das allergrößte Vertrauen genießt. Wir dürfen hoffen, daß von diesem Ausschuss eine Arbeit geleistet wird, die der Wahrnehmung aller Interessen der Bevölkerung und den Interessen des freien Arztstandes dient.

Ich bitte nun um Wortmeldungen zur Diskussion.

Dr. Neuffer, Stuttgart-Degerloch: Eines möchte ich noch mit allem Nachdruck herausstellen: Sie haben gehört, daß heute über die Sozialversicherungsreform gesprochen worden ist. Es ist dabei aber nicht ein Wort über die wirtschaftlichen Interessen der Ärzte verloren worden. Es stand in allen Ausführungen unser hoher Beruf und das Wohl der uns anvertrauten Kranken allein im Gesichtsfeld. Das zeigt, daß die Auffassungen in der Versammlung so hoch sind, daß ich die Ärzteschaft dazu von ganzem Herzen beglückwünschen möchte.

Dr. Fuoss, Feuerbach: Ich möchte nur noch einen Gedanken in die Debatte werfen, der vielleicht von den maßgebenden Herren, denen ich übrigens für meinen Teil für die große Mühe, die sie bis jetzt, vermutlich gegen große Widerwärtigkeiten, gehabt haben, unseren herzlichsten Dank aussprechen will, berücksichtigt werden kann. Wäre es nicht möglich, einmal den Gedanken eines Gesundheitsministeriums, geführt von einem Arzt, zu erörtern? (Beifall und Händeklatschen, akademische Zustimmung.)

Dr. Dölzer, Stuttgart, gibt folgende Vorschläge zu erwägen: Bei der Angestelltenversicherung soll die Altersgrenze von 60 auf 65 Jahre und der zur Erlangung der Rente notwendige Grad der Erwerbsunfähigkeit von 50 Prozent auf 66 $\frac{2}{3}$ Prozent heraufgesetzt werden. Es sollten ferner bei den Versicherungskassen-Verwaltungen und in der Fürsorge Ärzte als beschließende Mitglieder mitwirken.

Dr. Loesch, München: Wir stehen vollständig auf dem Standpunkt des Herrn Vorsitzenden, und die Resolution, die von Ihnen gefaßt werden wird, wird von uns in genau dem gleichen Sinn und der gleichen Form an die oberste Stelle weitergeleitet werden. Wir müssen in dieser schwersten Stunde Ihr fortschrittliches und wirklich vorbildliches Arbeiten in Württemberg an-

erkennen. Wir können nur glücklich sein, daß wir Ihre vorzüglichen Ausführungen gehört haben und uns mit Ihnen solidarisch erklären können. (Beifall und akademische Zustimmung.)

Dr. Hammer, Darmstadt: Meine Damen und Herren, namens der großhessischen Ärzteschaft danke ich Stuttgart für die Einladung zum heutigen Tag. Sie müssen sich daran erinnern, in was für einer heiklen Situation wir Kammerpräsidenten in sämtlichen deutschen Ländern uns zur Zeit befinden. Wir sind in unserem Amt nicht durch eine Ernennung unserer Regierungs- oder Ministerpräsidenten. Wir üben unser Amt kommissarisch aus. Trotz unserer redlichen Bemühungen, in unserer Länderverfassung rechtliche Grundlagen zur Wahl der Vorstandschaft der Ärztekammer und kassenärztlichen Vereinigung zu bekommen, sind diese Versuche fast überall gescheitert. Wir stehen immer noch da ohne die erwünschte Bestätigung unserer Ärzteschaften. Es ist uns gelungen, in den nächsten Wochen in Naheim einen Kongreß über Sozialpolitik anzusagen, und zwar einen Kongreß, der nicht nur interessant vom Standpunkt der deutschen Sozialpolitik aus sein wird, sondern der das ganze deutsche Volk, die Parteien und die Besatzungsmacht ansprechen soll, damit in dieser Stunde kein schwer wieder gutzumachendes Unheil geschieht. Wir haben versucht, in die Presse, in alle benachbarten und befreundeten Organisationen hineinzukommen. Kurzum, wir glauben, unsere Schuldigkeit getan zu haben. Eines ist uns aber in der jetzigen Lage noch nicht gelungen, oder es ist uns heute zum erstenmal in Stuttgart gelungen, daß uns aus der Ärzteschaft durch Kollegin Dr. med. Maria Husemann eine Initiative entgegengebracht wurde. Für die Initiative zu dieser Tagung danke ich Frau Kollegin Husemann persönlich ganz besonders herzlich im Namen der Kammerpräsidenten der deutschen Ärzteschaft. (Lebhafter Beifall, Händeklatschen, akademische Zustimmung.)

Meine Herren, Sie können sich die Gefahr nicht groß genug vorstellen. Wir haben in Hessen einige Zahlen errechnet. 432 Millionen RM im Jahre betragen die Einnahmen, die die neue Landesversicherungsanstalt Hessen hätte. Das sind Zahlen von einem Ausmaß der I. G. Farben-Proportion. (Bewegung.) Wir haben uns davon überzeugt, daß in ganz Groß-Hessen die Stellen, die diese Landesversicherungsanstalt zu besetzen hätte, auch die Arztstellen, kurz die ganze große Gefolgschaft, die in Hörigkeit dieses Chefs wäre, vermutlich an die 80 000 betragen würde. (Bewegung.) Meine Herren, wenn Sie sich diese Verhältnisse politisch ansehen, dann kann man ruhig sagen, wer soviel Macht im Staate hat, der hat die Macht im Staat überhaupt. Es ist klar, daß dort nicht gespielt wird um die soziale Fürsorge, um Heilung, um Hilfe, um all das, was wir unter der Aufgabe oder einem Teil der Aufgabe des Arztiums verstehen, sondern um ganz anderes: Dort wird um Krone und Schwert gespielt. Was wir bekommen, wissen wir nicht, aber jedenfalls wieder eine neue totalitäre Position irgendeiner Partei, wie sie auch immer heißen mag. (Beifall und akademische Zustimmung.)

Diese Gefahren müssen Sie sehen, denn es ist völlig ausgeschlossen zu denken, daß in diesem Werk die Pflanze des Arztiums gedeihen würde, daß in dieser neuen Formation etwas wie bürgerliche Freiheit gehegt würde. Mit all diesen Dingen hat das nichts zu tun, es heißt nur Macht und wieder Macht.

Wir dürfen Sie wohl als Gäste bitten, die Resolution so anzunehmen, wie sie gedacht ist, damit wir sie durch ganz Deutschland allen Ärzteschaften unterbreiten können. (Lebhafter Beifall mit Händeklatschen und akademische Zustimmung.)

Dr. Maria Husemann, Stuttgart: Es wird sich in nächster Zeit ein Länderausschuß zur Bearbeitung der Sozialversicherungsreform bilden, in den zuerst nur ein Arzt, durch unsere Bemühungen jetzt aber zwei Ärzte berufen werden. Herr Dr. Koch, Darmstadt, und Herr Dr. Berner, Stuttgart, haben sich bereit erklärt, die Ärzteschaft in diesem Ausschuss zu vertreten. Herr Dr. Reichle, Stuttgart, Herr Dr. Gundert, Stuttgart, und ich wollen eine Arbeitsgemeinschaft mit diesen beiden Kollegen bilden, um, so lange der Länderausschuß tagt, anfallende Fragen weiter zu verarbeiten. Wir bitten um Ihr Vertrauen und Ihre Zustimmung. (Zustimmung.) Wir werden uns erlauben, gegebenenfalls Sie wieder zusammenzurufen, damit alle wichtigen Stationen gemeinsam von uns zurückgelegt werden.

Ich denke, es wird in Ihrer aller Sinn sein, wenn wir das Ergebnis dieser Versammlung zusammenfassen in einer Resolution, die wir an die württembergisch-badische Regierung und die amerikanische Militärregierung weiterleiten. Ich darf Ihnen den Wortlaut der Resolution vorlesen.

Frau Dr. Husemann verliest die

Resolution

Die württembergische Ärzteschaft hat sich in ihrer Versammlung vom 28. Juli 1946 mit der Lage der deutschen Sozialversicherung, insbesondere auch mit dem Entwurf für eine neue Sozialversicherungsordnung befaßt, die ein Unterausschuß des Sozialversicherungsausschusses beim Länderrat ausgearbeitet hat.

Die württembergische Ärzteschaft ist dabei zu folgenden Ergebnissen gekommen:

1. Von einer allgemeinen Krise der deutschen Sozialversicherung kann nicht die Rede sein. Es handelt sich um die zweifellos nicht gering zu veranschlagenden wirtschaftlichen Folgen der sich im Anschluß an den Zusammenbruch entwickelnden Wirtschaftskrise. Bedrohliche finanzielle Schwierigkeiten hat die deutsche Sozialversicherung in den letzten 30 Jahren wiederholt durchgemacht und verhältnismäßig gut überstanden.
2. Dementsprechend haben auch die Kranken- und Unfallversicherung schon heute in vollem Umfang und aus eigener Kraft ihre Arbeit wieder aufgenommen. Das Problem beschränkt sich also im wesentlichen auf eine finanzielle Neuregelung der Rentenversicherung, die fast ausschließlich eine Frage der Finanzkraft der an ihr beteiligten Arbeitgeber und Versicherten, gegebenenfalls eine Frage der Steuerkraft der deutschen Bevölkerung ist.
3. Eine totale oder teilweise Umorganisation der Sozialversicherung hat mit der Frage der wirtschaftlichen Sanierung der Rentenversicherung nichts zu tun. Die Forderung, bei dieser Gelegenheit die Sozialversicherung in eine zentralistische bürokratische Einheitsorganisation umzubauen, ist die bereits wiederholt aufgegriffene politische Parole bestimmter Organisationen, die das Ziel hat, die ganze Sozialversicherung mit ihren Milliarden und mit ihren Zehntausenden von Funktionärstellen in die Hand dieser Kreise zu bringen. (Beifall und akademische Zustimmung.)
4. Die Ausdehnung der sozialen Pflichtversicherung auf die gesamte Bevölkerung kann nur scheinbar der Sanierung der Rentenversicherung dienen, da ihr dadurch zwar in erheblichem Umfang neue Beiträge zufließen werden, aber auch entsprechende Verpflichtungen entstehen.
5. Die Heranziehung der bisher noch nicht sozialversicherten Bevölkerungsgruppen wird von diesen nicht gewünscht und widerspricht dem eigentlichen Auf-

gabekreis der Sozialversicherung, die ja die wirtschaftlich Schwachen für die in der RVO. vorgesehenen Notstände sicherstellen sollte.

6. Die württembergische Ärzteschaft protestiert energisch dagegen, an den bisherigen Vorarbeiten nicht beteiligt worden zu sein. (Akademische Zustimmung.) Die Sozialversicherung ist in allen ihren Zweigen maßgeblich auf die Mitarbeit der Ärzteschaft angewiesen. Diese kann daher verlangen, daß bei derartigen grundsätzlichen Überlegungen auch ihre Auffassung eingeholt und berücksichtigt wird. Sie kann weiter verlangen, daß, wenn schon grundlegende Änderungen organisatorischer Art auf dem Gebiete der Sozialversicherung geplant werden, ihre Mitwirkung in den Organen des Versicherungsträgers sichergestellt wird.

7. Jede Einbeziehung der gesamten arbeitenden deutschen Bevölkerung in die soziale Pflichtversicherung bedeutet einen tiefen Eingriff in die grundsätzliche Struktur der ärztlichen Aufgaben. Die Ärzte würden dadurch zu unfreien Bestandteilen eines bürokratischen Riesenapparates.

Jede Einrichtung, die den Arzt, der doch nach Maßgabe seiner individuellen Fähigkeiten seinen Beruf ausübt, in seiner individuellen Wirkungsweise einschränkt, läuft auf eine Mechanisierung seiner Tätigkeit hinaus. Die vorgeschlagene Sozialversicherungsreform bedeutet eine solche Mechanisierung und muß deshalb für die Pflege der Gesundheit der Mitmenschen und darüber hinaus für das gesamte soziale Leben von katastrophaler Wirkung sein. (Händeklatschen und akademische Zustimmung.)

8. Der Sozialversicherungsentwurf wurde in einem kleinen Kreis lediglich von Persönlichkeiten, die an der Zentralisierung der Sozialversicherung ein Interesse haben, ausgearbeitet. Vertreter anderer Kreise, welche sachlich nicht weniger an der Neugestaltung interessiert sind, wurden nicht zugezogen.

Dieses Verfahren widerspricht der selbstverständlichen und auf alle Fälle zu fordernden Gleichberechtigung aller Beteiligten. Wir sind der Ansicht, daß auf diesem Wege eine befriedigende Lösung nicht zu finden ist. Eine solche kann vielmehr nur durch eine demokratisch-parlamentarische Behandlung des ganzen Fragenkomplexes gefunden werden.

In dieser Rechtsauffassung ist die versammelte Ärzteschaft Nord-Württembergs einig.

Ein einseitiges, diktatorisches Vorgehen würde auf die entschiedene Ablehnung der gesamten Ärzteschaft stoßen.

(Lebhafter Beifall, Händeklatschen und akademische Zustimmung.)

Dr. K n a p p möchte die Einmütigkeit der Versammlung auch in der Resolution zum Ausdruck gebracht sehen.

Vorsitzender: Meine Damen und Herren, ich danke Frau Dr. Husemann auch meinerseits noch besonders für die Vorbereitung der heutigen Tagung. Ich darf hiermit die Versamm-

lung schließen und danke Ihnen allen für Ihr Erscheinen. Ich darf Sie auch um Ihre weitere Mitarbeit und Hilfe bitten, deren Bereitschaft Sie schon durch Ihr Interesse für die heutige Tagung bewiesen haben, damit wir alle das Ziel erreichen, das wir uns gesteckt haben.

(Schluß der Tagung 11,45 Uhr.)

Protest der württembergisch-badischen Ärzteschaft

Der in dem voranstehenden Tagungsbericht erwähnte Sachverständigenausschuß beim Länderrat war am 3. September 1946 zu einer Sitzung nach Stuttgart zusammengerufen, konnte aber durch das Nichterscheinen der Vertreter der Arbeitsministerien seine Tätigkeit nicht aufnehmen. Die württ. Ärzteschaft hat darauf in einem energischen Protest geantwortet, der den höchsten deutschen und amerikanischen Dienststellen zugeleitet wurde. Der Protest hatte folgenden Wortlaut:

Wie wir hören, ist die Arbeit des Sozialausschusses des Länderrats, die die neue Sozialversicherungsordnung zum Gegenstand hatte, am 3. 9. 1946 durch Fernbleiben der Vertreter der Arbeitsministerien sabotiert und zum Scheitern gebracht worden.

Die Ärzteschaft, die eine wesentliche, fruchtbare Kritik an dem neuen Sozialversicherungsentwurf durch berufene Vertreter auszuüben bereit war, protestiert auf das Energischste gegen dieses Vorgehen einer bestimmten Interessentengruppe. Diese Gruppe hat sich bereits durch ihre seitherige undemokratische Arbeitsweise das Mißtrauen aller wesentlich Beteiligten, nämlich der Versicherten, der freien Versicherungsträger und der Ärzteschaft zugezogen. Auch die zuständigen Stellen der Besatzungsmacht, Herr Oberst Dawson und für Public Health Branch Herr Oberst Beckjord haben sich dafür eingesetzt, daß ihre Dienststellen und die Ärzteschaft von Nord-Württemberg und Nord-Baden Kenntnis bekommen von dem geplanten Gesetz und Gelegenheit zu einer Meinungsäußerung vor der endgültigen Genehmigung des Gesetzes. Ein Telegramm vom 13. 8. 1946 der US-Dienststelle Man Power beim OMGUS Berlin lautet:

"FROM: OMGUS
TO: OMG FOR WURTTENBERG-BADEN
DBAC (INFO), DUAS (INFO), DBAE
GR NC
CC — 1716
UNCLASSIFIED

Der Kontrollrat hat die Sozialversicherungsreform noch nicht in endgültiger Form beschlossen. Es ist ein Sozialversicherungsausschuß beim Länderrat beschlossen worden, dessen Anregungen und Kommentare zu der Sache mit in Betracht gezogen werden sollen. Die vorgeschlagenen Mitglieder der Ärztekammer diskutieren über den Gesetzentwurf, besonders über den Teil, der die Versorgung zum Gegenstand hat, mit den Mitgliedern des Sozialversicherungsausschusses beim Länderrat, um ihr Kommentar zu dieser Angelegenheit abzugeben. Da das vorgesehene Gesetz noch nicht in endgültiger Form vorliegt, können die verlangten Kopien nicht geliefert werden.

ACTION TO: MANPOWER
INF COPIES TO: DEP DIR
ASST DIR FOR GOVT
TWX FILE."

Die in diesem Telegramm gegebenen Richtlinien sind durch die gestrigen Vorgänge beiseite geschoben worden.

Die Ärzteschaft erhebt hiegegen schärfsten Einspruch und verlangt erneut, daß ihr in wirksamer Weise Gelegenheit zu beratender Mitarbeit gegeben wird.

ARZTEKAMMER WURTTENBERG-BADEN
Der Präsident:
gez. Dr. Gundert.

Anmerkung: Die Schriftleitung legt größten Wert darauf, daß die kürzlich durch den Rundfunk gebrachte Mitteilung den Ärzten zu eingehendem Studium auch gedruckt vorgelegt wird.

Rundfunk-Mitteilung zur Reform der Sozialversicherung vom Standpunkt des Arztes

Von Dr. med. Hans Neuffer

Was haben wir Ärzte zu dem Entwurf der Sozialversicherungsreform zu sagen, die in aller Stille, ohne die Ärzteschaft zu hören, ausgearbeitet worden ist, und vielleicht noch in diesem Jahr zum Gesetz erhoben werden soll?

1. Der Entwurf zur Reform der Sozialversicherung ist unsocial.

Die Versicherungspflicht soll auch auf alle Beamten und Angestellten, bis hinauf zum Ministerpräsidenten und Generaldirektor ohne Rücksicht auf die Höhe des Einkommens ausgedehnt werden. Außerdem auf alle selbstständig Arbeitenden, die keine Hilfskräfte beschäftigen, während ein Handwerker, der einige Gesellen hat, oder

ein Landwirt, der mit seinen Familienmitgliedern seine Wirtschaft umtreibt, nicht versicherungspflichtig ist. Gerade diese Berufszweige hätten aber die Versicherung im Krankheitsfalle besonders nötig, weil im Kleinbetrieb alles auf die Person des Betriebsleiters abgestellt ist und er durch Krankheit deshalb außergewöhnlich belastet wird. Dagegen ist nicht einzusehen, warum ein Generaldirektor als sog. Angestellter trotz seines hohen Einkommens den Pflichtanspruch auf die Sozialversicherung haben soll.

Die Höhe des Beitrages soll 20 Prozent des Einkommens betragen. 10 Prozent davon muß der Arbeitgeber, 10 Prozent der Arbeitnehmer bezahlen. Der selbständig Tätige aber muß ganz allein die 20 Prozent übernehmen. Das bedeutet z. B. für den Kleinbauern eine ungeheuerliche Belastung seines ohnehin kleinen Einkommens. Der Beitrag wird aber nur bis zu einem Einkommen von RM 9600.— erhoben, so daß ein Angestellter mit RM 20 000.— Einkommen eigentlich nur die Hälfte, der mit RM 40 000.— nur ein Viertel des sonst pflichtigen Beitrages bezahlt. Das hohe Einkommen muß also einen prozentual geringeren Beitrag zahlen. Jeder Versicherte erhält aber unabhängig von der Höhe seiner Beitragsleistung die ganz gleiche Sachleistung in Form von ärztlicher oder zahnärztlicher Behandlung oder Krankenhauspflge. In dieser Beziehung werden keine Unterschiede gemacht.

Lasten, die bisher von der Allgemeinheit, und zwar von jedem Staatsbürger im Verhältnis zu seiner Steuerkraft getragen wurden, werden jetzt nur von einem Teil der Allgemeinheit übernommen. Die Arbeiter und Angestellten tragen die Lasten in Höhe von 8 Prozent des Einkommens, die Selbständigen in Höhe von 20 Prozent des Einkommens, die Staatsbürger mit einem Einkommen von über RM 9600.— im Jahre sind mit dem diesen Betrag übersteigenden Teil ihres Einkommens von der Belastung befreit, tragen also die Lasten in geringerer Höhe. Vor allem aber sind von der Belastung die juristischen Personen ausgenommen, welche Körperschaftssteuer zahlen. Am stärksten herangezogen werden die selbständig Gewerbetreibenden, die Landwirte und Handwerker, bei denen die Familienangehörigen im Betrieb mitarbeiten. Hier kann die Belastung bis zu 50 Prozent des Einkommens anwachsen. — Niemand wird sagen können, daß eine solche Lastenverteilung nur einigermaßen gerecht oder sozial ist.

2. Der Entwurf ist bürokratisch.

Er löst alle die verschiedenen Berufs- und Ersatzkassen auf und schafft eine große Mammutversicherungsanstalt, die z. B. für das Land Groß-Hessen etwa 80 000 Angestellte notwendig machen würde. Dabei wird behauptet, daß auf diese Weise die Versicherten besonders individuell behandelt werden könnten! Gerade das Gegenteil ist aber der Fall. Nur die Aufspaltung der Kassen nach den verschiedenen Berufszweigen in Handwerker-, Kaufmännische, Arbeiter-, Betriebs- und Knappschaftskrankenkassen usw. gibt die Gewähr, daß die Versicherten ihre, durch den Beruf entstehenden, besonderen Bedürfnisse berücksichtigt sehen. In dieser Großversicherungsanstalt soll der Arzt nur ein kleines Organ sein, das ganz von der Versicherung geleitet wird. Der § 172 des Entwurfs schränkt den Arzt in der Behandlung seiner Kranken in einer Weise ein, wie es nicht mehr zu überbieten ist. Es wird eines Tages dahin kommen, daß die Versicherungsgesellschaft bestimmt, wieviel Besuche der Arzt machen kann, was er für Arzneimittel verwenden darf, wieviel Plomben der Zahnarzt füllen soll und was für Brillen der Optiker anzufertigen hat. Auch die notwendigen diagnostischen Mittel, wie z. B. Röntgenaufnahmen, Herzdiagramme usw. unterliegen der Billigung oder Ablehnung durch Nichtfachleute. Es ist zu befürchten, daß auch die Ergebnisse der modernen Forschung, wie z. B. in der Hormonbehandlung und ähnlichem, den Versicherten nicht zugute kommen werden, weil damit besonders hohe Kosten verbunden sind. Über die freie Entscheidung des Arztes oder Zahnarztes, die nur nach ärztlichen Ge-

sichtspunkten gefällt werden müßte, wird der Beamte-gesetzt, der bürokratisch nach Schema F befindet.

3. Die geplante Reform ist kapitalistisch.

Die in der Reform vorgesehene Sozialversicherungsanstalt verfügt über gewaltige Kapitalien. Für Hessen ist das Jahreseinkommen auf 432 Millionen und für Bayern auf eine Milliarde RM berechnet. Diese Summen stellen eine Geldmacht dar, mit der im verarmten Deutschland keine andere zu vergleichen ist. Dieses Kapital drängt nach irgendeiner Anlage. Es ist zu erwarten, daß die Versicherungsanstalt Eigenbetriebe in Form von Ambulatorien, Krankenhäusern, Spezialkliniken, Röntgeninstituten usw. kaufen oder bauen und in eigener Regie betreiben wird.

Schon der Beweggrund für die Reform der Sozialversicherung ist ein rein kapitalistischer. Aus den verschiedenen Äußerungen in Veröffentlichungen und Besprechungen geht ganz klar hervor, daß die Rentenversicherung ihre großen Reserven verloren hat — es sollen etwa 20 Milliarden sein —. Diese Mittel müßten unter allen Umständen beschafft werden und es bestehe deshalb kein anderer Ausweg, als die verschiedenen Versicherungen zusammenzuschließen und dort die Beiträge zu sammeln, wo man sie findet, um die Rentenversicherung wieder in Gang zu bringen. Deshalb will man auch Kranken-, Unfall- und Rentenversicherung in einen Topf werfen, obgleich es sich dabei um ganz verschiedene Versicherungsarten handelt, die einer ganz verschiedenen Verwaltung bedürfen.

4. Der Entwurf ist autoritär.

Durch die Zusammenfassung aller verschiedenen Kassen in einer Hand wird ein Machtfaktor geschaffen, wie er bis jetzt noch selten bestanden hat. Wir haben es in den hinter uns liegenden Jahren zu unserem Schrecken erlebt, wohin es führt, wenn sich allzuviel Macht in einer Hand zusammenballt. Die Zahl 1 ist immer sehr gefährlich gewesen. Wirkliche Demokratie kann nur leben, wo die Verantwortung und der Einfluß auf verschiedene Kreise verteilt sind. Der Wille der einzelnen Versicherten wird erdrückt, wenn die Sozialversicherung in der Form durchgeführt wird, wie sie bis jetzt vorgesehen ist.

Auch die freie Arztwahl ist aufs höchste gefährdet. Schon hat das Staatsministerium für Groß-Hessen eine Verordnung entworfen, nach der $\frac{1}{3}$ der Ärzte von der ärztlichen Mitarbeit in der Sozialversicherung ausgeschlossen werden soll. Diese Ärzte können also Mitglieder der Versicherung nicht mehr behandeln. Das Ende dieser Entwicklung wird sein, daß es für den Versicherten allmählich überhaupt keinen Hausarzt mehr gibt, den er sich selbst als den Arzt seines Vertrauens gewählt hat. Statt dessen wird er in den zweifelhaften Genuß kommen, sich von dem durch die Versicherung vorgeschriebenen Arzt behandeln zu lassen, vielleicht in der Ambulanz der „Behandlungs-Fabrik“ durch den medizinischen Facharbeiter, der gerade seine Schicht macht.

Kaum haben wir uns von dem Zwang der KV-Maschine und der sog. Vertrauensärzte bei Krankenkassen und Arbeitsämtern erholt, da kommt ein noch viel umfassenderer Zwang über uns: Der neue Versicherungsarzt, der für alle Kreise der Bevölkerung maßgebend ist und der für die Versicherung möglichst sparsam und einträglich arbeiten muß. Das bereits getrübe Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient wird endgültig zerstört. Der Patient muß in dem Arzt den Vertrauensmann der unpersönlichen Versicherung sehen, der Arzt in seinem Patienten nicht mehr nur den Hilfesuchenden, sondern auch den Begehrlichen, der aus der Versicherung möglichst viel von dem einbezahlten Beitrag wieder heraus schlagen will. Ein gegenseitiges Mißtrauen vergiftet die Beziehungen zwischen dem Arzt und dem Patienten und macht eine erfolgreiche Behandlung illusorisch.

5. Wie sich die wirtschaftliche Stellung des Arztes durch die neue Versicherungsreform gestalten wird, haben wir bis jetzt noch gar nicht errechnet. Es wird uns ja immer wieder unterstellt, daß die Sorge um unser Einkommen der

Hauptgrund unserer Gegnerschaft gegen die Sozialversicherungsreform sei. Das ist nicht wahr! Es liegt vielmehr im Wesen des rechten Arztes, zuerst an das Wohl der anderen zu denken. Wir stellen uns nicht gegen die geplante Reform, weil wir unsere materiellen Interessen gefährdet sehen, weil wir „sabotieren“ wollen, weil wir irgend einen „Posten zu verlieren“ haben oder „erwerben“ wollen, wie es uns vorgeworfen wird. Ganz und gar nicht! Sondern wir stellen uns dagegen, weil wir für die individuelle Freiheit und das daraus kommende gesundheitliche Wohl der Versicherten eintreten. Beides steht in der neuen Mammutorganisation, in der der Arzt nur der Hausknecht und nicht der verantwortliche Mitarbeiter und Mitberater ist, auf dem Spiel.

Wir stellen uns gegen den Entwurf, weil er vor allem auch die berufliche Freiheit des Arztes verkauft, ohne die eine gute Behandlung der Kranken nicht stattfinden kann. Arzt und Patient müssen in einem freiwilligen Vertrauensverhältnis zueinander stehen, das nicht durch Vorschriften einer Versicherungsanstalt eingeeignet werden darf. Dieser wichtigste Punkt der Krankenbehandlung ist in dem Entwurf überhaupt nicht berücksichtigt. Der Grund liegt darin, daß der Entwurf nur von Beamten und Versicherungsträgern gemacht ist, die mit Geld und Berechnungen der Wirtschaftlichkeit, mit Nummern und Paragraphen umzugehen pflegen, aber nicht mit dem lebendigen, durch Krankheit belasteten Menschen und seinem individuellen Freiheitsbedürfnis. Erst wenn diese Menschen selbst einmal krank werden, wacht auch in ihnen dieses Gefühl auf. Man hat sogar schon die Bemerkung gehört, daß diese Herren im eigenen Krankheitsfalle nicht als Mitglieder der Sozialversicherung, sondern als Privatpatienten behandelt werden wollen.

Wenn eine Reform der Sozialversicherung nötig ist — und sie ist nötig —, dann müssen andere und bessere Wege gesucht werden. Wir Ärzte sind bereit, dabei mitzuarbeiten und mit unseren Vorschlägen in den Kreis der Berater einzutreten. Wir tragen einmal in der Behandlung der Versicherungspflichtigen eine Verantwortung für das Gesamtwohl, die uns niemand abnehmen kann. Zum anderen haben wir den Schlüssel zu dem Kassenschrank der Versicherungsgesellschaft in der Hand; deshalb müssen wir Ärzte gehört werden, um in dem Aufbau einer Sozialversicherungsreform entscheidend mitwirken zu können.

Wechsel in der Schriftleitung

Das Ausscheiden des geschäftsführenden Arztes, des Herrn Dr. Dr. Franz K o e b n e r aus der ärztlichen Organisationsarbeit hat einen Wechsel in der Schriftleitung unseres Standesblattes nach sich gezogen. Das in Erweiterung begriffene Blatt wird in Bälde von einem hauptamtlichen Schriftleiter betreut werden müssen. Bis zu dessen Bestellung werden die einschlägigen Geschäfte von mir besorgt. — Bei dieser Gelegenheit entledge ich mich des Auftrags der Ärzteschaft, Herrn Dr. Dr. Franz K o e b n e r, dessen Arbeiten die Neubegründung des Blattes möglich gemacht haben, den Dank der Ärzteschaft auszusprechen.

Die vorliegende Sondernummer, die das ganz besondere Interesse der Kollegen beanspruchen möchte, verursachte so viel vorbereitende Arbeit der verschiedensten Art, daß ihr spätes Erscheinen daraus hinreichend erklärt ist.

Dr. med. Wilhelm Metzger
Schriftleiter.

Einführungskurs in die Homöopathie und verwandte Gebiete

In der Zeit vom 6. bis 12. Oktober 1946 findet mit Genehmigung der Militärregierung am Robert-Bosch-Krankenhaus in Stuttgart ein Einführungskurs in die Homöopathie und verwandte Gebiete (Arbeitsgebiete des Robert-Bosch-Krankenhauses) für praktische Ärzte statt. Es werden sprechen:

1. Dr. Tischner, München: Zur Geschichte der Homöopathie.
2. Prof. Dr. Dietrich, Robert-Bosch-Krankenhaus, Stuttgart: Konstitutionsfragen.
3. Dr. Menge, Apotheker am Robert-Bosch-Krankenhaus, Stuttgart: Pharmazeutische Grundlage der Homöopathie.
4. Prof. Dr. Stiegele, Robert-Bosch-Krankenhaus, Stuttgart: Ausgewählte Kapitel der klinischen Homöopathie.
5. Priv.-Doz. Dr. Saller, Robert-Bosch-Krankenhaus, Stuttgart: Ausgewählte Kapitel der homöopathischen Konstitutionslehre.
6. Dr. Reinhardt, Oberärztin am Robert-Bosch-Krankenhaus, Stuttgart: Diätetische Heilmethoden.
7. Dr. Schlevogt, Assistent am Robert-Bosch-Krankenhaus, Stuttgart: Physikalische Heilmethoden.
8. Dr. Aldenhoven, Assistent am Robert-Bosch-Krankenhaus, Stuttgart: Zur psychischen Krankenbetreuung.
9. Dr. Baumann, Assistent am Robert-Bosch-Krankenhaus, Stuttgart: Klinische Demonstrationen aus dem Arbeitsgebiet des Robert-Bosch-Krankenhauses.

Die Kursteilnehmer können an vier Vormittagen an den ambulanten Sprechstunden des Robert-Bosch-Krankenhauses (Dr. Baumann, Dr. Reinhardt, Prof. Dr. Stiegele, Priv.-Doz. Dr. Saller) teilnehmen. Nach jedem Vortrag findet eine Diskussion der besprochenen Fragen statt, ein Halbtage ist zur allgemeinen Aussprache und Beantwortung von besonders gestellten Fragen aus dem Hörerkreis vorgesehen. Der Kurs gibt so eine eingehende Einführung in das Arbeitsgebiet des Robert-Bosch-Krankenhauses, er berechtigt jedoch nicht zur Führung des Titels „homöopathischer Arzt“ oder zur Berufung auf eine Tätigkeit am Robert-Bosch-Krankenhaus in irgendeiner Form.

Wohnung und Gelegenheit zur Verpflegung kann den Kursteilnehmern durch das Robert-Bosch-Krankenhaus vermittelt werden; Anmeldungen dazu und alle Anfragen in diesem Zusammenhang sind bis zum 28. September an Dr. Otto Jakober, Robert-Bosch-Krankenhaus, Stuttgart N, Hahnemannstr. 1, zu richten. Bei später eingehenden Anmeldungen kann keine Gewähr übernommen werden. Die Teilnehmerzahl muß aus Raumgründen begrenzt werden.

Die Kursgebühr beträgt RM 50.—, sie wird dem wissenschaftlichen Fonds des Hauses zugeführt. Dazu kommen die Kosten für Wohnung und Verpflegung.

Aufsätze für das Württembergische Ärzteblatt

Die Kollegen und Kolleginnen werden dringend gebeten, uns geeignetes Material zur Veröffentlichung in unserem Standesblatt zu überlassen.

Charakter und Umfang des Blattes zwingen freilich zu weiser Beschränkung, insbesondere sollten die Autoren medizin-wissenschaftlicher Arbeiten, die über ein größeres Gebiet des ärztlichen Wissenschaftsbereichs berichten, vermeiden, daß ihre Arbeit den Umfang einer Broschüre erreicht. Es muß außerdem noch darauf hingewiesen werden, daß bis zur Beendigung der Entnazifizierung nur unbelastete Ärzte zur Veröffentlichung ihrer Beiträge zugelassen werden können.

Die Schriftleitung.