

Badische Landesbibliothek Karlsruhe

Digitale Sammlung der Badischen Landesbibliothek Karlsruhe

Württembergisches Ärzteblatt. 1946-1946 1946

9/12 (1.12.1946)

WÜRTTEMBERGISCHES ÄRZTEBLATT

HERAUSGEGEBEN VON DEN WÜRTTEMBERGISCHEN ÄRZTEKAMMERN UND DER
KASSENÄRZTLICHEN VEREINIGUNG WÜRTTEMBERG

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

Heft 9/12

STUTT GART, DEZEMBER 1946

I. Jahrgang

Der Ärztstand in Gefahr!

Von Medizinalrat Dr. Friedrich Koch, Darmstadt

Vor 15 Jahren wurde nach jahrzehntelangem Kampf zwischen den Krankenkassen und Ärzten der Friede geschlossen durch die Vereinbarung der kassenärztlichen Gesamtvergütung. Wer sich noch der damaligen Zeit erinnert, weiß, daß der NS-Ärztbund gegen diesen sogenannten Reichertplan heftig Sturm lief. Trotzdem gab der Nationalsozialismus später dem, was durch freie Vereinbarung geschaffen wurde, Gesetzeskraft durch die Verordnungen des Reichsarbeitsministers über die Kassenärztliche Vereinigung Deutschlands, über den Gesamtvertrag und über die Zulassungsordnung. Heute erleben wir, daß von den alten Gegnern der Ärzteschaft, den Leitern der Ortskrankenkassen, alle Vorbereitungen getroffen werden, um den alten Kampf unter für sie günstigeren Bedingungen wieder aufleben zu lassen. Die wichtigsten Erscheinungen dieser Kampfvorbereitung sind einmal die Vorgänge in Bayern, insbesondere die dort erlassene Verordnung zur Sicherstellung der von der Sozialversicherung betreuten Personen vom 6. Juli 1946, zum anderen in Großhessen Auslassungen in der Zeitschrift „Die Sozialversicherung“, welche an Deutlichkeit nichts zu wünschen übrig lassen.

Es ist sehr auffällig, daß die Aufhebung der Verordnungen, welche den Frieden zwischen Krankenkassen und Ärzten sozusagen nur staatlich sanktionierten, von sozialistischer Seite ausgeht. Denn der derzeitige Zustand bedeutet eigentlich eine geradezu klassische und ideale Sozialisierung des Heilwesens. Die Ärzte haben sich zu einer Genossenschaft zusammengeschlossen, welche an ihrer Stelle Verträge über die Behandlung der Mitglieder mit den Kassen abschließt. Jeder einzelne Arzt steht im Vertragsverhältnis nur zu seiner Genossenschaft, die nach allen Grundsätzen demokratischer Selbstverwaltung organisiert ist. Diese Sozialisierung aufzuheben und an ihre Stelle ein kapitalistisches System zu setzen, bei dem jeder Arzt ebenso wie der Arbeiter im kapitalistischen Betrieb von den Launen des Unternehmers abhängig ist, erstreben heute Sozialisten, welche zugleich durch das Betriebsrätegesetz für den Arbeiter diese Abhängigkeit zu brechen suchen. Kennzeichnend dafür sind Äußerungen, welche Ministerialrat Dr. Schickel in Nr. 3 des „Bayerischen Ärzteblattes“ vom 1. Oktober 1946, Ministerialrat Ernst-Wiesbaden auf einer Tagung des Sozialpolitischen Ausschusses des Zonenbeirates in Lemgo tat, und welche genau dem Standpunkt und den Schlagworten des kapitalistischen Unternehmers entsprechen. Der erstere schreibt: „Ob und in welcher Weise nun aber jemand... von einem Betrieb bzw. einem Unternehmen in einem Arbeits-, Dienst- oder auch Werkverhältnis beschäftigt wird, ist auch künftig (trotz Betriebsrätegesetz! Anm. d. Verf.) in das freie Ermessen des betreffenden verantwortlichen Leiters des Betriebes gestellt! Infolgedessen steht es auch künftig durchaus im Ermessen

der Leiter der Krankenkassen, ob und in welcher Weise sie Personen... in ihre Dienste nehmen wollen.“ Dazu muß noch bedacht werden, daß der Kassenarzt nach heutigem Recht nicht im Dienst der Krankenkasse steht, sondern im Dienst der Kassenärztlichen Vereinigung, einer Genossenschaft, die so weitgehend sozialisiert ist, daß eben diese wichtige Frage, wen sie in ihre Dienste nimmt, nicht in dem Ermessen — sprich: Launen — des Leiters steht, sondern im Ermessen von gewählten Zulassungsausschüssen. Und Ministerialrat Ernst sagte in Lemgo, daß die Versicherungsträger „Herr im eigenen Hause“ bleiben wollten. Wie kommt es — so fragen wir — daß Sozialisten einen sozialistischen Betrieb ausheben und wieder in einen kapitalistischen umwandeln wollen, und daß sie sich dabei die Argumente des kapitalistischen Unternehmertums ganz zu eigen machen? Die Erklärung kann nur lauten: Weil dieselbe Sache sofort ein anderes Gesicht bekommt, wenn man im Besitz der Macht ist. Die Erfahrung ist interessant und wirft ein wertvolles Licht auf die Frage des Sozialismus überhaupt.

Den Ärzten muß vor allem klar sein, daß der Nationalsozialismus den Ärzten keinen Gefallen tat, als er die Vereinbarungen zwischen Krankenkassen und Ärzten durch Verordnungen staatlich sanktionierte. Freie Vereinbarungen sind Verträge auf Gegenseitigkeit, die nicht einseitig zu lösen sind. Staatliche Verordnungen sind einseitige Anordnungen, die einseitig gelöst werden können, ohne den anderen Partner zu hören. Diese Erfahrung sollten sich die Ärzte für die Zukunft sehr merken. Nachdem jetzt ihre alten Gegner im Besitz staatlicher Machtpositionen sind, scheuen sie sich nicht, sogleich daran zu gehen, ihrerseits den Nutzen aus dem zu ziehen, was der Nationalsozialismus schuf. Obschon der Nationalsozialismus nur die Ablösung der gegenseitigen Verträge durch die staatliche Anordnung schuf, nicht aber den Inhalt dieser Anordnung, haben die Gegner der Ärzte jetzt die Möglichkeit, der Militärregierung die Dinge so darzustellen, als ob auch dieser Inhalt nationalsozialistisch und damit unzeitgemäß sei. Das ist offensichtlich eine Täuschung der Militärregierung, aber der äußere Augenschein spricht für diese Darstellung, zumal der Nationalsozialismus den Weg der Umwandlung einer freien Vereinbarung in eine Anordnung des Staates auch dazu benutzte, sein Gedankengut in dieselbe einzubauen.

Der Zeitpunkt für die Eröffnung des Kampfes ist von den Gegnern denkbar günstig gewählt. Die Ärzte sind nicht mehr freier Vertragspartner, sie sind letzten Endes abhängig von den Entscheidungen der Besatzungsmächte, welche einseitig informiert werden. Durch die zwölf Jahre Nationalsozialismus ist der Arzt der Selbsthilfe entwöhnt, er vertraut auf Staatshilfe. Das zeigt sich besonders darin,

daß viele Ärzte sich gegen Entscheidungen der Kammervorstände, der Niederlassungs- und Zulassungsausschüsse bei staatlichen Stellen beschwerten, womit sie ihren Gegnern nur Vorwände zur Zerschlagung ihrer eigenen Selbstverwaltung geben. Sie wissen nicht, daß diese Selbstverwaltung die Möglichkeit, in der Generalversammlung zu den Entscheidungen des Vorstands und der Ausschüsse Stellung zu nehmen und notfalls ihre Umbesetzung zu erzwingen, nicht nur ein viel wirksameres, sondern auch ein viel sauberes Mittel ist, seine Rechte zu wahren. Vor allem wissen sie eines nicht: daß kein Arzt einen Nutzen davon hat, wenn er zugelassen ist, während andere Ärzte nicht zugelassen sind, weil nach dem Gesetz der Preisbildung auf dem Arbeitsmarkt die Nichtzugelassenen letzten Endes die Höhe des Honorars bestimmen, solange die ärztliche Organisation nicht stark genug ist, entscheidend die Ver-

tragsbedingungen zu beeinflussen. Die ärztliche Organisation ist dadurch entschieden geschwächt, daß durch die Kriegs- und Nachkriegereignisse viele Ärzte in die westlichen Zonen einströmten und die Zahl der Ärzte sich vermehrt hat, welche Niederlassung und Zulassung begehren. Von der Stärke der Organisation ist aber in Zukunft jeder deutsche Arzt in seiner Existenz abhängig, und die Ärzte müssen wissen, daß ganz allein die Stärke der Organisation ihnen in dem bevorstehenden Wirtschaftskampf die Existenz retten kann. Deshalb muß der Arzt heute wissen, daß er davon abhängig ist, daß seine Organisation mit allen Mitteln gestärkt wird durch baldige Ermöglichung von Wahlen, welche den Vorständen erst die notwendige Rechtsgrundlage geben, vor allem aber dadurch, daß jeder Arzt in dieser Zeit unbedingt Disziplin hält.

Bericht über den Stand der Sozialversicherungsreform

Von Dr. med. H. Neuffer, Stuttgart-Degerloch

Am 3. Oktober 1946 wurde bei der Ärztekammer angerufen, ob sich nicht Vertreter der Ärzte an einer Besprechung mit einem Vertreter der Amerikanischen Militärregierung aus Berlin beteiligen wollten. Man mußte annehmen, daß es sich um eine mehr interne Besprechung zwischen der Militärregierung und der Ärzteschaft handle. Um so erstaunter waren die beiden Vertreter der Ärztekammer Nordwürttemberg, Dr. Gundert und Dr. Neuffer, als sie sich am 9. Oktober 1946 dem Sozialpolitischen Unterausschuß beim Länderrat gegenüber sahen.

Die Besprechung kann nichts weniger als erfreulich bezeichnet werden. Die beiden Ärztevertreter standen einer geschlossenen Front gegenüber, die hauptsächlich aus den Vertretern der Sozialversicherungsträger bestanden. Auf die verschiedenen grundsätzlichen Einwendungen der Ärzte gegen die Reform wurde geantwortet, daß es sich ja nicht mehr um den alten Entwurf, sondern um einen neuen Entwurf handle. Dieser wurde aber den Ärzten wieder nicht vorgelegt, da er anscheinend geheim sei und nur noch redaktionelle Änderungen vorgenommen werden könnten. Nur einige Sätze daraus wurden vorgelesen. Es war aus diesem Grund unmöglich, zu den einzelnen Punkten des Entwurfs Stellung zu nehmen, um so mehr, als auf der anderen Seite keinerlei Bereitschaft bestand, auf die Anliegen einzugehen, die die Ärztevertreter vorbrachten. Es wurde vielmehr von der Gegenseite immer wieder zum Ausdruck gebracht, daß den Ärzten nur an ihrer finanziellen Sicherstellung gelegen sei. Einer der Herren fertigte die Ärzte damit ab, daß er ihnen sagte, die Sozialversicherungsreform gehe die Ärzte ja überhaupt nichts an, sie sollen froh sein, wenn sie überhaupt Kranke behandeln dürfen. Es war also eine völlig fruchtlose Besprechung. Nur der amerikanische Vertreter aus Berlin bedauerte am Schluß diesen unglücklichen Verlauf der Besprechung und bat Herrn Dr. Gundert auf den nächsten Tag zu einer persönlichen Rücksprache.

Inzwischen ist ein Sachverständigengutachten der fünf Herren Dr. Sitzler, Dr. Curschmann, Dr. Polligkeit, Ministerialrat Sauerborn und Dr. Heimerich fertiggestellt und dem Generalsekretär des Länderrats vorgelegt worden. Dieses Gutachten war von den Ministerpräsidenten der US-Zone erbeten worden, um zur Sozialversicherungsreform Stellung nehmen zu können. Es würde zu weit

führen, auf die Einzelheiten dieses Gutachtens einzugehen. Im großen und ganzen aber kann gesagt werden, daß dieses Gutachten den Finger auf die wunden Stellen der Sozialversicherungsreform legt. Es verlangt eine echte Versicherung, die eine Selbstverwaltungsaufgabe der Arbeitgeber und Arbeitnehmer sein muß. Es verlangt, daß die Beteiligten persönlich an der Verwaltung mitwirken und die Staatsaufsicht nur auf Überwachung und Einhaltung von Gesetz und Satzung beschränkt. Es wendet sich gegen die zu große Zentralisation und lehnt die Einheitsorganisation vor allem deshalb ab, weil es zum Wirtschaften aus dem großen Topf führt und die notwendige Anpassung an örtliche und berufliche Sonderbedürfnisse ausschließt, wie sie das Leben nun einmal mit sich bringt. Das Gutachten möchte die Sozialversicherung auf die Bevölkerungskreise beschränkt sehen, die den Wechselfällen des Lebens nicht für sich allein gewachsen sind. Deshalb wird die Einbeziehung der Beamten abgelehnt, ebenso die Bevölkerungskreise mit höherem Einkommen. Die Versicherungsgrenze wird auf ein Einkommen von RM 4800.— festgelegt. Eine endgültige Festsetzung könne erst erfolgen, wenn das Schicksal der Währung und der Wirtschaft überschaubar sei.

Bei der Krankenversicherung wird besonderer Wert darauf gelegt, daß die Versicherten ihren Versicherungsträger leicht erreichen können und Beiträge und Leistungen den individuellen Bedürfnissen entsprechen. Deshalb wird eine Dezentralisation befürwortet und die Beibehaltung von den Krankenkassen des Handwerks und der Landwirtschaft, ebenso die der Betriebskrankenkassen gefordert. Allerdings sollte eine Betriebskrankenkasse nicht weniger als 500 Mitglieder haben. Bei den Ortskrankenkassen sollte die Mitgliederzahl zwischen 40 000 und 50 000 liegen, weil nach der Erfahrung diese Kassengröße am wirtschaftlichsten ist. Leider sieht das Gutachten die Beibehaltung der Ersatzkassen nicht vor, weil die bei diesen vorhandene Möglichkeit zur Zahlung höherer Honorare auch die Gefahr der Differenzierung der Leistungen der Krankenhilfe bedinge. Dies lasse sich aber aus sozialen Gesichtspunkten heraus nicht vertreten. Das Gutachten übersieht dabei, daß die Ersatzkassen ja auch besonders berufsnahe Kassen sind,

die den Bedürfnissen dieser besonderen Berufsgruppe Rechnung tragen.

Es würde zu weit führen, auf die Gedanken über Unfallversicherung und Rentenversicherung einzugehen. Die Berufsgenossenschaften sollen beibehalten werden, weil diese für den Unfallschutz und die Unfallverhütung am besten sorgen. Eine staatliche Gewerbeaufsicht habe einen mehr polizeilichen Charakter und sei schon aus diesem Grund nicht so wirksam und betriebsnah, wie die auf Selbstverwaltung aufgebaute genossenschaftliche Unfallverhütung. Auch könne eine Gewerbeaufsicht unmöglich solche Fachkenntnisse und Erfahrungen sammeln, wie sie der technische Aufsichtsdienst der Berufsgenossenschaft erworben hat und immer noch erwirbt. Bei der Rentenversicherung wird vor allen Dingen Wert darauf gelegt, daß die Rentenversicherung einen Rechtsanspruch darstelle und die Renten nicht von der Bedürftigkeit abhängig gemacht werden könnten. Jede Kürzung anerkannter oder erworbener Rechtsansprüche und Anwartschaften bringe eine schwere Erschütterung des Vertrauens in die Sozialversicherung mit sich. Eine Sanierung der Rentenversicherung müsse

1. durch Erhöhung der Beiträge zur Rentenversicherung um den Betrag erreicht werden, um den die Beiträge zur Arbeitslosenversicherung gekürzt werden;
2. durch die Anerkennung der von Anfang an bestehenden Verpflichtung des Staates zur Zahlung von Staatszuschüssen in Höhe von einem Drittel des Leistungsaufwandes und Abgeltung der Verluste, die durch die gesetzlich vorgeschriebene Anlage der Vermögen der Rentenversicherung beim Staat eingetreten sind.

Sehr beachtenswert sind die Ausführungen über die Arzterträge. Es wird vorgeschlagen, es bei der im Jahre 1931 zwischen Ärzten und Krankenkassen vereinbarten Regelung zu belassen, die einen 50jährigen Kampf beendet und Frieden an Stelle von dauerndem Streit gesetzt habe. Ein Wiederaufleben dieses Streites würde lediglich die Versicherten schädigen, ohne den Krankenkassen und Ärzten zu nützen.

Das Gutachten schließt mit der Bemerkung:

„Bei der Einbeziehung neuer Gruppen in die Pflichtversicherung ist zu beachten, daß durch solche Maßnahmen die Privatversicherung, einer der größten Kapitalbildner und aus diesem Grunde für den Wiederaufbau Deutschlands von besonderer Bedeutung, gefährdet wird. Auch werden die bisher in der Privatversicherung Versicherten infolge des Zwanges zu hoher Beitragsleistung in der

Sozialversicherung häufig nicht mehr in der Lage sein, ihre Prämien für die Privatversicherung weiterzuzahlen und dadurch erhebliche Verluste erleiden.

Schließlich muß bei der Ausdehnung der Krankenversicherung auf weitere Bevölkerungskreise darauf hingewiesen werden, daß dadurch in der freien ärztlichen Praxis wesentliche Beeinträchtigungen eintreten, die auf die gesamte Entwicklung des Arztestandes und die ärztliche Wissenschaft nicht ohne Einfluß bleiben können.“

Inzwischen ist es gelungen, den Entwurf über die pflichtmäßige Sozialversicherung der Arbeiter und Angestellten in Deutschland in der Fassung vom 20. September 1946 zu Gesicht zu bekommen. Der Artikel 38, der von der ärztlichen Hilfe handelt, ist gegenüber den früheren Entwürfen wenig verändert und in dieser Form für die Ärzteschaften unannehmbar. Am 3. November 1946 haben deshalb die Vertreter der Ärztekammern des amerikanischen, des französischen und des englischen Kontrollgebietes nach einer eingehenden Beratung in Bad Nauheim sich zu einer Stellungnahme entschlossen, die im folgenden wörtlich wiedergegeben wird. In ihr ist auch als Anlage eine Abänderung des Artikels 38 in der Form vorgeschlagen, wie ihn die Ärzte für richtig halten.

Nach neuen Nachrichten, die von dem Ärztekammerausschuß der britischen Zone eingegangen sind, ist die Fassung des § 38, wie sie von den Ärzten vorgeschlagen ist, von dem britischen Zonenbeirat in der Hauptsache angenommen worden.

Die amerikanischen Dienststellen haben mitgeteilt, daß der Entwurf zur Sozialversicherungsreform noch von dem Rechts- und Finanzausschuß des Kontrollrats in Berlin durchberaten werden müsse. Auch ist zugesichert worden, daß das Gesetz über die Sozialversicherung nicht erlassen werden soll, ehe nicht die Parlamente dazu Stellung genommen haben. Damit sind Sicherungen eingebaut worden, die lebhaft zu begrüßen sind und die wir immer gewünscht haben. Gerade deshalb ist es aber überaus wichtig, daß die Allgemeinheit darüber aufgeklärt wird, welche Form der Sozialversicherung für unser Volk die beste ist. Die gefährlichen Folgen, die nach den seitherigen Entwürfen für die einzelnen Versicherten, das Volksganze und den Arztestand zu erwarten sind, müssen durch Aufklärung sowohl der Einzelnen als auch der Parteien, der Kirchen und der Regierungsstellen deutlich gemacht werden. Jeder einzelne Arzt hat hier eine wichtige Aufgabe zu erfüllen. Wir dürfen jetzt nicht erlahmen, sondern müssen immer wieder auf die entscheidenden Punkte hinweisen.

Stellungnahme der Ärztekammern zur Reform der deutschen Sozialversicherung

Die Ärztekammern des amerikanischen, des französischen und des englischen Kontrollgebietes haben am 3. November 1946 in Bad Nauheim als öffentlich-rechtliche Berufsvertretungen der Ärzteschaft dieser Gebiete zur Reform der deutschen Sozialversicherung gemeinsam Stellung genommen.

Während in den einzelnen Besatzungszonen von den deutschen Verwaltungsinstanzen verschiedenartige Entwürfe für die Neugestaltung aufgestellt wurden, ist sich die Ärzteschaft der drei Zonen in ihrer Stellungnahme zu den wichtigsten Rundfragen der Versicherungsreform einig.

Die Ärzte, die durch ihre Erfahrung und ihre ständige Mitarbeit mit der deutschen Sozialversicherung seit ihrem Bestehen auf das engste verbunden sind, geben ihrer Enttäuschung darüber Ausdruck, daß sie selbst zu den bisherigen Entwürfen nicht überall, nicht ausreichend und nicht rechtzeitig gehört worden sind. Die Durchführung der Sozialversicherung und insbesondere der Krankenversicherung ist ohne die freudige und verständnisvolle Mitwirkung des Arztes nicht denkbar. Die Sachleistungen, die der Erhaltung und Wiederherstellung der Leistungskraft und Arbeitsfreude der Versicherten dienen, sind die wertvollsten

Leistungen der Versicherung. Ihre Erfüllung obliegt dem Arzte, dessen sinnvolle Einfügung in den Organismus der Sozialversicherung zu den wichtigsten Aufgaben jeder Neuordnung gehört. Die richtige Wertung der Sachleistungen und die Regelung ihrer Durchführung bedarf der sachverständigen Mitarbeit der Ärzteschaft. Die Ärztekammern, als die berufenen Vertretungen des ärztlichen Standes, nehmen daher auch zu den wichtigsten Problemen der Organisation, der Ausgestaltung und der Grenzen der Sozialversicherung Stellung.

1. Die Ärzteschaft wendet sich gegen den Gedanken der Einheitsversicherung und der Einheitsverwaltung, die die Gefahr politischen Mißbrauches in sich schließen, die Konzentration einer gewaltigen Kapital- und politischen Macht in einer großen Verwaltungsstelle herbeiführen und der Idee der Demokratisierung der Sozialversicherung entgegenstehen. Es ist nicht verständlich, daß ein gefährliches politisches Ziel, das nach 1933 vom Nationalsozialismus angestrebt wurde, nach dessen Beseitigung verwirklicht werden soll. Die Vielgestaltigkeit der Versicherung ist nicht ein Nachteil, sondern ein Vorteil für die Versicherten. Sie ermöglicht ihre weitgehende Teilnahme an der demokratischen Selbstverwaltung, verbürgt die rechtzeitige und vollkommene Gewährung der Leistungen und erleichtert durch die örtliche Nähe selbständiger Verwaltungsstellen die Inanspruchnahme der Versicherungsleistungen. Sie gestattet vor allem die Anpassung der Leistungen an die verschiedenartigen und vielfältigen Bedürfnisse der Versicherten, namentlich im Falle der Krankheit.
2. Der Vorteil weitgehender Dezentralisation unter Berücksichtigung der berufsbestimmten Faktoren gilt in erster Linie für die Krankenversicherung. Die aus politischen und parteiorganisatorischen Gründen vom Nationalsozialismus geforderte Einheitskrankenkasse wurde von dem damaligen Reichsarbeitsministerium abgelehnt und erfolgreich bekämpft. Die gegen sie vorgebrachten Bedenken bestehen noch heute. Die berufliche Gliederung der Krankenversicherung entspricht den Wünschen und Bedürfnissen der Versicherten und der Berufsgruppen. Die Krankheitshäufigkeit, die Art der Erkrankungen und die Notwendigkeit, ihrem Auftreten und ihrer Verbreitung möglichst wirksam entgegenzutreten, sind bei den einzelnen Berufen verschieden und bedürfen deshalb verschiedenartiger Versicherungsleistungen und sozialhygienischer Maßnahmen. Die Einheitskrankenkasse erhöht die Gefahr des Mißbrauches der Krankenversicherung. Die Kassensmitglieder haben nur dann Vertrauen zu ihrer Krankenkasse, wenn sie sie als ihre eigene Einrichtung betrachten, bei ihrer Verwaltung selbst mitwirken und sich für eine pflegliche Verwendung der Versicherungsmittel mit verantwortlich fühlen können. Es ist nicht erwiesen, daß große Krankenkassen wirtschaftlicher sind. Riesenkassen haben in der Vergangenheit außerordentlich hohe Verwaltungs- und Kontrollkosten zu tragen gehabt. Die Betriebskrankenkassen haben mit geringstem Aufwand hohe Leistungen erreicht. Die Innungs- und Landkrankenkassen behalten ihre Daseinsberechtigung wegen ihrer Leistungsfähigkeit und ihrer engen traditionellen Verbundenheit mit dem Handwerk und der Landwirtschaft. Die Ersatzkassen haben sich bewährt und entsprechen, wie ihre große

Ausdehnung zeigt, dem Willen zur Selbstbestimmung weiter Bevölkerungskreise. Die Einheitskrankenkasse ist daher aus denselben Gründen abzulehnen, wie die Einheitsversicherung.

3. Eine zu weit gehende Ausdehnung der Versicherungspflicht hält die Ärzteschaft nicht für ratsam. Die staatspolitische und volkshygienische Aufgabe der Sozialversicherung ist der Schutz der Bedürftigen. Wer wirtschaftlich in der Lage ist, für die Wechselfälle des Lebens aus eigener Kraft vorzusorgen, sollte diesem Schutze nicht durch Gesetzeszwang unterworfen werden. Die Initiative, der Wille und die Fähigkeit zur Selbsthilfe und zur Selbstbehauptung dürfen im künftigen Deutschland nicht gelähmt, sondern müssen gestärkt werden. Einer Erhöhung der Beitragseinnahmen steht eine entsprechende Vermehrung der Lasten und Leistungen gegenüber. Es ist deshalb ein Irrtum, anzunehmen, daß die Einbeziehung weiterer Bevölkerungskreise für die Versicherungsträger wirtschaftlich genügend vorteilhaft sei, zumal die Versicherten mit höherem Einkommen erfahrungsgemäß besonders hohe Ansprüche an die Versicherungseinrichtungen stellen. Eine weise Beschränkung auf die wirklich Schutzbedürftigen entspricht allein der volkpsychologischen und erzieherischen Zweckbestimmung der Sozialversicherung. Vor allem sollte eine Ausdehnung des Versicherungszwanges nicht ohne die Zustimmung der davon Betroffenen in Erwägung gezogen werden. Bei der freiwilligen Versicherung und freiwilligen Weiterversicherung muß die freie Selbstbestimmung bei der Wahl der Versicherungseinrichtung erhalten bleiben. Trotz des hohen Standes der kassenärztlichen Tätigkeit und des umfassenden Gesundheitsschutzes, den sie gewährt, unterliegt die ärztliche Behandlung in der Sozialversicherung besonderen wirtschaftlich begründeten Bedingungen. Die völlig freie ärztliche Berufsausübung durch einen nach allen Seiten hin unabhängigen Arztstand muß möglichst weiten Kreisen der Bevölkerung erhalten bleiben, soll nicht die künftige Entwicklung der ärztlichen Wissenschaft und des ärztlichen Standes in bedenklicher Weise beeinträchtigt werden.
4. Die Ärzteschaft hält die volle Wiederherstellung der Selbstverwaltung in der Sozialversicherung für selbstverständlich. Sie muß sich in allen Versicherungszweigen und in allen Einrichtungen bis zur untersten Stufe auswirken können. In den Organen der Selbstverwaltung müssen die Kassenärzte wegen ihrer Sachkunde und Mitverantwortung vertreten sein.
5. Die Regelung der Beziehungen zwischen den Versicherungsträgern und den Ärzten bedarf keiner grundsätzlichen Änderung. Sie ist nach jahrzehntelangen Kämpfen so geordnet, daß alle Streitfragen gelöst sind und der Arbeitsfriede in der Sozialversicherung seit 1932 gewährleistet ist. An den wesentlichen Bestandteilen dieser, vor der nationalsozialistischen Machtergreifung durch freie Vereinbarungen getroffenen Regelung, die den Abschluß einer langen organischen Entwicklung bedeutet, ist festzuhalten: an der freien Arztwahl, dem Kollektivvertrage und an einer Honorargestaltung durch vereinbarte Pauschalbeträge, deren Höhe sich nach dem jeweiligen Stande der Arbeiterlöhne und der Beitragseinnahmen des Versicherungs-

trägers richtet. Auch das bestehende Zulassungsrecht ist als Teil der kassenärztlichen Selbstverwaltung grundsätzlich aufrechtzuerhalten.

Die Ärztekammern schlagen die sich aus der Anlage ergebende Änderung des Artikels 38 des Entwurfes eines Gesetzes über die pflichtmäßige Sozialversicherung der Arbeiter und Angestellten in Deutschland in der Fassung vom 20. September 1946 vor. Eine vorzeitige und überstürzte Reform hält die Ärzteschaft für bedenklich. Bei der engen Verflechtung von Wirtschafts- und Sozialpolitik sollte die Neugestaltung erst ins Auge gefaßt werden, wenn das künftige Schicksal der deutschen Wirtschaft übersehen werden kann, die Währungsfrage gelöst und der Umfang der auf der Volkswirtschaft lastenden Verpflichtungen aus dem verlorenen Krieg bekannt ist. Die Krankenversicherung ist leistungsfähig, die Unfallversicherung vermag auch heute ihre Aufgaben zu erfüllen, nur die Rentenversicherung bedarf der baldigen Sanierung. Dieses vorrangige Ziel ist aber zunächst ohne Gesamtreform durch die gleichen Maßnahmen möglich, mit denen die Rentenversicherung nach dem ersten Weltkrieg saniert wurde. Die deutsche Ärzteschaft hält gerade heute und für die Zukunft die Sozialversicherung zur Erhaltung und Pflege der Volksgesundheit und der Arbeitskraft der Versicherten für unentbehrlich. Sie ist entschlossen, an ihrem Aus- und Umbau nach Kräften mitzuarbeiten und betrachtet es als ihre berufliche und sittliche Pflicht, die Erfüllung des Versicherungszweckes durch ihren verantwortungsvollen Dienst an der Gesundheit der Versicherten zu unterstützen. Sie erachtet es aber für unbedingt erforderlich, daß die Sachkunde der Beteiligten und der Wille des Volkes Art und Umfang der bevorstehenden Reform maßgeblich bestimmen. Der Volkswille und die Bereitschaft der Versicherten, die Mitverantwortung für das künftige Schicksal der deutschen Sozialversicherung zu übernehmen, kann nur durch die Stimme der berufenen deutschen Volksvertretungen zum Ausdruck kommen.

Bad Nauheim, den 3. November 1946.

Landesärztekammer Bayern
gez. Dr. Diem

Ärztekammer Nord-Württemberg
gez. Dr. Gundert

Ärztekammer Baden-US-Zone
gez. Dr. Geiger

Ärztekammer Groß-Hessen
gez. Dr. Oelemann

Ärztekammer Württemberg-Süd
gez. Dr. Dobler

Ärztekammer Hamburg
gez. Dr. Cordua

Ärztekammer Niedersachsen
gez. Dr. Sievers

Ärztekammer Nord-Rhein-Provinz
gez. Dr. Hartmann

Ärztekammer Schleswig-Holstein
gez. Dr. Haedenkamp

Ärztekammer Westfalen
gez. Dr. Egen.

Anlage

Artikel 38 des Entwurfes zum Gesetz über die pflichtmäßige Sozialversicherung der Arbeiter und Angestellten in Deutschland (Fassung vom 20. September 1946) erhält folgende Fassung:

Artikel 38

1. Die ärztliche Versorgung der Versicherten und ihrer anspruchsberechtigten Familienangehörigen wird, soweit nicht Anstaltsbehandlung oder eine gesteuerte Heilbehandlung erforderlich ist, der freiberuflichen ärztlichen Tätigkeit vorbehalten.

2. Die Verträge werden zwischen den Sozialversicherungsanstalten und den Ärzteorganisationen — soweit vorhanden — den Ärztekammern als Körperschaften öffentlichen Rechtes abgeschlossen.

Einzelverträge werden nur insoweit abgeschlossen, als dies in den Organisationsverträgen bestimmt ist (z. B. für Durchgangsärzte).

3. Für die Durchführung gemeinsamer Aufgaben werden Arbeitsgemeinschaften zwischen den Sozialversicherungsanstalten und den Ärztekammern gebildet.

Für den Bereich jedes Landes wird zur Entscheidung von Streitigkeiten unter den Vertragsschließenden je ein Schiedsamt gebildet. Es besteht aus einem Richter als Vorsitzenden, zwei vom Landesministerium zu ernennenden Beisitzern, welche weder der Sozialversicherungsanstalt noch der Ärztekammer angehören dürfen, und je zwei Beisitzern, die von der Sozialversicherungsanstalt und der Ärztekammer ernannt werden.

4. Der Arzt ist verpflichtet, die Kranken ausreichend und zweckmäßig zu behandeln. Er hat alle von den Arbeitsgemeinschaften für Ärzte und Sozialversicherungsanstalten getroffenen Vereinbarungen und Richtlinien zu beachten.

Die Ärztekammer überwacht die ärztliche Tätigkeit der in der Sozialversicherung tätigen Ärzte. Die Aufgaben der Vertrauensärzte bleiben hiervon unberührt.

Die Befugnisse der Ärztekammer richten sich nach den einschlägigen Bestimmungen der Disziplinar- und Berufsordnung der Ärztekammern, sowie den von den Arbeitsgemeinschaften der Ärzte und Sozialversicherungsanstalt aufgestellten Richtlinien.

5. Für die geleistete ärztliche Arbeit wird die Gesamtvergütung an die Ärztekammern (Abrechnungsstellen für die Kassenpraxis) bezahlt. Diese nehmen die Verteilung an die Ärzte vor.

Soweit nicht zwischen den Sozialversicherungsanstalten und den Ärztekammern in freier Vereinbarung abweichende Honorarabkommen getroffen werden, wird eine gesetzliche Regelung in Anlehnung an das Honorarabkommen vom Jahre 1932 empfohlen.

6. Die Zulassung für die ärztliche Tätigkeit für die Sozialversicherungsanstalten erfolgt durch Zulassungsinstanzen nach einer Zulassungsordnung, in welcher die Voraussetzung, die Auswahlgrundsätze und das Verfahren festgelegt sind.

7. Die vorstehenden Bestimmungen gelten entsprechend für Zahnärzte und Dentisten.

Operative Behebung der Sterilität durch Eileitereinpflanzung (Tubenimplantation)

Von Dr. med. Walter Pfeilsticker, Stuttgart

Es ist immer etwas Bewundernswertes und Ergreifendes, wenn bei der kinderlosen Frau der Wunsch nach einem Kinde so übermächtig sich zeigt, daß sie gewillt ist, jede Gefahr einer Operation mit allen Folgen und Gefahren einer Schwangerschaft und Geburt auf sich zu nehmen. Darum war es seit einem halben Jahrhundert das Bemühen der Ärzte, Wege zu finden, um die Erfüllung dieses Wunsches zu ermöglichen. So kam um die Jahrhundertwende die Salpingostomie auf, d. h. die Öffnung des nach entzündlicher Erkrankung verschlossenen Fimbrienendes der Tube, um dadurch dem Ei den Zutritt in die Tube und den Weg zur Gebärmutter zu ermöglichen; annähernd um die gleiche Zeit war es ein Amerikaner, der den Eileiter in die Gebärmutter einpflanzte und darnach eine Schwangerschaft sich entwickeln sah. Wegen Unzugänglichkeit der Literatur vermag ich Einzelheiten dieses Falles nicht zu schildern. Es soll an dieser Stelle auch keine fachärztliche kritische Untersuchung gemacht werden, sondern diese Abhandlung soll den Kollegen lediglich die Bekanntschaft mit den Tatsachen, was zur Zeit bei Sterilität geschehen kann, vermitteln. Von Erfolgen begleitet waren auch die Eierstockeinpflanzungen unseres württembergischen Seniors des Faches, Professor August Mayer in Tübingen. Diese Operation ist bis jetzt die einzige mit Aussicht auf Erfolg, wenn beide Eileiter irreparabel erkrankt sind oder fehlen.

Es sind nun über zwanzig Jahre vergangen, seit wie auf Verabredung, doch ohne daß der eine vom andern wußte, von vier Gynäkologen fast gleichzeitig, nämlich in Wien, Königsberg, Berlin und Stuttgart die ersten Eileitereinpflanzungen (Tubenimplantationen) in Europa vorgenommen wurden (1923/24) und die ersten Veröffentlichungen in deutschen gynäkologischen Fachschriften herauskamen (1926/27). Solche Gleichzeitigkeiten erlebt die Wissenschaft ja immer wieder, wenn die Zeit reif dafür ist. Es liegt dann sozusagen in der Luft. Um es vorwegzunehmen, sei gesagt, daß Königsberg und Stuttgart die ersten Schwangerschaften und glücklichen Geburten nach Tubenimplantation verzeichnen durften. Wenn wir auch die Salpingostomie nicht ganz missen möchten, so sind die Erfolge von Schwangerschaften doch verhältnismäßig gering. Dies liegt im wesentlichen daran, daß durch die vorausgegangene entzündliche Erkrankung, die den Verschuß des Fimbrienendes verursachte, das empfindliche Flimmerepithel in seiner Funktion so geschädigt worden ist, daß es für die Fortbewegung des Eies untüchtig wurde. So kam es zur sekundären Sterilität. Ganz im allgemeinen kann man sagen, daß der Eileiter gegen krankhafte oder mechanische Einwirkungen (Sondierung!) um so empfindlicher ist, je näher diese dem Fimbrienende zu einwirken; am widerstandsfähigsten ist der interstitielle Tubenteil und dessen uterine Nachbarschaft. Aus diesem Grunde konnte es zweckmäßiger sein, den verschlossenen Fimbrienteil uneröffnet zu lassen und im Verlaufe des gesund erscheinenden Tubenteils eine seitliche Öffnung anzulegen, was mit Erfolg geschah. Weitere bekannte Maßnahmen zur Behebung der Sterilität sind: einfache Sondierung des Cer-

vikalkanals, die ausreichend sein kann, einer Empfängnis den Weg frei zu machen; ferner die Füllung von Uteruscavum und Tube zwecks Röntgenaufnahme (Salpingographie). Am meisten bekannt ist die Tubendurchblasung, durch die es gelingen kann, leichte Verklebungen der Tube zu sprengen und dadurch zum Erfolg zu kommen.

Was nun die Tubenimplantation betrifft, so konnte es nicht ausbleiben, daß die Ansichten der ersten vier Autoren über gewisse Punkte auseinandergingen. So verlangt der eine vor der Einpflanzung eine Spaltung des Tubenrohrs von ein bis zwei Zentimeter Länge und Annähen der Lappchen in den Uterus nach Art der Urethereinpflanzung in die Blase und macht die Unterlassung dieser Spaltung für den Mißerfolg verantwortlich. Der andere verzichtet bewußt darauf und fixiert lediglich das ungespaltene Ende mit einem Catgutfaden an der Uterusmukosa. Der eine nimmt die Einpflanzung im Fundus durch einen sagittalen Mittelschnitt vor, der andere begnügt sich mit dem vertieften Keilschnitt an der Uterusecke. Der eine fordert vorherige Durchblasung, der andere verzichtet darauf, sondiert dafür vom Abdomen aus die Tube, was der eine verabscheut. Ich bin der Meinung, daß wir nicht starr auf eine Richtung uns einswören sollten, sondern von Fall zu Fall abwägen, was am zweckmäßigsten zu tun ist. Die Sondierung allerdings der Tube ist unbedingt abzulehnen. Bei diesem zarten Gebilde muß alles vermieden werden, was stören könnte; es könnte sonst geschehen, daß der gesunde Rest auch noch unbrauchbar wird. Auf eine Durchblasung kann man verzichten, wenn man statt dieser eine Salpingographie vornimmt, die ich für unerläßlich halte. Was nun die Spaltung des Tubenröhrchens betrifft, so beweisen Erfolge nach Tubeneinpflanzung ohne Spaltung, daß man auch so zum Ziele kommt. Es ist also zu schroff, wenn die Unterlassung als Fehler bezeichnet wird. Das Wesentliche liegt wo anders. Es kommt ganz darauf an, ob es nötig war, ein größeres Stück des uteruswärts gelegenen, proximalen Tubenteils resezierieren zu müssen, so daß nur etwa die Hälfte des ampullären, distalen Teils erhalten blieb. Dann allerdings ist Spaltung am Platze, auch ist eine solche überhaupt dann erst möglich! Hier ist mit der Gefahr einer narbigen Schrumpfung und Verwachsung der Schnittfläche durchaus zu rechnen und deshalb durch Spaltung und Annähen der Lappchen zu verhindern. Dabei ist aber zu bedenken, daß dies eine Kürzung des einzupflanzenden Tubenstücks um annähernd zwei Zentimeter bedeutet. Ganz anders verhält es sich aber, wenn die Tube dicht am Uterus durchschnitten wurde und nur der isthmische, interstitielle Teil wegfällt. Sieht man sich die durchschnittene Tube genau an, so sieht man aus der Schnittfläche die „Seele“ der Tube, wie ich in einer früheren Arbeit das starre Tubenröhrchen bezeichnete, steif herausragen, die umgebende Muskulatur zieht sich zurück und eine narbige Verwachsung ist unmöglich. Noch unmöglicher aber ist eine Lappenspaltung dieses feinen Röhrchens überhaupt, selbst nicht mit der feinsten Schere! Wenn aus bestimmten Gründen — z. B. konservative Operation einer inter-

stitiellen Tubargravidität — eine keilförmige Exzision des isthmischen Teils vorgenommen wurde, so ist die Vertiefung dieses Schnittes bis zum Uteruscavum der gegebene Weg zur Implantation. Wurde jedoch gegen die Mitte der Tubenlänge zu reseziert, dann mag die Wahl auf den Sagittalschnitt im Fundus fallen, vorausgesetzt, daß der Tubenrest genügend beweglich ist.

Seit den ersten Veröffentlichungen sind nun eine große Anzahl von Fachgenossen unseren Anregungen gefolgt und eine Menge Mitteilungen erfolgreicher Implantationen beweisen, daß wir auf dem rechten Wege sind. Damit komme ich auf die von der Kieler Schule (Philipp — Huber) ausgebaute Wissenschaft von der primären Sterilität durch Endometriose des Isthmus und der daraus erwachsenden interstitiellen Tubargravidität. Dies ist eine glückliche Ergänzung und Weiterentwicklung der Tubenimplantation an sich. Auf Einzelheiten soll hier nicht eingegangen werden, soviel aber sei gesagt, daß durch die Kieler Untersuchungen es uns ermöglicht ist, aus dem Bild einer Salpingographie eine Endometriose des interstitiellen Tubenteils von einer überstandenen Salpingitis zu unterscheiden und daraus die Prognose des Operationserfolges abzuschätzen. Bei dieser Gelegenheit sei es mir gestattet, ganz kurz vom eigentlichen Thema abzuschweifen, um der Tubargravidität einige Beachtung zu schenken. In der Unzahl von Veröffentlichungen über Eileiterschwangerschaft ist auffallend, daß immer wieder nach neuen Möglichkeiten gesucht wird, um eine Frühdiagnose zu sichern. Aber weder das Leukozytenzählen, noch die Douglaspunktionen u. a. m. vermögen zu einem brauchbaren Resultat zu führen, so lange kein Blut im Douglas ist. Alle bisherigen diagnostischen Hilfsmittel kommen für eine Frühdiagnose einer unrupturierten Eileiterschwanger-

schaft zu spät! Und darum drehen sich doch alle diese Bemühungen, nämlich einer Ruptur zuvorzukommen. Ich empfehle deshalb nach einer bald vierzigjährigen Praxis bei allen verdächtigen Fällen, die eine Tubargravidität vermuten lassen, den so einfachen Weg der vaginalen Laparotomie und Inspektion der Tuben durch die vordere Kolpotomie. Ich habe schon 1926 in meiner Veröffentlichung „Vaginales Operieren“ auf dieses Verfahren hingewiesen (s. Zentralbl. für Gynäk. 1926, Nr. 20, S. 1335). Der Eingriff ist für das Befinden der Frau nicht schwerwiegender als eine Ausschabung und erfordert keinen längeren Klinikaufenthalt; ja sie ist in Notfällen sogar ambulant mit Sanitätswagen durchführbar. Die Vorteile sind ungeheuer! Ich habe auf diese Weise isthmische, unrupturierte Eileiterschwangerschaften von Erbsengröße zu Gesicht bekommen, wie sie kaum je von anderen gesehen wurden; darunter solche, die kurz vor der Ruptur standen und die nach einfacher Ausschabung zur Katastrophe gekommen wären. Es wird fast immer möglich sein, die Radikaloperation sofort ohne Umlagerung anzuschließen, sei es nun die Entfernung der ganzen Tube oder die konservative Exzision der Isthmusschwangerschaft mit oder ohne Implantation. Jedoch ist für die Implantation Umlagerung und Leibschnitt im allgemeinen vorzuziehen. War die vaginale Probelaparotomie vergeblich gemacht, so ist, wie schon betont, der Schaden nicht groß und der Verlauf der Bett-Tage nicht anders, als wäre die Ausschabung ohne Eileiterinspektion erfolgt. Franz-Budapest empfahl 1927 in zweifelhaften Fällen die Probelaparotomie von oben.

Wir sind also heute in der glücklichen Lage, nicht nur eine sekundäre Sterilität operativ zu verhindern, sondern eine primäre Sterilität operativ zu beseitigen und dadurch in vielen Fällen zu Mutterglück und Kinderfreude zu verhelfen.

Über die Grippe

Von Dr. med. A. Unger, Stuttgart

Mit Schrecken denkt noch jeder Arzt an die Grippe-Epidemie im Jahre 1918 zurück, und welche Folgen eine erneute Epidemie für unsere hungernde, frierende, eng zusammengepreßte und von Tag zu Tag mehr verzweifelte Bevölkerung haben kann, wagt er sich gar nicht auszu-denken. Diese Zeilen sollen nun dazu dienen, unsere Kenntnisse aufzufrischen, Vergessenes wieder in Erinnerung zu bringen und versuchen, Wege zu zeigen, wie der Gefahr mit Aussicht auf Erfolg begegnet werden kann.

Bei vereinzeltm Auftreten ist die Diagnose der Grippe nicht leicht, da alle Übergänge, vom leichten Krankheitsbild bis zum raschen tödlichen Verlauf, vorkommen können. Die nie voraussehende Neigung, plötzlich seuchenhaft um sich zu greifen, macht eine sorgfältige Überwachung des epidemiologischen Verhaltens erforderlich. Voraussetzung dazu ist eine möglichst sorgfältige Begründung der Diagnose der vereinzeltm Krankheitsfälle, wegen der unbedingt notwendigen frühzeitigen Absonderung der Grippekranken. Durch die harten Lebensbedingungen, schlechten, sehr engen Wohnverhältnisse, körperliche und seelische Belastungen, sind die Voraussetzungen für eine etwaige explosionsartige Ausbreitung der Krankheit bei unserem Volk besonders gegeben.

Die Grippe gehört zu den meldepflichtigen Krankheiten gemäß Erlaß des Württ.-Badischen Innenministeriums vom 28. Febr. 1946, Nr. X 550. Auch schon bei Verdachtsfällen sind zur Sicherung der Diagnose zu Beginn der Erkrankung 6—10 ccm Blut und 8—12 Tage nach Beginn nochmals 6—10 ccm Blut zur serologischen Untersuchung einzusenden. In Nord-Württemberg bzw. Nord-Baden nehmen folgende Laboratorien Untersuchungen auf Grippe vor:

1. Med. Landesuntersuchungsamt Stuttgart, Teckstr. 56, für das Land Nord-Württemberg;
2. Städt. Gesundheitsamt Stuttgart, Hohe Straße 28, für die Stadt Stuttgart;
3. Laboratorium der Prosektur beim Städt. Krankenhaus Karlsruhe;
4. Hygienisches Institut der Universität Heidelberg, Thiboutstr. 2.

Die Laboratoriumsuntersuchungen beruhen darauf, daß es durch die Viri der Grippe A und B im Serum eines Rekonvaleszenten sehr schnell zu einem Anstieg spezifischer

Gegenkörper kommt. Die Blutproben sind auf dem schnellsten Wege dem betreffenden Laboratorium zu übersenden. Außer Namen und Anschrift des Patienten, plötzlichem oder allmählichem Krankheitsbeginn, sind Angaben über Schüttelfrost, Schwindel, Reizerscheinungen der Lungenwege oder von seiten der Darmorgane erwünscht zwecks Auswertung.

Der Krankheitsverlauf nach einer Inkubation von 1—4 Tagen bietet dem sorgfältigen Beobachter auch bei unkomplizierten Erkrankungen mit auffallender Regelmäßigkeit charakteristische Krankheitszeichen. Das eine oder andere Zeichen kann fehlen oder besonders stark in Erscheinung treten.

Das schwere Krankheitsgefühl mit großer Schwäche und oft schlagartigem Versagen mit plötzlichen hohen Fiebern (selten Herpes labialis) steht häufig in keinem Verhältnis zu den klinischen Feststellungen. Die Temperatur beträgt 38—40 Grad Celsius während 2—3 Tagen und fällt in der Regel in wenigen Tagen lytisch ab, wenn keine Komplikationen auftreten. Ein zweiter Temperaturanstieg wird nicht selten nach Beginn des Temperaturabfalls beobachtet. Die Kranken sind dann besonders empfindlich und die Reizerscheinungen stärker. Auf der Höhe des Fiebers klagen die Kranken besonders über heftige Glieder- und Kreuzschmerzen, ähnlich einem schweren Muskelkater. Sehr häufig werden auch Augenhöhenschmerzen sowie starke Schmerzen in der Brustbeingegend angegeben. Das Gesicht ist oft leicht gedunsen, der Rachen leicht bläulich verfärbt, die geschwollene Schleimhaut verursacht ein außerordentlich lästiges kratzendes Gefühl, die Trachealschleimhaut befindet sich in einem trockenen Reizzustand und durch den dadurch bedingten Husten werden oft die Schmerzen unter dem Brustbein äußerst quälend, so daß sich die Kranken vor Schmerzen krümmen. Regelmäßige Blutspuren finden sich dann in dem spärlich schleimigen Auswurf. Die häufig sehr starken Kopfschmerzen, vor allem am Hinterkopf, die in mehr oder weniger ausgeprägter Form das Krankheitsbild beherrschen können, dürfen nicht eine Meningitis oder Komplikationen seitens der Nebenhöhlen (Stirnhöhlen, Siebbeinzellen) und des Mittelohrs übersehen lassen. Störungen des Magen- und Darmkanals können auch beobachtet werden. Besondere Sorgfalt ist dem Kreislauf zuzuwenden, vor allem bei schon Kreislauf-Gestörten. In der Regel wird eine Pulsverlangsamung, die manchmal an einen Herzblock erinnert, festgestellt. Die Zahl der Leukozyten ist normal oder verringert, bei starkem Rückgang der Lymphozyten und Eosinophilen, die meist ganz verschwinden. Ein Ansteigen der Leukozyten nach dem Krankheitsbeginn muß an Komplikationen denken lassen.

In der Regel ist die Krankheit bei unkompliziertem Verlauf — Voraussetzung sind Ruhe und Vermeidung von zusätzlichen Schädigungen — in 8 bis 10 Tagen abgeklungen; dagegen dauert die Rekonvaleszenz meist mehrere Wochen, und Vorsicht hinsichtlich von körperlichen Belastungen ist geboten.

Ein spezifisches Heilmittel gegen die Grippe ist noch nicht bekannt. Auch der Leichtkranke gehört ins Bett, und es muß alles getan werden, um Komplikationen zu verhindern. Die Bekämpfung der Grippe für den einzelnen Arzt besteht im wesentlichen in der frühzeitigen Isolierung des Kranken, vor allem des Leichtkranken, in allgemein hygienischen Maßnahmen, wie Erziehung zur Hustendisziplin, persönlicher Reinlichkeit, Desinfektion der Gegenstände, mit denen der Kranke in Berührung kommt, wie Geschirr, Wäsche (Handtücher nicht vergessen) usw. und vor allem der gründ-

lichen Desinfektion des Auswurfes der Kranken aus Mund und Nase.

Ein wirksamer Schutz gegen die Grippe könnte nur durch eine aktive Immunisierung erreicht werden, und Voraussetzung hierzu ist das frühzeitige Erkennen einer Grippe-Epidemie, um vor Beginn der Epidemie eine allgemeine Schutzimpfung durchführen zu können. Wie groß die Verantwortung jedes Arztes ist, läßt sich daraus unschwer erkennen und es ist die Pflicht eines jeden, hier die Gesundheitsbehörde zu unterstützen, die in ihren weiteren Maßnahmen auf die tätige Mitarbeit der behandelnden Ärzte angewiesen ist.

Durch die Behring-Werke wird ein Grippe-Impfstoff hergestellt, der die Typen A und B enthält. Nach Erfahrung, vor allem in Amerika, tritt die Immunität 7—10 Tage nach der Impfung ein, hält aber nicht lange an, so daß eine Impfung nur dann Aussicht auf Erfolg hat, wenn sie kurz vor Beginn der Epidemie durchgeführt wird.

Rachitisprophylaxe

Die das Vigantol herstellenden Firmen teilen uns folgendes mit:

Als bedeutsamer Fortschritt in der Rachitisbekämpfung hat sich die Stoßprophylaxe mit Vigantol „forte“ erwiesen, bei der die gesamte zur Verhütung der Rachitis erforderliche Vitamin-D-Menge auf ein- oder zweimal verabreicht wird. War der Vigantol-Stoß ursprünglich nur für therapeutische Zwecke vorgesehen, so hat er doch in der letzten Zeit größere Bedeutung auch für die Prophylaxe gewonnen.

Einfache Anwendung und zuverlässige Wirkung sind die besonderen Vorzüge der Stoßprophylaxe. Der Säugling erhält in der Beratungsstunde 1 ccm Vigantol „forte“ = 10 mg Vitamin D₂. Nach neueren Erfahrungen ist es zu empfehlen, bei einer zweiten Vorstellung nach drei Monaten nochmals die gleiche Menge zu geben. Das Stoßverfahren bietet die absolute Gewißheit, daß dem Kinde die zur Verhütung der Rachitis notwendige Vitamin-D-Dosis tatsächlich zugeführt wird, während der Erfolg der tropfenweisen Verabreichung von Vigantol-Öl ganz von der Verlässlichkeit der Mutter abhängt.

Die Methode der Stoßprophylaxe ist nicht unphysiologisch, sondern entspricht weitgehend den natürlichen Verhältnissen. Wie der Körper des Säuglings das bei stärkerer Besonnung in größerer Menge gebildete Vitamin D für die lichtarme Jahreszeit speichert, so wird auch mit Vigantol „forte“ das bei den meisten Säuglingen unzulängliche Vitamin-D-Depot aufgefüllt, damit das Vitamin für die Monate der größten Rachitisgefährdung dem Organismus ausreichend zur Verfügung steht.

Die prophylaktische Anwendung von Vigantol „forte“ wurde in zahlreichen Universitäts-Kinderkliniken (Berlin, Köln, Würzburg, Wien u. a.) eingehend geprüft. An verschiedenen Orten ist das Verfahren bereits in größerem Maßstabe für die amtliche Rachitisprophylaxe herangezogen worden. Auch hierbei hat es sich ausgezeichnet bewährt.

Aus den dargelegten Gründen verdient die Methode allgemein eingeführt zu werden. Hinzu kommt, daß die bevorzugte Anwendung von Vigantol „forte“ zu einer er-

heblichen Einsparung an den als Lösungsmittel für das Vitamin D₂ dienenden, aber heute kaum beschaffbaren Ölen führen würde; denn die Verarbeitung einer bestimmten Vitamin-D₂-Menge zu der tropfenweise zu verabreichenden Vigantol-Lösung erfordert zwanzigmal mehr Öl als die Herstellung von Vigantol „forte“.

P. S. Die Schriftleitung bittet die Kollegen und Kolleginnen, die in der hier propagierten Vigantolstoß-Prophylaxe oder in der Vigantolstoß-Therapie über eigene Erfahrungen verfügen, um kritische Stellungnahme, möglichst in einer zur Veröffentlichung im „Württ. Ärzteblatt“ geeigneten Form.

Ärztliche Standesfragen in Württemberg vor 100 Jahren

Von Dr. med. E. Stübler, Reutlingen

Das Wiedererscheinen eines Württembergischen Ärzteblattes erweckt Erinnerungen an das einstige Medizinische Korrespondenzblatt des Württembergischen ärztlichen Vereins, das 1933 unter dem Druck der zunehmenden Zentralisation sein Erscheinen eingestellt hat. Gegründet im Jahr 1832, war es zunächst als wissenschaftliche Zeitschrift gedacht. Bei der in den 30er Jahren einsetzenden Zunahme der württembergischen Ärzte, die mitauslösend war für die Gründung eines ärztlichen Vereins, entsprang es einem gewissen Bedürfnis, eine solche Zeitschrift zu besitzen. Mit einem ausreichenden Leserkreis war zu rechnen, obwohl damals die Zeitschriften wie Pilze aus der Erde schossen.

In den 40er Jahren wurde beschlossen, in diesem Korrespondenzblatt auch ärztliche Standesfragen zu erörtern. Es ist kein Zufall, daß gerade damals dieser Beschluß gefaßt wurde. Selten standen so große Probleme vor der Ärzteschaft wie in diesen Jahren. Jede Zeit glaubt wohl von sich, besonders dringende Aufgaben lösen zu müssen. Wenn wir auch in der Gegenwart vieles neu aufbauen müssen und große Schwierigkeiten zu überwinden haben, so erscheinen sie doch eigentlich klein gegenüber den ärztlichen Problemen, mit denen sich die Jahre zwischen 1844 und 1848 befaßten.

Unter der Ärzteschaft aller deutschen Lande garte es mächtig. Eine 1841 von Walther in München erschienene Schrift hatte eine Welle von ärztlichen Reformbestrebungen in Deutschland ausgelöst, die auch an die württembergischen Grenzen brandete. Aus dieser Welle wurde bald eine Springflut, die alles in Aufruhr versetzte, um so mehr als die württembergische Regierung die Eingaben der Ärzte tot schwieg. Man sprach wie in andern deutschen Ländern von einer Medizinalreform, die viele Mißstände zu beseitigen hatte. Die Grundgedanken waren die der Revolution von 1848. Die Ärzte verlangten auch in ihrem Beruf die Gleichberechtigung aller, die Selbstregierung des Standes, wie es die Grundrechte des Menschen forderten.

Das Vordringlichste der Medizinalreform war der Neuaufbau eines ärztlichen Standes einschließlich der Organisation der Medizinalbehörden. Da es noch keine ärztliche Standesvertretung gab, war es nicht einfach, die berechtigten Wünsche der Ärzte zusammenzufassen, um sie den maßgebenden Regierungskreisen zu unterbreiten. Durch die Initiative einzelner kam es zunächst zu Besprechungen in kleinerem Kreise, nachdem durch Programmschriften auf die Mißstände aufmerksam gemacht worden war. Den Höhepunkt bildete eine Versammlung, die 1848 in Plochingen stattfand und von 125 Ärzten besucht war, also eine für die damalige Zeit außerordentlich rege Beteiligung fand.

Am stärksten bewegte die Gemüter die Zusammensetzung des ärztlichen Standes, soweit man überhaupt diesen Ausdruck benutzen darf. Wie in andern deutschen Län-

dern gehörte auch in Württemberg die Ausübung der Chirurgie und der Geburtshilfe (größtenteils auch der Augenheilkunde) noch nicht zum Aufgabengebiet des eigentlichen Arztes. Es gab zwar immer mehr sogenannte Medico-Chirurgen, eine Bezeichnung, die nicht den hämischen Charakter an sich trägt, den man ihr der Wortbildung nach anhängen möchte, die vielmehr nur zum Ausdruck bringen sollte, daß sich ein Arzt mit dem Gesamtgebiet der Heilkunde beschäftigte. In der Hauptsache herrschte aber doch noch eine Trennung von innerer Medizin und Chirurgie, einschließlich der Geburtshilfe. Die eigentlichen Ärzte stellten wohl die Diagnose auch für chirurgische Krankheiten, waren auch theoretisch mit den Fragen der Chirurgie vertraut, aber die praktische Betätigung lag in der Hand der Chirurgen. Daß der Chirurgenstand zahlenmäßig so groß war und denjenigen der eigentlichen Ärzte weit überschritt¹, hängt vor allem damit zusammen, daß ein Krankenpflegepersonal im heutigen Sinn noch nicht existierte. Dem Bedürfnis nach einem solchen war man dadurch entgegengekommen, daß man den Chirurgenstand in drei Abteilungen gliederte, von denen die dritte keine wesentlich anderen Funktionen ausübte als sie heute einem Krankenwärter bzw. einer Krankenschwester zukommen. Wenn auch die Kompetenzen der drei Abteilungen bis in Einzelheiten geregelt waren, so fanden doch dauernd Grenzüberschreitungen statt, die vor allem auf dem Land gar nicht zu vermeiden waren. Die Kontrolle der Chirurgen dritter Abteilung, also der niedersten, war verhältnismäßig leicht. Besonders schwierig war sie bei den Chirurgen der zweiten Abteilung, denen die Behandlung schwerer chirurgischer Erkrankungen nicht gestattet war. Von Arzneimitteln durften sie nur einfache, wir würden heute vielleicht sagen, freiverkäufliche Arzneimittel verordnen.

Die Vorschläge, wie man diese Schwierigkeiten am zweckmäßigsten beseitigen könnte, waren recht verschieden. Einigkeit herrschte nur darüber, daß die Vielzahl der Abteilungen aufgehoben werden müsse. Eigenartigerweise ging aber niemand energisch daran, den Beruf eines Krankenpflegepersonals aufzubauen, ähnlich demjenigen eines Hebammenstandes als Hilfe für den Geburtshelfer. Dabei darf allerdings nicht vergessen werden, daß die Hebammen noch eine große Selbständigkeit besaßen und nur dort, wo ihre eigene Weisheit (sage femme!) zu Ende ging, fremde Hilfe beanspruchten. Beigezogen wurde aber nicht der Arzt, sondern der zur Ausübung der Geburtshilfe berechtigte Chirurg erster oder zweiter Abteilung.

Während von der einen Seite die vollständige Beseitigung des Chirurgenstandes gefordert wurde, war die andere weniger radikal. Die Befürworter der Beibehal-

¹ Es gab 1847 in Württemberg 454 Ärzte gegenüber mindestens 1000 Chirurgen.

tung eines Chirurgenstandes begründeten ihre Ansicht mit der Unmöglichkeit einer genügenden ärztlichen Versorgung der Bevölkerung ohne Beteiligung durch Chirurgen. Für viele kleine und vorwiegend pflegerische Maßnahmen reichte die Zeit des Arztes nicht aus. Die Behandlung werde dadurch unnötig verteuert, wenn sie ganz in die Hand des Arztes gelegt werde. Der Mentalität der Landbevölkerung entspreche die Tätigkeit des Chirurgen bei leichteren Erkrankungen mehr als die des Arztes, da der Wundarzt seiner Bildungsstufe nach dem Bauer näher stehe als der Arzt. Andere Ärzte sahen in dem Zwang, die gesamte Heilkunde ausüben zu müssen, eine Beeinträchtigung ihrer Freiheit. So wurde es als „schlimme Märzerrungenschaft“ bezeichnet, wenn einem Arzt nicht die Möglichkeit belassen werde, sich auf die innere Medizin zu beschränken.

Der endgültige Vorschlag der zur Ausarbeitung bestellten Vertrauensmänner ging dann dahin, neben den eigentlichen Ärzten nur eine Klasse von Chirurgen zu belassen, denen die Aufgaben eines Krankenwärters oder einer Krankenschwester im heutigen Sinn zukommen sollten. In diesem Vorschlag war auch die Forderung inbegriffen, die Geburtshilfe ganz in die Hand des Arztes zu geben. So wie verlangt wurde, daß chirurgische Eingriffe von einem entsprechenden chirurgisch ausgebildeten Arzt vorgenommen werden sollten, so sollte auch den Hebammen zur Auflage gemacht werden, bei bestimmten Geburtskomplikationen wie Nabelschnurvorfällen, engem Becken, Steißlagen bei Erstgebärenden den Arzt zu rufen.

Mit der Durchführung dieser Vorschläge wäre die Ausübung ärztlicher Tätigkeit etwa in die heute übliche Form gebracht gewesen. Es hätte sich nur darum gehandelt, die Organisation der Krankenpflegeberufe richtig in Angriff zu nehmen. Darüber wird in den Reformvorschlägen wenig berichtet.

Eine zweite brennende Frage, die einer Beantwortung bedurfte, war die Sorge um die ausreichende ärztliche Versorgung der Bevölkerung, insbesondere der Landbevölkerung. Die geplante Beseitigung des Chirurgenstandes verlangte eine Vermehrung der Arztstühle. Aber bei dieser Vermehrung war gleichzeitig zu befürchten, daß das Einkommen der Ärzte das Existenzminimum nicht erreichen könnte und damit ein ärztliches Proletariat groß gezogen werde. Dem Geist der Zeit entsprechend konnte von einer Niederlassungsbeschränkung nicht die Rede sein. „Jeder geprüfte Arzt kann sich zu jeder Zeit niederlassen, wo er im Lande will, um seine Kunst auszuüben“, war eine Forderung der Reformbewegung. Dabei war bereits die Zahl der Ärzte, umgerechnet auf die Einwohnerzahl, verhältnismäßig groß. Die verschiedenen Bevölkerungsdichte des Landes brachte es zwar mit sich, daß die Arztbezirke teilweise sehr groß waren. Es gab 7 Oberämter, in denen nur in der Oberamtsstadt Ärzte saßen. Wenn auch auf 3900 Einwohner durchschnittlich 1 Arzt kam, so muß man in Betracht ziehen, daß bei der großen Zahl der Chirurgen (siehe oben) ein erheblicher Teil der Erkrankungen nicht von ärztlicher Seite behandelt wurde, wie ja auch fast die gesamte Geburtshilfe noch nicht in den Händen der Ärzte war. Bei der damals herrschenden großen Verarmung weiter Volkskreise hatte jedenfalls das „dat Galenus opes“ keine Berechtigung.

Welche Rolle das Armenwesen auch in ärztlicher Hinsicht spielte, beweist die Tatsache, daß die Reformvorschläge sich auch eingehend mit der ärztlichen Versorgung der Armen beschäftigten. Bei dem Fehlen einer sozialen

Versicherung war dies eine schwierige Aufgabe. Es bedarf einer besonderen Anerkennung, daß sich gerade die Ärzte verpflichtet fühlten, hier helfend einzugreifen¹, wogegen die Gemeinden und Behörden das Armenwesen in jeder Beziehung nur als drückende Last empfanden. Über die Art der ärztlichen Tätigkeit bei Armen gingen allerdings die Vorschläge auseinander. Während von einer Minderheit auch hier die freie Arztwahl propagiert wurde, sprach sich zur Ersparung unnötiger Ausgaben die Mehrheit der Ärzte für die Anstellung von Armenärzten aus. Die Gemeinden sollten gesetzlich angehalten werden, Armenärzte anzustellen, an welche die Armen aber auch im Erkrankungsfall gebunden sein mußten.

Eine weitere Frage, welche die Reformbewegung beschäftigte, war die Organisation der Medizinalbehörden. 1734 war in Württemberg erstmals ein Sanitätskollegium, dem die Regelung des gesamten Gesundheitswesens einschließlich der Standesvertretung (soweit es eine solche überhaupt gab), errichtet worden. Unter diesem Sanitätskollegium, das sich aus Ärzten der Residenz, die damit meist den Titel Leibarzt erhielten, zusammensetzte, standen die Landphysici, den heutigen Kreisärzten entsprechend. An diesem Aufbau der Medizinalbehörde war seither nichts Grundsätzliches geändert worden. Wenn dieses Sanitätskollegium, später Medizinalkollegium genannt, auch nur beratend wirkte und keine vollziehende Gewalt besaß, so waren seine Befugnisse doch sehr umfangreich. Zu seinen Aufgaben gehörte nicht nur die eigentliche Staatsmedizin, sondern auch die Abhaltung der Prüfungen von Ärzten bzw. Chirurgen, Tierärzten und Apothekern.

Der Geist der Zeit verlangte hier eine grundsätzliche Änderung. Der Gesamtheit der Ärzteschaft sollte im Sinne der Gleichberechtigung aller die Möglichkeit gegeben werden, an allen diesen Aufgaben mitwirken zu können. Neben radikalen Vorschlägen, die überhaupt das ganze bisherige Gebäude von Grund aus einreißen wollten, wurden andere gemacht, die mehr vermittelnd wirken wollten. Eine Aufsichtsbehörde konnte auch die radikale Richtung nicht ablehnen. Das sollte aber keine zentrale sein, sondern das ganze Land sollte eingeteilt werden in 6 Sanitätsinspektionen, für deren Leitung je ein Arzt bestimmt war. Diesen Sanitätsinspektoren sollte aber im wesentlichen nur die Beaufsichtigung über die Durchführung der Medizinalgesetze obliegen, alles übrige wäre die Aufgabe einer aus den Ärzten des Landes gewählten Synode mit 43 Mitgliedern gewesen. Nach diesem Plan sollten also sogar die Prüfungen der zukünftigen Ärzte, Tierärzte und Apotheker von den im Lande praktizierenden Ärzten vorgenommen werden.

Die endgültigen Vorschläge waren weniger radikal. Sie forderten eine oberste Medizinalbehörde mit einer Zusammensetzung aus Ärzten, Naturwissenschaftlern, Tierärzten und Apothekern, die zwar ihren Sitz in Stuttgart haben sollten, bei deren Auswahl aber besonders auf erfahrene Landärzte Rücksicht genommen werden sollte. Um der Gefahr zu entgehen, daß die Beschlüsse des Medizinalkollegiums am grünen Tisch erfolgen, wurde gewünscht, daß den Mitgliedern die Ausübung einer ärztlichen Praxis erlaubt bleibt. Des weiteren sah dieser Vorschlag die Beibehaltung der Oberamtsärzte (Kreisärzte)

¹ Landerer schreibt in seinem Referat über das Armenwesen: „Die höchste Aufgabe des Einzelnen ist die Wohlfahrt (Humanität), obenan steht das Wohl des Ganzen und der einzelne Stand hat seine Interessen dem allgemeinen Volkwohl durchaus gewissenhaft unterzuordnen.“

vor, aber auch er forderte das Mitbeteiligungsrecht der gesamten Ärzteschaft an der Ausarbeitung der Gesetzgebung und der ärztlichen Standesangelegenheiten in Form eines von der Gesamtheit der Ärzte gewählten Ausschusses. Erst nach der Begutachtung durch diesen Ausschuss sollten Gesetzentwürfe der Abgeordnetenkammer vorgelegt werden. Wir sehen, wie auch hier der Grundsatz der Gleichberechtigung, aber auch der Mitverantwortung aller gewährleistet sein sollte.

Daß sich die Reformbewegung auch mit dem medizinischen Unterricht und dem Prüfungswesen beschäftigt hat, ist verständlich. Hier war auch die Universität Tübingen eingeschaltet und zwar dadurch, daß der damalige Privatdozent Griesinger und spätere Vorstand der Medizinischen Klinik ein eifriger Mitarbeiter der Bewegung gewesen ist. Die Vorschläge für eine Neuordnung des medizinischen Unterrichts setzen schon bei der Vorbereitung zum Hochschulstudium ein. Wenn wir heute veranlaßt sind, wieder für eine stärkere Betonung der geisteswissenschaftlichen Ausbildung einzutreten, so wünschte die damalige Zeit für den künftigen Arzt eine bessere Vorbildung in den naturwissenschaftlichen Fächern. Dieser Wunsch ist verständlich. Die Heilkunde hatte das abstrakte Denken der naturphilosophischen Medizin abgeschüttelt und war im Begriff, sich zur naturwissenschaftlichen Medizin umzuwandeln. Gerade Griesinger gehörte zusammen mit seinen Freunden Wunderlich und Roser zu den eifrigsten Verfechtern dieser umwälzenden Entwicklung. Mit ihrer „physiologischen“ (d. h. naturwissenschaftlichen) Heilkunde haben diese drei schwäbischen Reformatoren einen bitteren Kampf gegen jede Spekulation geführt.

Die Bedeutung der naturwissenschaftlichen Fächer für die Medizin hob man dadurch noch stärker hervor, daß man eine Zwischenprüfung, entsprechend dem heutigen Physikum, verlangte. Bis dahin waren die naturwissenschaftlichen Fächer mit den klinischen zusammen bei Abschluß des Studiums geprüft worden. Die Hauptprüfung zerfiel in zwei Teile, von denen der erste in Tübingen unter Anwesenheit eines Obermedizinalrats als Regierungsvertreter abgehalten wurde. Er galt vorwiegend dem Nachweis theoretischer Kenntnisse. Nach Ablauf eines Jahres erfolgte der zweite Teil der Prüfung vor dem Medizinalkollegium in Stuttgart, bei dem die praktische Tüchtigkeit und Fertigkeit zu beweisen war. Das zwischen den beiden Teilen liegende praktische Jahr, als Referendärsjahr bezeichnet, verbrachten die meisten Kandidaten in Tübingen zum weiteren Besuch der Klinik. Wer es sich leisten konnte, besuchte andere Universitäten, besonders des Auslandes oder auswärtige Krankenanstalten oder war bei einem praktischen Arzt tätig.

Eigenartigerweise hat die Universität wenig Wert darauf gelegt, das Prüfungswesen ganz in die Hand zu bekommen. Der maßgebende Mann der Bewegung in Tübingen, Griesinger, schlug vor, die Prüfungskommission für das Hauptexamen so zusammensetzen, daß sie zu einem Drittel aus Universitätslehrern (natürlich einschließlich der Privatdozenten), zu einem Drittel aus Mitgliedern des Medizinalkollegiums und zu einem Drittel aus der „Elite der praktischen Ärzte“ bestehen solle. Er begründete seinen Vorschlag damit, daß mit dieser Zusammensetzung der Prüfungskommission jede Parteilichkeit ausgeschlossen sei und die Gefahr verhindert werde, daß die Kandidaten sich ausschließlich auf die von ihren früheren Lehrern vorgetragenen Lehren einpauken. Mit der vorgeschlagenen Zusammensetzung plante man, die Trennung

des Examins in zwei Teile aufzugeben und nur eine Staatsprüfung zu verlangen. Keine volle Einigkeit konnte über das „Referendärsjahr“ erzielt werden. Die Mehrzahl der Vertrauensmänner sprach sich für seine Beibehaltung nach dem endgültigen Examen aus, also im Sinn des späteren Medizinalpraktikantenjahrs. Nicht unerwähnt soll sein, daß man auch daran dachte, mit der Ablegung des Examins die Verleihung des Dokortitels zu verbinden.

Strebte die Zeit im Aufbau der Medizinalbehörde eine Dezentralisation an, so beschritt sie in der Frage der Krankenanstalten eher den entgegengesetzten Weg. Um die zweckmäßige Einrichtung neuer Krankenhäuser, wie sie in jedem Bezirk errichtet werden sollten, zu garantieren, sollte durch eine zentrale Behörde Bau und Einrichtung einer Begutachtung unterzogen werden. Da der Bevölkerung der Begriff vom Wesen eines Krankenhauses durchaus noch nicht geläufig war, mußte ihr erst klar gemacht werden, daß das Krankenhaus eine Heilanstalt und keine Unterbringungsmöglichkeit für Obdachlose und Sieche zu sein hat. Wenn wir heute bei der Bevölkerung eher den Zug zum Krankenhaus abbremsen müssen, so herrschte damals, wie noch lange, eine Angst vor dem Krankenhaus, was zur Folge hatte, daß den damaligen Anforderungen durchaus entsprechende Krankenhäuser vorübergehend leer standen. Es war dies vom gesundheitlichen und vom verwaltungstechnischen Standpunkt aus bedauerlich. Deshalb wurde der Vorschlag einer Krankheitskostenversicherungskasse für bestimmte Berufe gemacht, wie sie 1827 das Stuttgarter Katharinenspital bei seiner Errichtung mit gutem Erfolg eingeführt hatte.

Noch manche andere Frage beschäftigte die Reformbewegung, so die Anpassung der Medizinaltaxe (Gebührenordnung) an die durch die geplante Aufhebung des Chirurgenstandes veränderten Verhältnisse, das gesamte Apothekerwesen, die Heilbäder. Auf die soll hier nicht eingegangen werden.

Wir fragen uns nur noch, was ist aus der ganzen Bewegung geworden? Die mit so viel Eifer ausgearbeiteten Vorschläge sind unberücksichtigt geblieben. Wie in andern Ländern, in denen ähnlich lautende Forderungen für Freiheit, Humanität und Mitbestimmungsrecht aufgestellt wurden, verlief mit der politischen Entwicklung auch in Württemberg die Bewegung im Sand. Auch der Wunsch nach einer einheitlichen Regelung der ärztlichen Standesverhältnisse in deutschen Ländern blieb unerfüllt. Einer der Vertrauensmänner, Roser, der spätere Marburger Chirurg, hatte auf einer Versammlung württembergischer Ärzte ausgesprochen: „Im nächsten Herbst sehen wir uns ohne Zweifel beisammen auf einer großen Versammlung deutscher Ärzte.“ Die Hoffnung ist nicht erfüllt worden.

Die Reformvorschläge sind größtenteils zusammengefaßt in einem Supplementband des Medizinischen Korrespondenzblattes Jahrgang 1848/49. Jedem, der sich für Einzelheiten interessiert, empfehle ich dessen Lektüre. Die Berichte lassen trotz ihrer Objektivität die lebensnahe eigene Beobachtung und Erfahrung nicht vermissen. Manche sind in einem Ton geschrieben, wie er heute in einer wissenschaftlichen oder Standeszeitschrift kaum denkbar ist, eine Art der Darstellung, wie sie aber auch sonst üblich war. Roser sagte später (1878) selbst: „Es war eine Zeit der literarischen Prinzipienkämpfe, der groben Rezensionen, des höhnischen Wigtons. W. Menzel, H. Heine und A. Ruge hatten nebst vielen andern diesen Ton angegeben . . . Heutzutage würde ein solcher Ton in unserer Wissenschaft kaum mehr möglich sein.“

Die Ärztin in der Standesorganisation

Von Dr. med. Ilse Reinhardt, Stuttgart

(Referat auf einer Versammlung der Ärzte Groß-Stuttgarts am 1. September 1946)

Ich bin beauftragt, kurz über die Mitarbeit der Ärztin in der Standesorganisation zu sprechen.

Art und Umfang dieser Mitarbeit hängt oder sollte abhängen von Art und Umfang der ärztlichen Arbeit der Frauen überhaupt. Der Einsatz der Frau als Ärztin wiederum hängt von dem Bedarf für weibliche Berufsarbeit auf allen Gebieten ab.

Dieser Bedarf hat einem ständigen Wechsel unterlegen. Wenn die Zahl der berufstätigen Frauen in Deutschland vor dem vorigen Kriege 9 Millionen betrug, so stieg diese Zahl nach dem vorigen Kriege auf 11 Millionen an. In diesem Kriege gab es fast keine Frau, wenn sie nicht alt, krank oder Mutter mehrerer Kinder war, die nicht zu irgendeiner beruflichen Tätigkeit gezwungen wurde. Nach diesem Kriege besteht sicher ein großer Frauenüberschuß. Wenn auf die ganze Bevölkerung gesehen die Zahlen auch nicht so groß sein werden wie jetzt bei den Flüchtlingen, wo sie 70 bis 80 Prozent mit Kindern betragen, so werden doch ungezählte Millionen von Frauen gezwungen sein, nicht nur für sich, sondern auch noch für Kinder oder andere Angehörige durch eigene berufliche Arbeit zu sorgen. Die Berufsarbeit der Frau kann aber bei der bestehenden Notlage nicht sehr viel geringer werden als während des letzten Krieges.

Die notwendige Folge hiervon wird sein, daß ähnlich wie schon während des Krieges noch bestehende Beschränkungen über Art und Umfang dieser Berufsarbeit aufgehoben werden müssen und daß die weibliche Leistung nach dem Maß ihrer Qualität, nicht aber nach anderen Maßstäben bezahlt werden muß. In einigen Gebieten Deutschlands gibt es bereits entsprechende gesetzliche Regelungen.

Die Arbeit der Ärztin wird sich nach ähnlichen Regeln entwickeln und nicht aufzuhalten sein. Während des Krieges wurde fast jede von uns, die eine ärztliche Ausbildung hatte, zur Ausübung des Berufes gezwungen, unabhängig davon, ob sie Mutter mehrerer Kinder war, oder davon, ob sie einen Ehemann hatte, der sie ernähren konnte, oder auch davon, ob sie noch sehr jung und schlecht ausgebildet war.

Darum haben wir jetzt eine größere Anzahl von Ärztinnen mit guter Ausbildung, die sich während der schweren Kriegsjahre bei der ärztlichen Versorgung der Heimat bewähren konnten und zeigten, daß die Frau auch als Ärztin bereit und fähig war, alle Nöte mitzutragen und auch außerordentlichen Anforderungen gerecht zu werden. Ohne die Einsatzbereitschaft und Fähigkeit der Ärztin wäre die einigermaßen zureichende Versorgung der Bevölkerung in der Heimat überhaupt nicht möglich gewesen.

Unsere heutige Situation ist fast tragisch, mindestens aber sehr konfliktreich. Die Überfülle von Ärzten, die von ihrer Kriegsarbeit hereinkommen, dazu die Überfülle von Flüchtlingsärzten, die nun alle zusammen auf stark verkleinertem Raum nach Arbeit suchen, lassen die Arbeit der Ärztin im Gegensatz zur Kriegszeit fast überflüssig erscheinen.

In verschiedenen Besatzungszonen haben daher die Vertreter der ärztlichen Standesorganisationen nach Wegen gesucht, um aus dieser Konfliktsituation herauszukommen.

Überall ging man zunächst die Wege des vermeintlich kleinsten Widerstandes. Wenn wir auch viele Ärztinnen sind, so sind wir doch in der Minderheit und besonders in der Minderheit in der Vertretung der Standesorganisation. Man nahm also in der Niederlassungsordnung z. B. Paragraphen auf, die die Mitarbeit der Ärztin auf bestimmte Prozentzahlen beschränken sollte und legte noch weitere Beschränkungen der verheirateten Ärztin auf. Die Begründungen hierfür erscheinen zunächst unanfechtbar. Der junge Kollege, der meist schon Familie und viele Kriegsjahre verloren hat, verdient eine bevorzugte Niederlassung. Die im Lande gebliebene Ärztin, die oft unverheiratet ist und keine Ausbildungsjahre verloren hat, muß darum zurücktreten. Die verheiratete Ärztin, die von ihrem Mann ernährt werden kann, soll nicht einem existenzlosen Arzt das Brot wegnehmen.

Auch in der Württ. Ärztekammer wurde eine Niederlassungsordnung ausgearbeitet, die einen Paragraphen erhielt, der die Niederlassung der Ärztin von besonderen zusätzlichen Bedingungen abhängig machte.

Ich wurde im Anfang dieses Jahres zu den Arbeiten der kommissarisch beauftragten Vertreter unserer Standesorganisation freundlicherweise hinzugezogen. Es gelang mir nicht, die Kollegen davon zu überzeugen, daß die Mitarbeit der Ärztin nicht allein von vorwiegend wirtschaftlichen Erwägungen über die Versorgung des vorhandenen Ärzteüberschusses abhängig gemacht werden könne. Es gelang mir nicht, Wege zu zeigen, die eine gerechte Startmöglichkeit für alle Ärzte und Ärztinnen gleicher Leistung bieten würden.

Darum rief ich die Stuttgarter Ärztinnen zusammen, um mit ihnen unsere Lage zu beraten und sie zur Mitarbeit in den Ausschüssen der ärztlichen Standesorganisation zu gewinnen. So kam es, daß Kolleginnen in den Ausschüssen für Niederlassungsfragen, für die Entnazifizierung und in den Vorstand der Ärztekammer eingesetzt wurden. Unseren gemeinsamen Bemühungen gelang es, den beschränkenden Paragraphen in der Niederlassungsordnung zu entfernen.

In allen Besatzungszonen übrigens war es die Besatzungsmacht, die, wie Herr Kollege Neuffer so freundlich sagte, die Höflichkeit besaß, diese Beschränkungen der ärztlichen Berufsausübung durch Frauen, auch durch verheiratete Frauen, aufzuheben.

Wir freuen uns zwar über diese „Höflichkeit“, aber doch höchstens mit einem lachenden Auge. Das andere Auge jedenfalls weint, denn es ist uns ein großer Kummer, daß wir diese uns einzig gerecht erscheinende Regelung nicht unseren Männern verdanken.

Aber, wie dem auch sei, wir hoffen, durch unsere uneingeschränkte Bereitschaft nicht nur die Rechte, sondern auch alle Lasten der ärztlichen Berufspflichten auf uns zu nehmen und durch die Qualität unserer Arbeit allmählich überzeugende Beweise liefern zu können, daß unsere Arbeit als Ärztin überhaupt und in den Vertretungen der Berufsorganisation zum Wiederaufbau und zur Neuordnung des vorhandenen grauenhaften Chaos nötig ist.

Ärztliche Berufsaussichten

Von Dr. med. Theodor D o b l e r

Man hat vor zwanzig Jahren viel von der „Krise“ in der Medizin gesprochen. Sie ist für uns offenbar geworden: deutsche Ärzte sitzen in Nürnberg unter schwersten Anklagen, gegen die Menschlichkeit sich vergangen zu haben, vor dem Tribunal.

Der Ruf des deutschen Arztes und Forschers, vor einem halben Menschenalter noch unbestritten makellos und führend in aller Welt, scheint fragwürdig geworden.

Wie konnte das geschehen?

„Ehrfurcht vor dem Leben ist die tiefste Quelle des Arzttums“, sagt und lebt uns der große Philosoph, Musiker und Arzt Albert Schweitzer in Usambara vor.

„Wissen und Wissenschaft allein machen den Arzt nicht. Das Menschliche muß hinzukommen: die Liebe zum Kranken. Wer im leidenden Menschen nur ein Studienobjekt sieht, der wandelt andere Wege als sie der Arzt zu gehen hat“, schrieb Erwin Liek.

Man hat nicht auf die Mahner gehört. Ist die Irrwege gegangen, die jeder zum Arzt Berufene klar erkennen mußte. Sie haben in Verbrechen und Schande geführt.

Es genügt nun aber nicht, daß die deutsche Ärzteschaft abbrückt von denen, die sich offen schuldig gemacht haben. Sie muß dem Übel an die Wurzel gehen, aus ihren Reihen ausmerzen, deren Arzttum nicht echt und wahr ist. Entscheidender und wichtiger als alle materiellen Sorgen, die auch anderen Berufen nicht erspart bleiben, ist der entschlossene Wille, die tiefe Verpflichtung und Verantwortung wieder zur Grundlage alles Arztlebens zu machen, die wir unserem Volk und dem leidenden Menschen gegenüber tragen. Nicht die äußere Bewertung seiner Leistung, sondern das Bewußtsein, in vollem Einsatz seine Berufspflicht am leidenden Menschen ohne Ansehen der Person erfüllen zu dürfen, gibt dem rechten Arzt die innere Befriedigung, seinen verantwortungsvollen Beruf in freudiger Hingabe zu erfüllen.

Die Gesundheit und Arbeitsfähigkeit unseres Volkes ist das letzte Kapital, das uns zum Wiederaufbau unserer Heimat und Kultur geblieben ist. Sie zu erhalten und sie zu mehren in einer Zeit schwerster Not und Bedrohung, ist die Aufgabe eines starken, in seinem Berufsethos geschlossenen Arztestandes, der sich vom materialistischen Denken des „Mediziners“ bewußt wieder seiner innersten Berufung zuwendet. Hieraus ergeben sich auch die Richtlinien für die Auslese unseres Nachwuchses:

Zum Arzt muß man geboren sein, so gut wie zum Künstler. Oder man wird es nur zum „Mediziner“ bringen, wie er zum Handwerker. Schon im Altertum galt der Arzt dem Priester gleich. Viel vermögen Wille, Fleiß und Intelligenz; das Letzte können sie nicht geben, das zum Arztsein vonnöten ist: Ehrfurcht vor dem Leben, unerschöpfliche Güte des Herzens, Liebe zum Leidenden. Sie allein befähigen den Arzt zu seinem Beruf, der heute wieder zur Synthese von Leib und Seele auch auf dem Gebiet der Heilkunde strebt, der gewillt ist, nicht mehr Krankheiten zu kurieren, sondern Kranke zu heilen und gestörte Lebensharmonien wieder herzustellen.

Alle Verantwortungsfreudigkeit aber, alle Hingabe, alles Wissen und Können ersparen dem Arzt nicht schwerste Belastungen, Enttäuschungen und Kämpfe. Er muß unerschütterlich stark in sich selbst gefestigt, seiner Sendung

und seiner Grenzen bewußt sein, um immer aufs neue die Verantwortung über Tod und Leben der Menschen, die seine Hilfe suchen, auf sich nehmen zu können. Sein Gewissen allein darf ihm Richter sein. Selten nur wird er gebührenden Dank ernten.

Dessen muß sich bewußt sein, wer den Entschluß faßt, Medizin zu studieren.

Heute mehr denn je! Denn das letzte Jahrzehnt hat uns in Deutschland eine Inflation an Ärzten und Medizinstudierenden gebracht, die nur noch dem wirklich Berufenen und überdurchschnittlich Begabten einige Aussicht läßt, nach einem langen Studium und weiteren Jahren ärztlicher Ausbildung eine befriedigende Berufsexistenz in unserem so arm gewordenen Vaterland zu finden.

Es wird eine sehr harte und scharfe Auslese einsetzen müssen, wenn der Arztestand seine berufliche Freiheit und damit seine Arbeitsfreudigkeit und Leistungsfähigkeit nicht verlieren soll. Schon heute ist die Arbeitslosigkeit im ärztlichen Stand weit höher als in den anderen akademischen Berufen. Haben doch allein an der Universität Tübingen in den Jahren 1940 bis 1945 über tausend Kliniker ihr Staatsexamen abgelegt, also mehr, als Süd-Württemberg insgesamt Praxisstellen besaß.

Ist es schon sehr schwer, den Jungärzten die für ihre spätere Niederlassung notwendige, mindestens zweijährige Assistentenzeit an Kliniken oder Krankenhäusern zu verschaffen, selbst wenn sie auf Bezahlung verzichten können und mit Volontärstellen zufrieden sind, so ist es heute schon ganz unmöglich, für alle Ärzte, welche die Vorbedingung für die Niederlassung erfüllt haben, Praxisstellen zu schaffen. Die Arztdichte in Württemberg hat sich heute schon gegenüber 1939 verdoppelt. In den meisten Kreisen ist die Zahl von 1500 Einwohnern auf einen Arzt gegen 3500 vor dem Krieg bereits unterschritten und noch warten Hunderte gut ausgebildeter Ärzte, einheimische und ausgewiesene, für die wir zu sorgen haben, auf ihre Niederlassung. — In allen übrigen Ländern ist die Lage ähnlich.

Aus dieser Situation ergab sich für eine verantwortliche Gesundheitsführung als dringlichste Aufgabe: den Zustrom zum Medizinstudium abzdämmen. Nachdem die Medizinische Fakultät einschneidende Beschränkungen für die Neuaufnahme des Medizinstudiums getroffen, hat die Ärztekammer eine Niederlassungsordnung erlassen, in welcher die Niederlassung und die in der Regel damit verbundene Kassenzulassung planmäßig geregelt wird. Unter Bevorzugung der Kriegsbeschädigten und politisch Unbelasteten sind in Württemberg im letzten Jahr gegen 1000 Arztstühle besetzt und neu geschaffen worden. Damit ist aber auch jetzt eine untere Grenze des Berufseinkommens erreicht, die dem Arzt eben noch eine bescheidene Existenz ermöglicht. Da die Kapitalreserven der ärztlichen Versorgungskassen größtenteils verloren sind, ist eine Zur-Ruhe-Setzung alter Ärzte mit Gewährung einer Altersrente ebenso schwierig geworden wie die Unterstützung notleidender. Hinzu kommt, daß das Berufseinkommen der Ärzte durch die angekündigte und in der französisch besetzten Zone Württembergs schon teilweise durchgeführten Neuordnung der Sozialversicherung mit Versicherungszwang bis zu RM 7200.— weiterhin durch Einengung der Privatpraxis empfindlich geschmälert wird.

Ungeachtet der mit Sicherheit zu erwartenden allgemeinen wirtschaftlichen Notlage des Arztstandes ist die Zahl der Medizinstudenten heute noch untragbar groß. Die Kriegsverhältnisse haben es mit sich gebracht, daß viele Abiturienten das Medizinstudium aus Gründen ergriffen haben, welche einer ernsten Prüfung auf Berufseignung nicht standhalten. Die Ärztekammern halten es für ihre Pflicht, darauf aufmerksam zu machen, daß der heutige Nachwuchs den Bedarf an Ärzten für Jahrzehnte übersteigt und daß es unmöglich sein wird, selbst bei günstiger wirtschaftlicher Entwicklung auch nur einem kleinen Teil der Jungärzte in Deutschland eine Existenzmöglichkeit zu schaffen. Sie legen allen Medizinstudierenden nahe, gewissenhaft zu erwägen, ob nicht ein Übergang in das Lehrfach oder andere Berufe ihnen eine sichere Zukunft ermöglichen. Auch die Fakultäten der deutschen Universitäten halten aus diesen Erwägungen heraus eine scharfe Einschränkung und Auslese der Studierenden für dringend notwendig. So hat die Berliner Medizinische Fakultät angeordnet, daß im Interesse einer notwendigen Sichtung jeder Medizinstudierende sich im Abstand von 2 bis 3 Semestern ärztlichen Zwischenprüfungen unterziehen muß, deren Bestehen Voraussetzung für die Fortsetzung des Studiums ist. Die Prüfungen sollen nicht „schulmäßig“ sein. „Ihr Sinn ist vom Lehrer und Studierenden dann recht verstanden, wenn die mit jeder Prüfung verbundene Auslese nicht allein durch Ausschluß negativ ist, sondern positiv wird durch Förderung derjenigen Studierenden, die sich durch besondere geistige Willenskräfte und Fähigkeiten auszeichnen.“

„Diese Zwischenprüfungen sollen der Feststellung dienen, ob der Studierende nach seiner Veranlagung und Persönlichkeit und auf Grund seiner Kenntnisse und seines Verständnisses für medizinische Fragen für die beruflichen Anforderungen eines Arztes geeignet erscheint. Befriedigt das Prüfungsergebnis nicht, so ist nur in ganz begründeten Ausnahmefällen eine Wiederholung der Prüfung möglich, deren Ergebnis endgültig ist.“

Die zunächst von Berlin erlassene Studienordnung sieht 11 Pflichtsemester vor und erlaubt die Ablegung des Staatsexamens im 12. Semester. So weit sich heute übersehen läßt, verlangen die meisten Ärztekammern eine weitere mindestens zweijährige Ausbildung an Kliniken oder großen Krankenhäusern vor Erteilung einer Niederlassungsgenehmigung. Da diese zur Zeit in den meisten Ländern die Kassenzulassung in sich schließt, sind die Wartefristen schon heute sehr lang.

Wer aber die wirkliche Berufung zum Arzt in sich trägt, wird sich durch alle diese Schwierigkeiten hindurchkämpfen, um dem Gebot seines Herzens zu folgen.

Ärztetum und Heilpraktiker

Von Dr. med. Heinrich Mantel, Stuttgart.

Die Entwicklung der ärztlichen Wissenschaft und ärztlichen Kunst hat in den letzten Jahrzehnten sich in der Richtung auf die Frühdiagnose zu besonders intensiv bewegt, so daß die Mortalität, namentlich der früher als unheilbar betrachteten Krankheiten, durch möglichst frühzeitige rationelle Behandlung erheblich gesunken ist.

Diese rechtzeitige, das heißt frühzeitige Erkennung der sonst einen unbedingt deletären Verlauf nehmenden schweren Erkrankungen ist aber an Untersuchungsmethoden gebunden — und zwar an mehrfache und oft umständliche Methoden, die selbst wieder von spezialistisch vorgebildeten und geübten Ärzten vorgenommen werden müssen.

Die behandelnden Ärzte sind durch gesetzliche und berufliche

Bestimmungen verpflichtet, sich dieser Untersuchungsmethoden zu bedienen und ihre Patienten diesen Untersuchungen zuzuwenden, falls sie nicht sich eines Kunstfehlers schuldig machen und harte Strafen vermeiden wollen. Ein- oder mehrjähriger Ausschuß aus der ärztlichen Praxis, sogar Gefängnisstrafen können verhängt werden. Außerdem haben die Ärzte, da bei ihnen der Begriff des Kunstfehlers scharf umrissen ist — und bei ihnen eine gründliche ärztliche Ausbildung allgemeine Voraussetzung ist —, vor Gericht keine mildernden Umstände wie Unkenntnis oder Mangel an geeigneten Untersuchungsmethoden zu erwarten.

Von alledem ist der Heilpraktiker verschont. Ihm sind keine besonderen Untersuchungsmethoden vorgeschrieben, der Begriff „Kunstfehler“ ist bei ihm viel weiter gesteckt, besondere Ausbildung und Kenntnisse werden nicht vorausgesetzt, und die Aussichten, den Heilpraktiker für Mißerfolge haftbar oder gar strafbar zu machen, sind viel geringer.

Nun nehmen infolge der katastrophalen Ernährungs- und Wohnungsnot durch den verlorenen Krieg und durch die Schrecken der Hitlerzeit die nur durch eine möglichst frühe Frühdiagnose noch beeinflussbaren Erkrankungen ganz erheblich zu, so daß unter keinen Umständen eine Verzögerung durch „Laienbehandlung“ mehr zu verantworten ist. Es liegt in der Hand der Staatsführung, diese durch die Laienbehandlungen verschuldeten Verschleppungen der rechtzeitigen Behandlungen unmöglich zu machen und das wenige, das uns aus dem Konkurs Hitlers noch übrig geblieben ist, das Leben und die Gesundheit unserer Mitbürger, in möglichstem Umfang zu erhalten.

Es muß heute geradezu als ein Schildbürgerstreich erscheinen, daß der Zugang zum medizinischen Studium streng gesperrt wird — daß von den durch ihr Abitur zum Studium Berechtigten strenge nach der „Befähigung“ ausgesiebt werden soll — zu einer Zeit, wo Tausende von „Heilpraktikern“ ihr Gewerbe ungestört ausüben dürfen, wo keine Behörde daran denkt, die Heilpraktiker auf ihre Befähigung, die Heilkunde auszuüben, insbesondere auf ihre Geeignetheit, die heute unumgänglich notwendige Frühdiagnose stellen zu können, zu prüfen oder gar ihnen das „Kurieren“ zu verbieten.

Es ist die Möglichkeit nicht von der Hand zu weisen, daß bei dieser strengen Aussiebung der Medizinstudierenden einerseits und der milden Duldung und Schonung der Heilpraktiker andererseits viele der zurückgewiesenen Studierenden sich dem Heilpraktikergewerbe zuwenden und daß hierdurch die Zahl der Heilpraktiker noch gesteigert wird.

Kurpfuscher und Dokortitel

Von Dr. med. Hans Hermann Schulz, Waldenbuch.

Es wird von allen Ärzten sehr begrüßt werden, daß von den maßgebenden Stellen alles getan wird, um die frühere saubere Trennung zwischen Ärzten und Kurpfuschern wieder in Geltung zu bringen. Während in der Hitlerzeit die Bestimmungen zur Tarnung der Kurpfuscherei getroffen wurden (Heilpraktikergesetz vom 17. Februar 1939), nach denen die früher allgemein behördlich übliche Bezeichnung „Kurpfuscher“ (§ 46 der Dienst-anweisung für die Kreisärzte) für jedes ohne staatliche Anerkennung ausgeübte Heilgewerbe nicht mehr zulässig war, dürfen wir heute wieder diese Menschen beim richtigen Namen nennen. Für die Zukunft haben wir sogar die berechtigte Hoffnung, daß durch die Sozialversicherungsreform, die nur Ärzte, Zahnärzte und Dentisten vorsieht, den Kurpfuschern endgültig das Handwerk gelegt wird.

So weit ist es aber leider noch nicht!

Es hat sich wieder gezeigt, daß sich in der Nachkriegszeit trotz Neubildung der ärztlichen Ständevertretung Elemente gefunden haben, die glauben, bei ungenügender öffentlicher Aufsicht im Trüben fischen zu können. Diese „Heilpraktiker“ von heute kann man in drei Kategorien einordnen:

Zur ersten Gruppe gehört der große Personenkreis, der eigentlich erst durch den Krieg zur Krankenbehandlung herangezogen wurde, also das männliche und weibliche Sanitätspersonal. Diese betreiben die Kurpfuscherei weniger aus materiellen Gesichtspunkten, als vielmehr aus einem übersteigerten Geltungsbedürfnis. Gemessen an den anderen Kurpfuschern sind sie noch relativ harmlos.

Die zweite Gruppe umfaßt diejenigen, die sich in bewußten Gegensatz zur „Schulmedizin“ stellen. Sie versuchen, die „Dok-

toren" bei den Patienten lächerlich zu machen und behaupten, sie seien die wahren „Naturärzte“ und „Biologen“ usw., da sie die Krankheiten „von der Natur her“ erkennen und behandeln. Der Streit zwischen Schul- und schulfreier Medizin ist heute als überwunden anzusehen. Der junge Arzt wird auf der Universität zu wissenschaftlichem und vorurteilsfreiem Denken erzogen. Es gibt daher keinen Gegensatz zwischen Schul- und schulfreier Medizin, sondern nur einen Gegensatz zwischen Wissenschaft und Aberglauben.

Die dritte Gruppe der Kurpfuscher verfolgt wieder eine ganz andere Taktik als die der ersten beiden: Sie lehnen den Dokortitel nicht ab, im Gegenteil, sie führen einen nichtmedizinischen Dokortitel ohne Angabe der Fakultät und geben so zu Verwechslungen mit approbierten Ärzten Anlaß.

Um nun nicht mit den letztgenannten Kurpfuschern, die niemals eine so langjährige Ausbildung und entbehrungsreiche Studenten- und Assistentenzeit und reiche Erfahrung aufweisen können, vom Publikum verwechselt zu werden, ist es dringend notwendig, daß alle Ärzte mithelfen! Denn nur der approbierte Arzt hat das Recht, den medizinischen Dokortitel zu führen. Es ist daher für uns notwendig, auf Hauschildern, Briefköpfen, Rezepten, Stempeln usw. stets den Dokortitel mit Angabe der Fakultät zu führen, um von unserer Seite alles zu tun, derartigen Verwechslungen vorzubeugen.

Darum sollte diese Aufforderung an die Kollegen nicht als Kleinigkeitskrämerei aufgefaßt werden, sondern als dringend notwendige Maßnahme im Kampf gegen die Kurpfuscherei, für ein sauberes Arztum!

Bericht über eine Tuberkulose-Tagung in Wangen im Allgäu

Von Dr. med. Theodor Dobler

Der leitende Arzt des Hauptversorgungsamtes Tübingen hatte gemeinsam mit der Ärztekammer Württemberg-Süd die Ärzte der Tuberkulose-Heilstätten und Versorgungskuranstalten, die Tuberkulose-Fürsorgeärzte und die Amtsärzte des Oberlandes auf 26. Oktober 1946 zu einer Tuberkulose-Tagung nach Wangen i. A. eingeladen.

Im Auftrag der Ärztekammer konnte Dr. Dobler den Direktor des Gesundheitswesens beim Staatssekretariat, Ob. Med. Rat Dr. Huwald, die Universitätsprofessoren Dr. Bennhold, Dr. Gottou, Dr. Letterer, Dr. Nägele und Dr. Sonnenschein und gegen 80 Ärzte in der Kinderheilstätte Wangen begrüßen, deren Direktor, Dr. med. habil. Brügger, den Vortrag über die primäre Tuberkulose im Kindesalter hielt. In eineinhalbstündigen ausgezeichneten Ausführungen wies er an Hand ungewöhnlich reicher Erfahrungen und großen Krankengutes und Röntgenmaterials auf die verschiedenartigen Verlaufsformen der kindlichen Tuberkulose hin, die in den letzten Jahren zusehends an Häufigkeit und Schwere zugenommen hat. Frl. Dr. Birkenfeld ergänzte den Vortrag, an den sich schon eine sehr ergiebige Diskussion angeschlossen hatte, durch die Erfahrungen, welche in der Kinderheilstätte in Beobachtung und Behandlung der chirurgischen Tuberkulose im Kindesalter gemacht wurden. Der Oberarzt der Heilstätte, Dr. med. habil. Reiner Müller, zeigte an Hand zahlreicher jugendlicher Patienten die Verlaufsformen der Fütterungstuberkulose, die sich in den letzten Jahren erschreckend häuft. Im Gegensatz zur chirurgischen Tuberkulose der Erwachsenen, bei der mit Ausnahme der Kniegelenkerkrankung eine konservative Behandlung empfohlen wird, sind in der Heilstätte durch aktives chirurgisches Vorgehen bei der Drüsentuberkulose sehr schöne und auch kosmetisch außerordentlich befriedigende Ergebnisse erzielt worden.

Auch an diese Vorträge schlossen sich interessante Besprechungen an, die Dr. Dobler in einem Schlußwort zusammenfaßte. Er wies insbesondere noch einmal auf die unbedingte Notwendigkeit hin, alle Frühfälle der Tuberkulose baldmöglichst zu erfassen und einer Heilstättenbehandlung zuzuführen. Da auch nach den Berichten des Auslandes die Versuche einer spezifisch antibiotischen Behandlung der Tuberkulose mit Penicillin und ähnlichen Heilmitteln noch zu keinem verwertbaren Resultat geführt haben, ist die Grundlage jeden Kampfes gegen die Volksseuche Tuberkulose nach wie vor eine ausreichende Ernährung der Kranken und Tuberkulosegefährdeten. Jeder ärztliche Behandlungsversuch ist zum Scheitern verurteilt, wenn der Tuberkulosekranke hungert. Gerade hier stellen sich uns heute fast unüberwindbare Schwierigkeiten in den Weg, die wir aber mit Mut und allen uns zu Gebote stehenden Mitteln zu überwinden versuchen müssen. Der herannahende Winter drängt uns mit allem Ernst zu besonderer Eile. Jedes Versäumnis wird sich auf Jahre hinaus schicksalhaft rächen.

Er legte deshalb den Tagungsteilnehmern folgende Entschlie-
ßung vor, welche mit lebhaftester Zustimmung einmütig an-
genommen wurde:

Entschlie- ßung

Die Strapazen und Entbehrungen der letzten Kriegsjahre haben, durch den zunehmenden Mangel an Lebensmitteln, Kleidung und Heizmaterial seit Kriegsende vermehrt, zu einer er-

schreckenden Zunahme der Tuberkulose geführt. Nicht nur hat die Zahl der Neuerkrankungen eine vielfache Steigerung erfahren, auch die Verlaufsformen der Tuberkulose haben sich augenfällig geändert: die Krankheit nimmt jetzt häufig einen bisher kaum gekannten ungünstigen Verlauf. Reihenuntersuchungen anscheinend gesund entlassener Kriegsgefangener haben eine Erkrankungs Häufigkeit bis zu zehn Prozent an Tuberkulose und spezifischer Rippfellentzündung ergeben. Unter den Flüchtlingen und Heimatlosen wird die Erkrankungszahl kaum geringer sein. Bisher völlig gutartig verlaufende Formen der Lungentuberkulose zeigen infolge Resistenzminderung durch ungenügende Ernährung nun einen akut bösartigen Verlauf und gefährden ihre Umgebung auf das schwerste.

Besonders bedrohlich entwickeln sich die Verhältnisse auf dem Gebiet der Kindertuberkulose: seit Jahren kann aus technischen Gründen vielerorts die Milch für die Kleinkinder nicht mehr pasteurisiert werden. Die Rinderbestände sind heute weitgehend tuberkuloseverseucht; so hat die Fütterungstuberkulose der Säuglinge und Kleinkinder in einem bisher unbekanntem Maße zugenommen. Die Zahl der wegen Tuberkuloseerkrankung in Fürsorge und Behandlung kommenden Kinder hat sich vervielfacht. Auch die Kindertuberkulose verläuft sehr viel bösartiger als früher.

Die Aufnahmefähigkeit der württembergischen Kinderheilstätten und Lungensanatorien reicht bei weitem nicht mehr aus, alle kurbedürftigen Tbc.-Kranken aufzunehmen. Desungeachtet sehen sich die Heilstätten heute vor die Notwendigkeit gestellt, wegen Ernährungs- und Heizungsschwierigkeiten ihre Bettenzahl einzuschränken statt zu vermehren. In Schömburg stehen heute schon 600 von 1000 Tuberkulosebetten wegen Kohlenmangels und wegen ungenügender Lebensmittelzuweisung leer.

In der Behandlung aller Tuberkuloseformen spielt auch heute noch neben der Wahl des Klimas die zweckmäßige und ausreichende Ernährung die Hauptrolle. Sämtliche Tuberkulose-sanatorien und -kinderheilstätten Südwürttembergs zeigen ein hohes Ernährungsdefizit, gemessen an den Mindestforderungen, die nach internationaler Übereinkunft für die Heilbehandlung Tbc.-Kranker gelten. Durch Vermehrung des Wassergehaltes der Butter und Herabsetzung des Fettgehaltes des Käses tritt hierzu noch eine qualitative Verschlechterung. Während in Friedenszeiten im allgemeinen die Kranken in befriedigendem Ernährungszustand in die Heilstätten eingewiesen wurden, zeigen von 800 Patienten der im Lauf des letzten Jahres in die Kinderheilstätte Wangen Aufgenommenen schon 80 Prozent ein Untergewicht bei der Einweisung. Die Hälfte der durch die Fürsorge erfaßten Kinder war im Wachstum zurückgeblieben.

Alle ärztlichen Bemühungen sind zwecklos, wenn nicht eine ausreichende Eiweiß-, Fett- und Gemüseernährung zur Hebung des Allgemeinzustandes gegeben wird. Es ist den Heilstätten nicht mehr möglich, nach Aufbrauch all ihrer Reserven mit den heutigen Zuteilungen Heilerfolge zu erzielen.

Diese Tatsache ist bereits auch im Volk bekannt: eine große Anzahl von Patienten weigert sich, die ihnen von der Tbc.-Fürsorge oder den Versorgungsämtern genehmigten Anstaltskuren anzutreten; um so mehr, als die Mehrzahl der Heilstätten und Sanatorien, darunter alle Anstalten in Schömburg, für den Winter nur ganz ungenügend mit Heizmaterial versorgt sind.

Die bei der heutigen Tagung versammelten Ärzte Württembergs halten es nach eingehender Beratung für ihre dringliche Pflicht, mit aller notwendigen Offenheit klarzustellen, daß mit der Ernährung, die heute den Tuberkulose-Heilstätten und Sanatorien in der französisch besetzten Zone Württembergs, Hohenzollern und Lindau zur Verfügung steht, ein erfolgreicher Kampf gegen die rapid zunehmende Tuberkulose der Kinder und Erwachsenen nicht mehr möglich ist.

Sie bitten deshalb eindringlich, die unbedingt erforderlichen Lebensmittelzulagen für alle Tuberkulosekranken und -gefährdeten zu genehmigen und die Widerstandsfähigkeit des Volkes gegen Tuberkuloseinfektion durch eine ausreichende Ernährung zu bessern.

Sie halten es für untragbar, wenn in einer Zeit bedrohlich zunehmender Tuberkulosegefährdung weitester Volkskreise Heilstätten wegen Mangels an Heizmaterial gezwungen sind, ihre Tuberkulosekranken nach Hause zu schicken und damit neue Infektionen in zahlreiche eng zusammengedrückte Familien zu tragen. Sie bitten deshalb um Belieferung der Heilstätten mit Kohlen, ehe der Einbruch des Winters zu weiteren folgeschweren Einschränkungen und Entlassungen zwingt.

Verantwortlich für die ärztliche und gesundheitliche Fürsorge für das Land, bittet die Ärztekammer die französische Militärregierung, das Direktorium des Staatssekretariats und alle charitativen Verbände um schnelle und ausreichende Hilfe im Kampf gegen das unabsehbare Elend, mit welchem eine gefährlich anwachsende Tuberkuloseeuche unser Land und seine Nachbarn bedroht.

Nachtrag zum Bericht:

Durch Verfügung der französischen Militärregierung vom 30. Nov. 1946 ist für die Insassen der Sanatorien und Krankenhäuser Süd-Württembergs und Hohenzollerns eine zusätzliche Krankenernährung gewährt worden, die sich nach Art der Erkrankung zwischen 1200 und 2000 zusätzlichen Kalorien bewegt. Damit haben die Bestrebungen der Ärztekammer Württemberg-Süd zu einem vollen Erfolg geführt. Auch die Sanatorien des Schwarzwaldes und Allgäues werden künftig ihren Patienten eine ausreichende und erfolversprechende Ernährung bieten können. Für die in Krankenhäusern arbeitenden Ärzte ist die normale Krankenzulage, für in Stadtgemeinden praktizierenden Ärzte ist die Schwerarbeiterzulage I zugestanden.

Wissenschaftliche Tagung über Penicillin

Am 8. Dezember 1946 fand auf Veranlassung des württembergisch-badischen Innenministeriums, Abt. Gesundheitswesen, in der Universitätshautklinik Heidelberg eine wissenschaftliche Tagung über Penicillin statt. Nach Begrüßungsworten des Fachbearbeiters zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten in Württemberg-Baden, Herrn Dr. Wezel, sprachen:

1. Herr Prof. Dr. Schönfeld, Vorstand der Universitätshautklinik Heidelberg, über „Die Entwicklung des Penicillins“;
2. Herr Prof. Dr. Schmidt-La Baume, Mannheim, ärztlicher Direktor der Hautabteilung des Städt. Krankenhauses Mannheim, über „Penicillin bei Vulvovaginitis“;
3. Herr Dr. Sevin, ärztlicher Direktor der Städt. Hautklinik Stuttgart, über „Erfahrungen mit Penicillin bei der Tripperbehandlung unter besonderen Berücksichtigungen der Rückwirkungen und Nebenwirkungen“;
4. Herr Dr. Geiger, ärztlicher Direktor der Hautabteilung des Städt. Krankenhauses Karlsruhe, über „Die ambulante Penicillinbehandlung in der Praxis“.

Im Anschluß an die Referate fand eine ausgiebige Diskussion statt, in der u. a. Herr Prof. Dr. Hoede, Vorstand der Universitätshautklinik Würzburg, Herr Prof. Dr. Lutz, Innenministerium, Stuttgart, und Herr Dozent Dr. Roemer, ärztlicher Direktor der Städt. Frauenklinik, Karlsruhe, das Wort ergriffen.

An der Tagung nahmen etwa 200 Ärzte teil. Außer den leitenden Ärzten der Geschlechtskrankenabteilungen Württemberg-Badens sowie sonstigen Dermatologen und praktischen Ärzten waren Vertreter der Landesmilitärregierung und der 3. amerikanischen Armee sowie Gäste aus Südwürttemberg, Bayern, Berlin und Hessen anwesend. Ein vollständiger Tagungsbericht ist durch die „Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft m. b. H., Stuttgart, Postfach 40“ zu beziehen.

Prozess gegen Karl Brand und Genossen vor dem amerik. Militärgericht I in Nürnberg

Die von den Ärztekammern der drei westlichen Zonen sowie von den Fakultäten der deutschen Universitäten nach Nürnberg gesandte Kommission hat am 9. Dez. 1946 ihre Arbeit aufgenommen. Sie steht unter der Leitung des Herrn Privatdozenten Dr. Alexander Mitscherlich, Heidelberg. Die Kommission wird während der Dauer des Prozesses als ständiger Beobachter anwesend sein und fortlaufend dem Württembergischen Ärzteblatt berichten. Nach Abschluß des Verfahrens wird sie einen zusammenfassenden informatischen Bericht über das gesamte bearbeitete Anklagematerial der Ärzteschaft und den Fakultäten übermitteln.

Während der Dauer des Prozesses besteht die Möglichkeit, daß interessierte Kollegen den Verhandlungen vorübergehend beiwohnen. Anträge hierfür sind mindestens acht Tage vorher durch die zuständige Bezirks-Ärztekammer an die Bezirks-Ärztekammer Nürnberg, Keßlerplatz 5 (Ärztekommission), zu richten mit Angabe des frühesten Bereitschaftstages. Benachrichtigung erfolgt dann von Nürnberg aus direkt telegraphisch.

Wahlen zur Ärztekammer Württemberg-Süd

Nachdem die Ärztekammer durch Rechtsanordnung vom 23. 7. 1946 als öffentliche Berufsvertretung für die Ärzte des französisch besetzten Gebiets Württembergs und Hohenzollerns bestellt wurde, will der bisher durch die Landesdirektion des Innern berufene Kammerausschuß möglichst bald die Arbeit in die Hände gewählter Vertreter legen.

Die Vorbereitungen für die Kammerwahlen sind bereits im Gange. Die Wahlausschüsse sind gebildet. Als voraussichtlicher Termin für die Wahl ist der 19. 2. 1947 vorgesehen. Wahlberechtigt sind alle im Kammergebiet ansässigen Ärzte, die das politische Wahlrecht besitzen. Pflicht ist es, von diesem Wahlrecht Gebrauch zu machen. Im Falle gesundheitlicher oder beruflicher Verhinderung sieht die Wahlordnung, die bei den Vorsitzenden der Wahlausschüsse der einzelnen Kreise und bei den Staatlichen Gesundheitsämtern eingesehen werden kann, vor, daß das Wahlrecht durch Stimmbrief ausgeübt wird. Für jeden Wahlbezirk (Kreis) sind im Wege der Mehrheitswahl mit einfacher Stimmenmehrheit ein Kammermitglied und zwei Ersatzmänner aus den im Wahlbezirk wohnenden wählbaren Ärzten zu wählen, auf einer Landesliste im Wege der Verhältniswahl acht Kammermitglieder und ebensoviele Ersatzmänner aus den im Kammerbezirk wohnenden wählbaren Ärzten. Die Wahlvorschläge für die Landesliste müssen von mindestens fünf im Kammergebiet wohnenden wahlberechtigten Ärzten dem Landeswahlausschuß eingereicht werden (§ 13 der Wahlordnung). Für die Wahl der Kreisvertreter können ebenfalls Vorschläge aufgestellt und veröffentlicht werden. Die Listen der wählbaren und wahlberechtigten Ärzte können bei den Staatlichen Gesundheitsämtern der einzelnen Kreise und in den Geschäftsräumen der Ärztekammer in Tübingen, Neues Standortlazarett, in der Zeit vom 21. 12. 1946 bis 6. 1. 1947 während der Dienststunden eingesehen werden. Wahlvorschläge müssen bis 25. 1. 1947 dem Landeswahlausschuß (Ärztekammer, Tübingen) eingereicht werden.

Ärztekammer Württemberg-Süd.

Wahl für die Bezirks-Ärztekammer Nord-Württemberg

Die rechtliche Grundlage der Bezirks-Ärztekammer ist durch eine Verordnung des Staatsministeriums vom 19. Nov. 1946, die jetzt die Zustimmung der Militärregierung gefunden hat, wiederhergestellt. Mit dieser Verordnung erhält u. a. das Württembergische Ärzteblatt-Gesetz von 1925 wieder Rechtskraft. Jetzt können die bisherigen kommissarischen Vorstände und Ausschüsse ihre Tätigkeit beenden und gewählten Vertretern übergeben. Zum ersten Male seit 15 Jahren sind damit die Ärzte und Ärztinnen in Nord-Württemberg wieder in der Lage, ihre Standesorganisation in freier und geheimer Wahl aufzubauen.

Die Vorbereitungen für die Wahl der Bezirks-Ärztékammer Nord-Württemberg sind so weit gediehen, daß sie auf Grund der Wahlordnung (siehe nachstehende Veröffentlichung) hiermit ausgeschrieben wird.

Wahlberechtigt sind alle im Kammergebiet ansässigen Ärzte und Ärztinnen, die das politische Wahlrecht besitzen. Die Wählbarkeit ist auf „Nichtbetroffene“ und „Entlastete“ (nach dem Gesetz zur Befreiung von Nationalsozialismus und Militarismus) beschränkt, bei Fehlen einer rechtskräftigen Spruchkammerentscheidung gilt die entsprechende Einstufung durch die Entnazifizierungsausschüsse nach dem Gesetz Nr. 8. Die Wählerlisten liegen in der Zeit vom 17. Februar bis 2. März bei den Gesundheitsämtern und bei der Bezirks-Ärztékammer in Stuttgart zur Einsichtnahme auf. Während dieser Zeit können wegen Über-

gehung Wahlberechtigter bzw. Wählbarer oder Aufnahme Nichtwahlberechtigter bzw. Nichtwählbarer Einsprüche erhoben werden.

Als Termin für die Wahl ist der 16. März 1947 in Aussicht genommen. Gewählt werden fünfundzwanzig Ärztekammer-Mitglieder als Vertreter der Ärzteschaften und auf einer Landesliste weitere fünf Ärztekammer-Mitglieder in zwei Wahlgängen. Für jedes Kammermitglied sind in den beiden Wahlgängen außerdem je zwei Ersatzmänner zu wählen. Wahlvorschläge müssen bis zum 1. März 1947 beim Landeswahlausschuß (Bezirks-Ärztékammer Nord-Württemberg, Stuttgart-Degerloch, Jahnstraße 32) vorliegen. Alle weiteren Einzelheiten sind aus der Wahlordnung zu ersehen.

Bezirks-Ärztékammer Nord-Württemberg.

Wahlordnung für die Bezirks-Ärztékammer Nord-Württemberg

I. Landeswahlausschuß

§ 1

Zusammensetzung

1. Für die Ärztekammerwahl wird in Stuttgart ein Landeswahlausschuß gebildet.
2. Er besteht aus dem Wahlleiter als Vorsitzendem und vier von ihm aus der Zahl der wahlberechtigten Ärzte (§ 4) zu ernennenden Vertrauensmännern als Beisitzern.
3. Wahlleiter ist der Vorsitzende des Vorstandes.

§ 2

Aufgaben

Der Landeswahlausschuß hat

1. die wahlberechtigten und wählbaren Ärzte (§§ 4 und 5) und die Zahl der von ihnen zu wählenden Mitglieder der Bezirks-Ärztékammer und ihrer Ersatzmänner (§ 10) festzustellen;
2. die Zeit für die Vornahme der Wahl zu bestimmen (§ 11);
3. über die Zulassung von Wahlvorschlägen zu entscheiden (§ 12);
4. die Vorschriftsmäßigkeit der Wahl zu prüfen und Einwendungen dagegen zu bescheiden (§§ 20 und 22);
5. das Wahlergebnis festzustellen und zu verkünden (§§ 21 und 22).

§ 3

Geschäftsordnung

1. Der Landeswahlausschuß ist bei Anwesenheit des Wahlleiters und von mindestens zwei Beisitzern beschlußfähig. Er faßt seine Beschlüsse mit Stimmenmehrheit. Bei Stimmengleichheit gibt die Stimme des Vorsitzenden Ausschlag.
2. Weniger wichtige Geschäfte werden vom Wahlleiter allein besorgt.
3. Die Bekanntmachungen erfolgen im Bekanntmachungsblatt der Bezirks-Ärztékammer oder in den Tageszeitungen.

II. Feststellung der Wahlberechtigten

§ 4

Wahlberechtigte Ärzte

Wahlberechtigt sind die in Nord-Württemberg wohnenden approbierten Ärzte mit Ausnahme solcher Ärzte, die

1. nicht oder nicht mehr Deutsche sind oder die die Approbation nicht im Deutschen Reich erworben haben, es sei denn, daß ihnen die Ausübung des ärztlichen Berufs durch das Innenministerium genehmigt worden ist;
2. der bürgerlichen Ehrenrechte verlustig oder entmündigt sind oder unter vorläufiger Vormundschaft oder wegen geistiger Gebrechen in Pflégenschaft stehen;
3. nach dem Gesetz zur Befreiung von Nationalsozialismus und Militarismus kein Wahlrecht haben;
4. Ärzte, die ihren Beruf nicht mehr ausüben, können auf das Wahlrecht beim Vorstand der Bezirks-Ärztékammer schriftlich verzichten;
5. frühere Ärzte, die einen anderen Beruf als Hauptberuf ergriffen haben, bedürfen zur Ausübung des Wahlrechts der Genehmigung der Vollversammlung.

§ 5

Wählbarkeit

Wählbar als Kammermitglieder und Ersatzmänner sind die im Wahlbezirk wohnenden wahlberechtigten Ärzte (§ 4), die entweder vom Gesetz zur Befreiung von Nationalsozialismus und Militarismus nicht betroffen oder durch Spruchkammerurteil in die Stufe der Entlasteten eingereiht worden sind.

§ 6

Fertigung und Auflegung der Wählerlisten

Der Wahlleiter läßt mit Hilfe der Gesundheitsämter Listen der wahlberechtigten Ärzte (§§ 4 und 5) für die Stadt Stuttgart und für jeden Kreis in doppelter Fertigung herstellen und sorgt dafür, daß

1. in Stuttgart im Geschäftszimmer der Bezirks-Ärztékammer die Wählerliste für Stuttgart nebst sämtlichen Wählerlisten der Kreise.
2. auf jedem Gesundheitsamt die Wählerliste seines Bezirks 14 Tage lang zur Einsichtnahme durch die wahlberechtigten Ärzte aufgelegt und die Auflegung mit dem Datum des Beginns und Endes der Auflegungsfrist bekannt gemacht wird.

§ 7

Einsprachen

1. Die wahlberechtigten Ärzte können innerhalb der 14 Tage, während welcher die Wählerlisten zur Einsichtnahme aufgelegt sind, wegen Übergehung Wahlberechtigter oder Aufnahme Nichtwahlberechtigter Einsprache erheben.
2. Schriftliche Einsprachen sind an den Landeswahlausschuß zu richten. Mündlich können Einsprachen in Stuttgart beim Wahlleiter (§ 1 Abs. 3), außerhalb Stuttgarts beim Gesundheitsamt angebracht werden, das sie zu Protokoll nimmt und dem Landeswahlausschuß übermittelt.
3. Der Landeswahlausschuß entscheidet binnen einer Woche nach Ablauf der Auflegungsfrist über die Einsprachen, nimmt die erforderlichen Berichtigungen der Wählerlisten vor und setzt die Einsprechenden von der getroffenen Entscheidung in Kenntnis.

§ 8

Abschluß der Wählerlisten

1. Der Wahlleiter ersucht die Gesundheitsämter, die bei ihnen aufgelegten Wählerlisten (§ 6 Ziff. 2) sofort nach dem Ablauf der Auflegungsfrist mit einem urkundlichen Vermerk über die erfolgte Auflegung und die bei ihnen erhobenen Einsprachen (§ 7 Abs. 2) zu versehen und sie dem Landeswahlausschuß zu übersenden.
2. Nachdem die bei der Bezirks-Ärztékammer aufgelegt gewesenen Wählerlisten (§ 6 Ziff. 1) berichtigt (§ 7 Abs. 3) und die Berichtigungen auch in den von den Gesundheitsämtern eingesandten Wählerlisten (Abs. 1) eingetragen sind, werden sämtliche Wählerlisten vom Landeswahlausschuß abgeschlossen und vom Wahlleiter beurkundet.
3. Von den abgeschlossenen Wählerlisten wird eine Fertigung den Vorsitzenden der Ärzteschaften (§ 15) zum Gebrauch bei der Abstimmung (§ 16 folgende) übersandt.

III. Durchführung der Wahl

§ 9

Wahlbezirke und Wahlorte

1. Wahlbezirke sind die Bezirke der Ärzteschaften (Untergliederungen der Bezirks-Arzttekammer Nord-Württemberg), wenn nicht einzelne Ärzteschaften zu Wahlbezirken zusammengefaßt werden. Ihre derzeitige Zusammensetzung ergibt sich aus folgender Übersicht:

Wahlbezirk I	Stuttgart
Wahlbezirk II	Aalen
Wahlbezirk III	Backnang
Wahlbezirk IV	Böblingen
Wahlbezirk V	Crailsheim-Mergentheim
Wahlbezirk VI	Eßlingen
Wahlbezirk VII	Schwäb. Gmünd
Wahlbezirk VIII	Göppingen
Wahlbezirk IX	Schwäb. Hall
Wahlbezirk X	Heidenheim
Wahlbezirk XI	Heilbronn
Wahlbezirk XII	Künzelsau-Ohringen
Wahlbezirk XIII	Leonberg
Wahlbezirk XIV	Ludwigsburg
Wahlbezirk XV	Nürtingen
Wahlbezirk XVI	Ulm
Wahlbezirk XVII	Vaihingen/Enz
Wahlbezirk XVIII	Waiblingen

2. Wahlorte sind Stuttgart und die Kreisstädte, nach denen die Wahlbezirke benannt sind. Wahlorte für Wahlbezirk V und XII sind Crailsheim und Ohringen.

§ 10

Zahl der zu wählenden Kammermitglieder und Ersatzmänner

Zu wählen sind jeweils in einem Wahlgang:

- Im Wahlbezirk I Stuttgart sechs Kammermitglieder und zwölf Ersatzmänner, im Wahlbezirk XI Heilbronn und XVI Ulm je zwei Kammermitglieder und je vier Ersatzmänner, in den übrigen Wahlbezirken je ein Kammermitglied und zwei Ersatzmänner.
- Sämtliche Wahlberechtigten aller Wahlbezirke geben außerdem ihre Stimme ab für die Wahl von
 - einem Kammermitglied und zwei Ersatzmännern als Vertreter der noch nicht niedergelassenen Ärzte,
 - einem Kammermitglied und zwei Ersatzfrauen als Vertreterinnen der noch nicht niedergelassenen Ärztinnen,
 - zwei Kammermitgliedern und vier Ersatzfrauen als Vertreterinnen der Ärztinnen,
 - einem Kammermitglied und zwei Ersatzmännern als Vertreter der beamteten Ärzte.
 Diese werden auf einer Landesliste gewählt.
- Die gewählte Kammer kann zu ihrer Zahl noch drei bis fünf weitere Mitglieder hinzuwählen, wenn dafür ein besonderes Bedürfnis vorliegt.

§ 11

Anberaumung der Wahl

Der Landeswahlausschuß bestimmt einen Tag, an welchem die Wahl in allen Wahlbezirken (§ 9) vorzunehmen ist und macht ihn bekannt. In der Bekanntmachung ist außerdem

- anzugeben, wie viele Mitglieder der Bezirks-Arzttekammer und Ersatzmänner in den einzelnen Wahlbezirken und auf der Landesliste zu wählen sind (§ 10) und
- zur Einreichung von Wahlvorschlägen (§ 12) aufzufordern.

§ 12

Wahlvorschläge für die Wahlen in den Ärzteschaften und für die Landesliste

1. Für die Wahl in den Ärzteschaften, wo nur ein Kammermitglied und zwei Ersatzmänner zu wählen sind, sind von den Ärzteschaften in dem Wahlvorschlag mindestens sechs wählbare Ärzte (§ 5) aufzustellen. In den Ärzteschaften, in denen zwei Kammermitglieder und vier Ersatzmänner zu wählen sind, sind mindestens zwölf wählbare Ärzte (§ 5), in

Stuttgart mindestens 36 wählbare Ärzte (§ 5) in den Wahlvorschlägen aufzustellen. Die Wahlvorschläge sind den Wählern bekanntzugeben.

2. Für die Landesliste sind von der Arbeitsgemeinschaft der nicht niedergelassenen Ärzte, dem Ärztinnenbund und dem Verein der beamteten Ärzte Wahlvorschläge aufzustellen. Diese sollen mindestens doppelt so viele Namen wählbarer Ärzte bzw. Ärztinnen (§ 5) enthalten als Mitglieder und Ersatzmänner für die einzelnen Vertretergruppen zu wählen sind.

3. Die Wahlvorschläge sind beim Wahlleiter (§ 1 Abs. 3) so zeitig einzureichen, daß zwischen dem Tag des Einganges und dem Wahltag ein Zeitraum von 14 vollen Tagen liegt.

4. Der Wahlleiter prüft die eingereichten Wahlvorschläge und veranlaßt die Beseitigung etwaiger Mängel.

5. Nach Beseitigung aller Anstände entscheidet der Landeswahlausschuß über die Zulassung der Wahlvorschläge und macht die zugelassenen Wahlvorschläge den Wählern bekannt.

§ 13

Stimmzettel für die Wahl in den Ärzteschaften

Bei der Wahl in den Ärzteschaften, wo nur ein Kammermitglied und zwei Ersatzmänner (§ 10 Ziff. 1) zu wählen sind, werden an der vorgesehenen Stelle der Stimmzettel die drei Namen der zu wählenden Ärzte in erkennbarer Reihenfolge eingetragen. In den Ärzteschaften, in denen mehrere Kammermitglieder und Ersatzmänner (§ 10 Ziff. 1) zu wählen sind, werden die Stimmzettel in der gleichen Weise an den vorgesehenen Stellen ausgefüllt. Es wird angenommen, daß der jeweils an erster Stelle Genannte als Kammermitglied, der an zweiter Stelle Genannte als erster Ersatzmann und der an dritter Stelle Genannte als zweiter Ersatzmann vorgeschlagen wird.

§ 14

Stimmzettel für die Landesliste

In den Stimmzetteln für die Landesliste werden die Ärzte der verschiedenen Gruppen, die als Mitglieder und Ersatzmänner zu wählen sind (§ 10 Ziff. 2), in erkennbarer Reihenfolge — oben die Mitglieder und darunter die Ersatzmänner — eingetragen.

§ 15

Tag, Ort und Leitung der Abstimmung

Die Abstimmung findet in den Wahlbezirken an dem vom Landeswahlausschuß bestimmten Tag (§ 11) an den für sie bestimmten Wahlorten (§ 9) statt und wird vom Wahlausschuß der Ärzteschaften geleitet. Beginn und Ende der Wahlhandlung ist vorher den wahlberechtigten Ärzten vom Wahlausschuß der Ärzteschaften mitzuteilen. Die Wahlhandlung muß mindestens eine Stunde dauern.

§ 16

Persönliche Abstimmung der Ärzteschaftsmitglieder

1. Die Wahlberechtigten der Ärzteschaften (§ 4) stimmen in einer auf den Wahltag (§ 11) an dem Wahlort (§ 9 Abs. 2) satzungsgemäß einberufenen Versammlung der Ärzteschaften ab, indem sie einen Stimmzettel (§ 13 oder 14) in einen von der Bezirks-Arzttekammer gestempelten Wahlumschlag legen, diesen verschließen und dem Vorsitzenden übergeben, der ihn in eine Wahlurne legt, nachdem zuvor der Name des Abstimmenden in der Wählerliste (§ 8 Abs. 3) aufgesucht und dort mit einem Vermerk über seine Abstimmung versehen worden ist.

2. Im ersten Wahlgang werden die Mitglieder und Ersatzmänner für die Ärzteschaften (§ 10 Ziff. 1) gewählt, im zweiten Wahlgang die Mitglieder und Ersatzmänner für die Landesliste (§ 10 Ziff. 2).

3. Nicht wahlberechtigte Ärzteschaftsmitglieder dürfen während der Wahlhandlung nicht zugegen sein.

§ 17

Öffnung der Wahlurne

Die Wahlurne darf erst nach Beendigung der Abstimmung (§§ 15 und 16) zum Zweck der Stimmzählung geöffnet werden.

IV. Feststellung der Wahlergebnisse

§ 18

Gemeinsame Vorschriften

1. Das Wahlergebnis wird in allen Wahlbezirken vom Wahlausschuß der Ärzteschaften in einer an die Abstimmung der Ärzteschaftsmitglieder sich anschließenden Sitzung festgestellt.

2. Die Umschläge werden aus der Wahlurne genommen und uneröffnet gezählt. Ihre Zahl wird mit der gleichfalls festzustellenden Zahl der Wähler, deren Namen in der Wählerliste mit Abstimmungsvermerken versehen sind, verglichen.

3. Der Vorsitzende läßt die Umschläge öffnen, die Stimmzettel herausnehmen, sich überreichen, worauf er den Inhalt bekannt gibt.

4. Über die Ungültigkeitserklärung von Stimmzetteln entscheidet der Ausschuß.

5. Der Schriftführer verzeichnet in der Zählliste die auf jeden Namen gefallenen Stimmen in gesonderten Spalten, je nachdem der Name eine Stimme an erster, zweiter oder dritter Stelle erhalten hat und zählt die Stimmen laut. Das andere Ausschußmitglied führt gleichzeitig eine Gegenliste.

6. Ungültig sind Stimmzettel, die sich nicht

- in einem gestempelten Umschlag befinden,
- bei denen Zweifel über die benannte Person besteht,
- bei denen das Wahlgeheimnis nicht gewahrt ist.

Liegt mehr als ein Stimmzettel in einem Umschlag, so sind, wenn alle gleich lauten, die überschüssigen, andernfalls alle ungültig.

7. Gewählt ist

- als Mitglied der Bezirks-Ärzttekammer, wer die meisten Stimmen an erster Stelle erhalten hat,
- als erster Ersatzmann, wer — von den nach Ziff. 1 gewählten abgesehen — die meisten Stimmen an erster und zweiter Stelle zusammen erhalten hat,
- als zweiter Ersatzmann, wer — von den nach Ziff. 1 und 2 gewählten abgesehen — die meisten Stimmen an erster, zweiter und dritter Stelle zusammen erhalten hat.

Bei Stimmgleichheit entscheidet das Los.

V. Wahlniederschrift

§ 19

Inhalt, Beilagen und Einsendung

1. Über die Abstimmung der Ärzteschaftsmitglieder (§ 15 bis 17) und die Feststellung des Wahlergebnisses (§ 18) ist eine Niederschrift aufzunehmen und nach Abschluß von den Mitgliedern des Wahlausschusses der Ärzteschaften zu unterzeichnen (Wahlniederschrift).

2. Der Niederschrift sind die Wählerliste (§ 6) und die als ungültig erklärten Stimmzettel nebst Umschlägen (§ 18 Abs. 4 und 6) beizulegen.

3. Die Wahlniederschriften sind alsbald samt ihren Belegen (Abs. 2) als eingeschriebene Postsendung an den Landeswahlausschuß einzusenden.

Rahmensatzung für die Ärzteschaften der Bezirks-Ärzttekammer Nord-Württemberg

§ 1

Name und Sitz

- Die Ärzteschaft des Kreises . . . ist eine Untergliederung der Bezirks-Ärzttekammer Nord-Württemberg. Sie hat ihren Sitz in . . .
- Änderungen des Ärzteschaftsgebietes bedürfen der Zustimmung

VI. Prüfung und Verkündung des Wahlergebnisses

§ 20

Prüfung, Ungültigkeit der Wahl

1. Der Landeswahlausschuß prüft an Hand der übersandten Wahlakten (§ 19) die Vorschriftsmäßigkeit der vorgenommenen Wahlen und entscheidet über die Anerkennung ihrer Gültigkeit.

2. Eine Wahl ist ungültig, wenn wesentliche Vorschriften des Wahlverfahrens unbeachtet geblieben sind.

3. Ergibt die Prüfung die Ungültigkeit einer Wahl, so ist nach § 23 zu verfahren.

§ 21

Verkündung

1. Das Ergebnis der als gültig anerkannten Wahlen in den Ärzteschaften, sowie die hieraus sich ergebende Zusammensetzung der Bezirks-Ärzttekammer wird vom Wahlleiter bekanntgemacht.

2. Außerdem setzt der Wahlleiter die Gewählten schriftlich von ihrer Wahl unter Hinweis darauf in Kenntnis, daß sie zur Annahme der Wahl und der Versehung ihres Amtes als Kammermitglied oder Ersatzmann verpflichtet sind.

VII. Wahlanfechtung

§ 22

Anbringung, Bescheidung, Rechtsmittel, Verkündung von Änderungen des Wahlergebnisses

1. Einwendungen gegen die Gültigkeit der Wahlen können von wahlberechtigten Ärzten (§ 4) binnen einer Ausschlussfrist von einer Woche nach Verkündung des Wahlergebnisses beim Landeswahlausschuß angebracht werden.

2. Die Einwendungen werden vom Landeswahlausschuß entschieden.

3. Gegen den Bescheid ist binnen einer Ausschlussfrist von einer Woche Beschwerde an das Innenministerium zulässig.

4. Änderungen des Wahlergebnisses, zu denen eine Entscheidung nach Abs. 2 und 3 führt, werden in derselben Weise wie das Wahlergebnis bekanntgemacht (§ 21).

§ 23

Neuwahl bei Ungültigkeit einer Wahl

Wird eine Wahl für ungültig erklärt, so hat eine Neuwahl stattzufinden. Diese ist vom Landeswahlausschuß binnen einer Woche auszuschreiben.

VIII. Wahlakten

§ 24

Die Wahlakten werden bei der Bezirks-Ärzttekammer bis zum Ablauf der Wahlzeit aufbewahrt.

IX. Schlußbestimmungen

§ 25

Die erste Wahlperiode dauert ein Jahr.

mung der Bezirks-Ärzttekammer; auf deren Verlangen müssen sie vorgenommen werden.

§ 2

Zweck und Aufgaben

- Die Ärzteschaften der einzelnen Kreise haben die Aufgabe, die Mitglieder in beruflichen und wirtschaftlichen Ange-

- legenheiten zu beraten und zu vertreten, die wissenschaftliche Fortbildung zu fördern, die kollegialen Beziehungen zu erhalten und zu vertiefen, über die Erfüllung der Standespflichten und die Wahrung der Standesehre zu wachen, die Bezirks-Ärzttekammer durch Auskünfte zu unterstützen, ihre Beratungsgegenstände vorzubehandeln und den Behörden Auskunft zu erteilen.
- Die Ärzteschaften wirken bei der Wahl der Kammermitglieder, des Schlichtungsausschusses und bei der Bildung und Tätigkeit des Niederlassungsausschusses nach Maßgabe der Gesetze sowie der Satzung und der Anordnungen der Bezirks-Ärzttekammer mit.
 - Wahlberechtigten Ärzten, die nicht der Ärzteschaft angehören, aber in ihrem Kreis wohnen, muß bei der Wahl der Kammermitglieder Gelegenheit zur Abstimmung gegeben werden.

§ 3

Mitgliedschaft

- Mitglieder der Ärzteschaft des Kreises... sind alle im Kreise... wohnhaften Ärzte, die berufstätig sind. Nicht berufstätige Ärzte können als freiwillige Mitglieder der Ärzteschaft beitreten.
- Entziehung der Approbation, Verlust der bürgerlichen Ehrenrechte, sowie die Aberkennung des Wahlrechts und der Wählbarkeit durch berufsgerichtliche Entscheidung müssen das Ausscheiden aus der Ärzteschaft des Kreises zur Folge haben.

§ 4

Pflichten der Mitglieder

- Die Mitglieder sind verpflichtet, bei der Erfüllung des Zwecks und der Aufgaben der Ärzteschaft mitzuwirken, die ihnen übertragenen Ämter anzunehmen und zu versehen und die Beschlüsse der Ärzteschaft und der Bezirks-Ärzttekammer zu befolgen.
- Den Aufwand, welcher der Ärzteschaft durch ihre Tätigkeit erwächst, haben die Mitglieder durch Beiträge und Umlagen zu tragen.
- Wegen andauernder oder böswilliger Verletzung ihrer Pflichten gegen die Ärzteschaft haben sich die Mitglieder vor den Berufsgerichten zu verantworten.

§ 5

Organe

- Organe der Ärzteschaft sind:
 - die Mitgliederversammlung (§ 6),
 - der Vorstand (§ 7).
- Der Vorstand besteht aus dem Vorsitzenden, seinem Stellvertreter und dem Schriftführer, welcher zugleich Rechnungsführer sein kann. Wird ein besonderer Rechnungsführer gewählt, so ist dieser auch Mitglied des Vorstands. Vorstand im Sinne des BGB ist der Vorsitzende.
- Die Vorstandsmitglieder werden in getrennten Wahlgängen mit absoluter Stimmenmehrheit durch die Mitgliederversammlung jeweils auf zwei Jahre, bei der ersten Wahl auf ein Jahr, gewählt. Die Wahlen sind geheim. Wiederwahl ist zulässig.
- Der Vorstand hat sich der Vertrauensfrage zu unterziehen, wenn ein Fünftel aller Ärzteschaftsmitglieder dies beantragt. Er hat zurückzutreten, wenn die Mehrheit der Ärzteschaftsmitglieder es beschließt.
- Außerdem kann die Ärzteschaft nach Bedarf Ausschüsse (z. B. Wahlausschuß, Niederlassungsausschuß, Schlichtungsausschuß usw.) bestellen.

§ 6

Mitgliederversammlung

- Der Mitgliederversammlung kommt die Beratung und Be-

schlußfassung in allen grundsätzlichen Angelegenheiten der Ärzteschaft zu, die nicht durch die Satzung oder durch ihren Beschluß anderen Organen zugewiesen sind. Insbesondere ist ihr vorbehalten:

- die Wahl der Vorstandsmitglieder (§ 5 Abs. 2 und 3),
 - die Wahl von Ausschüssen (§ 5 Abs. 5),
 - die Festsetzung der Beiträge und Umlagen (§ 4 Abs. 2),
 - die Prüfung des jährlichen Geschäfts- und Kassenberichtes und die Entlastung des Vorstandes (§ 7 Abs. 4) und
 - die Änderungen der Satzungen (§ 8).
- Die Mitgliederversammlung ist beschlußfähig, wenn ein Drittel der Mitglieder anwesend ist. Sie beschließt grundsätzlich mit einfacher Stimmenmehrheit, bei Stimmengleichheit entscheidet die Stimme des Vorsitzenden. Im übrigen gilt die Geschäftsordnung der Bezirks-Ärzttekammer.
 - Ist die Mitgliederversammlung wegen mangelnder Beteiligung nicht beschlußfähig, so entscheidet eine zweite Sitzung über denselben Gegenstand mit einfacher Mehrheit. Diese Sitzung darf jedoch frühestens nach acht Tagen stattfinden.
 - Die Mitgliederversammlung ist mindestens einmal im Vierteljahr einzuberufen, außerdem auf Beschluß des Vorstandes oder auf Antrag eines Viertels der Mitglieder, in dringenden Fällen auch durch den Vorsitzenden. Die Einberufung erfolgt schriftlich oder in dem von der Mitgliederversammlung bestimmten Bekanntmachungsblatt der Ärzteschaft mindestens eine Woche vor dem Sitzungstag.

§ 7

Der Vorstand

- Der Vorstand führt die laufenden Geschäfte der Ärzteschaft, soweit dazu nicht der Vorsitzende ermächtigt wird. Insbesondere obliegt ihm:
 - die Verwaltung des Vermögens der Ärzteschaft,
 - die Stellungnahme zu Anfragen und Anträgen der Bezirks-Ärzttekammer und der Behörden, sowie
 - die Vorbereitung der Mitgliederversammlung.
- Der Vorstand tritt nach Bedarf auf Einladung des Vorsitzenden zusammen. Bei der Beratung von Gegenständen, die in der Bezirks-Ärzttekammer zur Verhandlung kommen, sind die im Kreis ansässigen Kammermitglieder mit beratender Stimme beizuziehen.
- Der Vorsitzende leitet die Ärzteschaft und führt die Beschlüsse der Mitgliederversammlung und des Vorstandes aus; er vertritt die Ärzteschaft gerichtlich und außergerichtlich. Ihm kommt der Vorsitz in der Mitgliederversammlung und in den Sitzungen des Vorstandes zu. Im Falle seiner Verhinderung oder persönlichen Beteiligung vertritt ihn sein Stellvertreter.
- Der Schriftführer hat die Niederschriften über die Verhandlungen und Beschlüsse der Mitgliederversammlung und des Vorstandes zu führen, die von dem Vorsitzenden und ihm unterzeichnet werden. Der Rechnungsführer verwaltet die Kasse und zieht die Beiträge und Umlagen ein; er hat am Ende eines jeden Geschäftsjahres Rechnung zu legen.

§ 8

Satzungsänderungen

Zu Satzungsänderungen, welche von Ärzteschaftsmitgliedern beantragt werden, ist der Beschluß der Mehrheit aller Mitglieder und die Genehmigung der Bezirks-Ärzttekammer erforderlich.

§ 9

Soweit diese Satzung keine Regelung trifft, finden die Satzung der Bezirks-Ärzttekammer, ihre Wahlordnung und Geschäftsordnung sinngemäße Anwendung.

Bekanntmachungen

Ärztelkammer Nord-Württemberg, Stuttgart-Degerloch, Jahnstraße 32, Telefon 7 60 44/45. Ärztelkammer Württemberg-Süd, Tübingen, Neues Standortlazarett, Telefon 2262. Kassenärztliche Vereinigung Württemberg, Stuttgart-Degerloch, Jahnstraße 32, Telefon 7 60 44/45

Bezirksärztekammer Nord-Württemberg:

Ärztliche Fürsorge für Alliiertes Personal in Notfällen

Wir bringen folgendes Schreiben der Militärregierung zur Kenntnis:

Hauptquartier
Militärregierung der Vereinigten Staaten
für Württemberg/Baden

Stuttgart, 26. November 1946
Armeepostamt 154
PRB/hr

An den
Landesbeauftragten für das
Gesundheitswesen / Innenministerium
Stuttgart S, Heusteigstr. 66

Bez.: Ärztliche Fürsorge für Alliiertes Personal in Notfällen.

1. Es wurde gemeldet, daß im Kreis Buchen kürzlich ein amerikanischer Soldat verstarb als Folge der Versäumnis eines deutschen Arztes, die Verantwortung für die Notversorgung des Betroffenen, der bei einem Autounfall schwer verletzt worden war, zu übernehmen.

2. Um solche unglücklichen Vorfälle in Zukunft zu vermeiden, haben Sie sofort alle zugelassenen Ärzte im ganzen Land davon zu unterrichten, daß sie unter den folgenden Voraussetzungen ihre angemessenen Pflichten als Ärzte und Chirurgen in Bezug auf alles alliierte Personal, zu dem sie zur Hilfeleistung gerufen werden, zu erfüllen haben:

- a) Erfolgreicher Versuch, einen der beiden folgenden zu erreichen:

Leiter der Abteilung Gesundheitswesen der Militärregierung für Württemberg/Baden (Oberstleutnant im Arztecors Philip R. Beckjord), Amtsanschluß Stuttgart 9 07 51 oder 9 21 46 oder 4 07 56, Apparate 515, 373, 288

oder den
Stellvertretenden Leiter der Abteilung Gesundheitswesen (Dr. R. Pctifils), Amtsanschluß Stuttgart, wie oben angeführt, Apparate 525 oder 369.

- b) Sofortige ärztliche oder chirurgische Fürsorge ist zur Erhaltung von Leib und Leben erforderlich.

Für den Leiter:
(gez.) Philip R. Beckjord
Lt. Col MG
Leiter der Abt. Gesundheitswesen.

Rücksprachen mit Vorstandsmitgliedern

Die Vorstandsmitglieder, insbesondere die Vorsitzenden, stehen allen Kollegen und Kolleginnen zu persönlichen Rücksprachen zur Verfügung. Um aber diese grundsätzliche Bereitschaft — trotz der Überlastung der ehrenamtlich tätigen Vorstandsmitglieder — weiterhin wirksam werden zu lassen, bitten wir, alle diese Wünsche unter kurzer Angabe der Gründe schriftlich bekanntzugeben. Durch die Geschäftsführung erfolgt dann die Mitteilung über Ort und Zeit der erbetenen Besprechung.

Wir glauben, daß diese Maßnahme verständlich ist, denn es wird viel Doppelarbeit vermieden, wenn die Vorstandsmitglieder vor den Rücksprachen bereits den Grund kennen und sich die allermeist notwendige Aktenkenntnis verschaffen können.

Sprechzeiten in der Geschäftsstelle

Die Geschäftsführer können nach vorheriger Anmeldung Montags, Dienstags, Donnerstags und Freitags vormittags in der Geschäftsstelle aufgesucht werden. Damit die Herren in der Lage sind, ihre Arbeiten zeitgerecht und richtig zu erledigen, müssen wir den größten Wert darauf legen, daß vorherige Anmeldung erfolgt.

Für die Abteilungsleiter und Sachbearbeiter sind folgende Sprechzeiten festgesetzt worden:

Montags, Dienstags, Donnerstags, Freitags 9—11 Uhr und 14—16 Uhr.

Briefwechsel mit der Dienststelle

Wir bitten, alle Schreiben und Anfragen an die allgemeinen Anschriften — Bezirks-Ärztelkammer bzw. KVW — und nicht persönlich an einzelne Vorstandsmitglieder oder Geschäftsführer zu richten. Es ist ein weitverbreiteter Irrtum, zu glauben, daß die persönliche Adresse eine Beschleunigung oder individuellere Behandlung zur Folge habe. Gerade das Gegenteil ist der Fall: die Bearbeitung kann selbstverständlich in keiner Weise anders sein; sie erfährt außerdem noch eine Verzögerung.

Genehmigungspflicht von Anstellungsverträgen

Nach den geltenden Bestimmungen der Berufsordnung unterliegen alle Anstellungsverträge der Genehmigung durch die Ärztelkammer. Soweit es bisher versäumt worden ist, derartige Verträge der Kammer zur Genehmigung einzureichen, bitten wir, die Vorlage umgehend nachzuholen.

Abgesehen davon, daß die Überprüfung und Genehmigung durch die Ärztelkammer einer Bestimmung der Berufsordnung entspricht, empfehlen wir aber auch im Interesse der einzelnen Kollegen sowie der Gesamtärzteschaft dringend, Anstellungsverträge vor ihrem endgültigen Abschluß der Ärztelkammer einzureichen, damit diese auf die Gestaltung der Verträge Einfluß nehmen und ihre Erfahrungen verwerten kann.

Praxis-Vertretungen

Die Ärztelkammer legt bei Praxis-Vertretungen Wert darauf, daß Abmachungen über die Vergütung des Vertreters von vornherein schriftlich festgelegt werden. Nach den in letzter Zeit wiederholt gemachten Erfahrungen haben sich im Verlauf einer länger dauernden Vertretung gerade dann Schwierigkeiten in dem beiderseitigen Verhältnis ergeben, wenn es versäumt worden war, die Abmachungen in schriftlicher Form zu treffen.

In den Abmachungen ist klarzustellen, ob die Praxis auf eigene Rechnung des Vertreters geführt wird und daß dieser für die Überlassung der Räume, des Praxis-Inventars usw. eine angemessene Entschädigung zu zahlen hat, oder ob der Vertreter durch Zahlung einer Tagesvergütung für seine Dienstleistungen abgolten wird.

Zur Vermeidung unliebsamer Auseinandersetzungen empfehlen wir dringend, in keinem Fall von der schriftlichen Form der Vereinbarung abzusehen, auch dann nicht, wenn persönliche Beziehungen oder Vertrauensverhältnisse anderer Art die schriftliche Form als überflüssig erscheinen lassen. Auf die Pflicht zur Vorlage der Verträge bei der Ärztelkammer sei wiederholt hingewiesen.

Kassenärztliche Vereinigung Württemberg:

Einsendung der Krankenscheine

Für das IV. Vierteljahr 1946 braucht die Geschäftsstelle erstmalig wieder alle Kranken- und Überweisungsscheine als Abrechnungsbelege, also nicht mehr nur für Ersatzkassen, RVO-, Fremdkassen (Pflichtkassen mit Sitz außerhalb Württembergs) und sonstige Kassen wie Wohlfahrtsämter, Studentenwerk, Polizei usw., sondern auch für die RVO-Kassen mit dem Sitz in Württemberg-Nord und Süd. Es wird gebeten, für die Einsendung folgende Ordnung zu beachten:

- a) Belege (Kranken- und Überweisungsscheine) für Fremdkassen werden alphabetisch nach dem Krankenkassensitz geordnet;

- b) Scheine für Ersatzkassen werden erstens nach einzelnen Krankenkassen, zweitens alphabetisch nach Patientennamen gelegt. Etwaige Belege für stationäre Behandlung gehören gesammelt an den Schluß der Ersatzkassen-Belege.

Die ambulanten Leistungen für Ersatzkassen sind nach der Ersatzkassen-Adgo auf der Rückseite der Scheine einzutragen, bei stationärer Behandlung nach der Preugo;

- c) Scheine für Sonstige Kassen wie Wohlfahrtsämter, Polizei, Studentenwerk und dergleichen sind alphabetisch zu sortieren nach

Kassenart,
Kassensitz,
Patientennamen;

- d) Scheine für R.V.O.-Kassen (Pflichtkassen) Nord- und Südwestfalen bitten wir alphabetisch nach Kassen und Patientennamen zu ordnen.

Im übrigen bitten wir, uns alle Krankenscheine für frühere Vierteljahre, in sich vierteljahresweise abgepackt, in einem besonderen Paket zugehen zu lassen. Alphabetische Ordnung nach Kassen und Patientennamen ist für diese alten Abrechnungsunterlagen nicht erforderlich. Erwünscht sind aber alle vorhandenen Scheine ohne Rücksicht darauf, aus welchem Jahre sie stammen.

Behandlungsfallzahl

Bei der Feststellung der Behandlungsfallzahl ist darauf zu achten, daß für die Abrechnung die Gesamtbehandlung eines Patienten durch denselben Arzt in demselben Kalendervierteljahr nur als ein Behandlungsfall gilt, ohne Rücksicht auf Anzahl und Art der Erkrankungen. Sind für einen Patienten in demselben Vierteljahr mehrere Krankenscheine abgegeben worden, so ist die Behandlung trotzdem für die Abrechnung nur als ein Fall zu melden.

Bezahlung von einfachen Urinuntersuchungen

Die K.V.W. macht an dieser Stelle noch einmal darauf aufmerksam, daß einfache Urinuntersuchungen auf Zucker oder Eiweiß durch das Fall Pauschale abgegolten sind, das die Ärzte zur Bezahlung der Grund- und kleinen Sonderleistungen erhalten. Es ist deshalb nicht möglich, daß von den Ärzten Überweisungen an Laboratorien und Krankenhäuser erfolgen, damit diese die Urinuntersuchungen einfacher Art vornehmen. Sollten Kassenärzte entgegen dieser Regelung auch weiterhin noch Urinuntersuchungen auf Zucker und Eiweiß durch andere Stellen vornehmen lassen, so sind sie dafür selbst zahlungspflichtig.

Weitergabe von Arztberichten

Die Landesversicherungsanstalt Württemberg, Abteilung Krankenversicherung, schreibt uns:

„Es kommt immer wieder vor, daß Versicherte Arztberichte und teilweise auch vertrauensärztliche Gutachten, die ihnen vom behandelnden Arzt ausgehändigt worden sind, den Sozialversicherungs-Dienststellen offen überbringen. Wir empfehlen den Herren Ärzten, darauf zu achten, daß die Arztberichte den Versicherten stets verschlossen übergeben werden, damit bei unbefugter Öffnung unter Umständen wegen Verletzung des Briefgeheimnisses gegen den Täter vorgegangen werden kann. Die den behandelnden Ärzten von den vertrauensärztlichen Dienststellen zugeleiteten Durchschriften der vertrauensärztlichen Gutachten sind nur für die Ärzte bestimmt; sie dürfen daher den Patienten nicht ausgefolgt werden.“

Die Schriftleitung behält sich vor, gelegentlich auf diese Notiz, die sie wunschgemäß zum Abdruck gebracht hat, zurückzukommen.

Warnung vor dem Morphinisten Wilhelm Froning,

geb. 23. 2. 1898

Der lungenkranke Morphinist, Betrüger und Hochstapler Wilhelm Froning, vor welchem schon wiederholt im Medizinischen Korrespondenzblatt gewarnt wurde, versucht von neuem, sich mit Hilfe seiner alten Betrugsmanöver in Krankenhäusern aufnehmen zu lassen und sich Opiate zu verschaffen.

Er sucht immer wieder andere, insbesondere neu zugelassene Ärzte oder Vertreter auf, besonders Sonntags, um sich Opiate verordnen zu lassen oder um sich, mit der Angabe, eine Hämoptoe zu haben, in ein Krankenhaus einweisen zu lassen. Dabei macht er falsche Angaben über die Entstehung seines Leidens, die Zugehörigkeit zu Krankenkassen und gibt sich als Angestellter der Militärregierung aus.

Es wird erneut und eindringlich vor diesem Morphinisten und Betrüger gewarnt.

Einladung zur Subskription

Im Verlag Parzeller & Co., vormals Fuldaer Aktiendruckerei Fulda, soll das rühmlichst bekannte „Philosophische Jahrbuch“ der Görres-Gesellschaft, das nach 55-jährigem Bestehen im Jahre 1942 sein Erscheinen einstellen mußte, wiederum erscheinen. — Der Neuherausgeber Prof. D. Dr. Siegmund und der Verlag laden zur Subskription ein. Im Jahre sollen, wie früher, vier Hefte im Umfang von je 100 bis 120 Seiten erscheinen. Der Preis des Heftes wird 4.— RM betragen.

Die Zeitschrift will allen ehrlich Suchenden philosophische Orientierung vermitteln und bemüht sich, „allen akademisch gebildeten Lesern verständlich“ zu bleiben.

Sammlung entbehrlicher Instrumente, Bücher usw.

Nach einer Anregung der Eßlinger Ärzteschaft machen wir den Vorschlag, eine Sammlung von Instrumenten, Büchern und anderen nützlichen Gegenständen zu veranstalten, mit denen man die Nöte der Kollegen mildern könnte, die ihren Besitz durch Bombenschaden oder andere Kriegseinwirkungen verloren haben.

Jeder von uns weiß, wie schwer es ist, auch nur die einfachsten Gebrauchsgegenstände neu zu beschaffen. Jeder von uns, der das Glück hatte, seinen Besitz erhalten zu können, wird einige Stücke entbehren können, seien es Instrumente, Apparate, ein Leintuch, ein Handtuch, ein Buch, z. B. Rezepttaschenbuch, das man meist in jeder neuen Auflage kaufte, oder sonst ein Nachschlagewerk oder Zeitschriften oder andere Gegenstände wie: Schalen, Töpfe, vielleicht auch irgendein altes Möbelstück. Für den, der nichts mehr hat, hat jede Kleinigkeit großen Wert. Darum bitten wir alle Kolleginnen und Kollegen herzlich, in ihren Sachen Umschau zu halten, was sie zu der geplanten Sammlung beisteuern können. Auch wenn jemand etwas käuflich veräußern will, könnte man es bei dieser Gelegenheit vermitteln.

Zur praktischen Durchführung machen wir folgende Vorschläge:

In der Ärzteschaft jedes Kreises übernimmt einer der daran interessierten Kollegen, z. B. ein Flüchtlingssarzt, die Leitung der Sammlung. Gelegentlich der kommenden Wahl, bei der jeder Kollege das Wahllokal aufsucht, werden die Sachen mitgebracht, gesammelt und registriert. Dann melden sich die, die etwas brauchen, bei dem Leiter der Sammlung und einigen sich mit ihm über die Art der Verteilung. Wenn jemand etwas bezahlen kann oder will, könnte man die so eingenommenen Gelder wieder zur Unterstützung besonders geschädigter Kollegen verwenden.

Wir sind überzeugt, daß sich diese Vorschläge in den einzelnen Kreisen verwirklichen lassen, und hoffen, möglichst vielen Kollegen helfen zu können.

Bezirks-Ärztzammer Nord-Württemberg.

Schluß des ersten Jahrgangs

Das „Württembergische Ärzteblatt“ schließt mit diesem Doppelheft seinen ersten Jahrgang. Das Inhaltsverzeichnis wird zusammen mit dem des Jahrgangs 1947 am Ende des Jahres 1947 erscheinen.

VITA: Medizinalrat Dr. med. Friedrich Koch, geb. 23. 3. 1894 in Herstadt Kreis Büdingen. Dr. med. Hans Neuffer, geb. 18. 1. 1892 in Ludwigsburg. Dr. med. Walter Pfeilschicker, geb. 18. 7. 1880 in Balingen. Dr. med. Artur Unger, geb. 8. 7. 1903 in Ilmenau/Thüringen. Dr. med. Eberhard Stübler, geb. 10. 9. 1891 in Münsingen. Dr. med. Ilse Reinhardt, geb. 17. 10. 1895, in Magdeburg. Dr. med. Theodor Dohler, geb. 7. 1. 1893 in Pflugfelden Kra. Ludwigsburg. Dr. med. Heinrich Mantel, geb. 19. 4. 1873 in Rastatt. Dr. med. Hans Hermann Schulz, geb. 6. 5. 1920 in Berlin.

ARZNEIMITTEL „BRUNNER“

Vorübergehend beschränkte Zuteilung

CALASOT

Husten, Bronchitis

FERSINAL

sek. Anämien, Erschöpfungszustände

PHOSPHOSILIN

Arteriosklerose, Tuberkulose

ANGINOSAN

Mund- und Halsaffektionen

ACENEU

Schnupfen und Nasenkatarrh

ANTINERVIT

Antineuralgicum, Antipyreticum, Analgeticum

DIARRH-STOP

Diarrhöen auf chem. und infektl. Grundl.

ADOPIN-EMULSION

Rheuma, Gicht, Neuralgien

ADEKASIN-

SALBENSTIFT

Rheuma, Gicht, Neuralgien



LUDWIG BRUNNER KG

FABRIK PHARM. PRÄPARATE · BAD HOMBURG V. D. H.

„T. B. - Bacillo I“

sicheres Desinfektionsmittel für Auswurf und Wäsche Tuberkulöser.

Das Präparat ist amtlich zugelassen und unter ständiger fachwissenschaftlicher Kontrolle. Sparsam im Gebrauch!

Bacillofabrik Dr. Bode & Co.

Hamburg-Stellingen/Mb.

ALUDRIN

(Dioxyphenyläthanolisopropylamin. sulfuric.)

bei Asthma bronchiale und spastischer Bronchiti

Broncholytische Wirkung zehnmal stärker als Adrenalin. Keine Blutdrucksteigerung. Keine Gewöhnung. Erfolge bei chronischen Fällen und im Kindesalter.



Versuchsmengen stehen auf Abruf zur Verfügung

C. H. Boehringer Sohn

INGELHEIM AM RHEIN

NOCTAL

Tiefschlaf

und beschwerdefreies Erwachen

RIEDEL-DE HAEN AG SEELZE HANNOVER

Africin-Salbe

(Flechtensalbe) und

Africin-Puder

zur austrocknenden Behandlung von oberflächlichen Hautkrankheiten können wieder verordnet werden.

August Friedrich, pharm. Präparate
Stuttgart-S

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

Beschränkt lieferbar:

Menostabil



Bevorzugtes Präparat gegen Menorrhagien u. juvenile Blutungen. Unterstützungstherapie bei rein ovarial bedingter Störung. Reines Pflanzenpräparat.

O. P. zu 20 Tabletten 0,5 RM 1.34

Beschränkt lieferbar:

Terucyl



Die flüssige Einreibung gegen Arthritis, Rheumatismus. Vorzüglich in seiner antiphlogistisch n. b. bakteriiden und hyperämisierenden Beeinflussung infolge der rasch einwirkenden Tiefenwirkung.

O. P. zu 50 ccm RM 1.17.

OTTO & CO. PHARM. PRÄPARATE · FRANKFURT (MAIN)

Wir suchen zu kaufen bzw. zu tauschen:

Neuere Fachliteratur

auf dem Gebiete der inneren Medizin, Infektions- und Hautkrankheiten, Bakteriologie, Pharmakologie, Pharmazie und der organischen Chemie.

Dringend gesucht:

Heubner-Heffter: „Handbuch der Pharmakologie“. Beilstein; „Handbuch der organischen Chemie“. Tillmann-Juckeneck-Boerner: „Handbuch der Lebensmittelchemie“.

Paul Rohrmoser,

Fachbuchhandlung und Antiquariat für Medizin und Naturwissenschaften, Radebeul-1 / Dresden, Sidonienstraße 1.

Überraschend schnell gelang es, Fabrikation und Lieferung der seit Jahrzehnten bekannten und bewährten



wieder aufzunehmen. Wir bleiben unablässig bemüht, die zeitbedingten Schwierigkeiten zu überbrücken und hoffen, bald wieder die volle Lieferfähigkeit zu erreichen.

LUDWIG HEUMANN & CO., NURNBERG

Kirchner & Wilhelm
Stuttgart



„KaWe“ Qualitäts-Instrumente

Neukonstruktionen nach Ihren Anregungen
auf Grund unserer mehr als fünfzigjährigen
Erfahrung

Bei Cholecystitiden, als Cholagogum

Verordnen Sie

Esberival



Wirksames/Desinficiens
der Gallenwege

Packung zu ca 100cm Preis N.A.T. RM. 2,52 m. U.

SCHAPER u. BRÖMMER Chem. pharm. Fabrik RINGELHEIM a. Harz

Die als zuverlässig anerkannten

ZANEDO- Asthmamittel:

Zanedo-
Asthma-Pulver

Zanedo-forte
Asthma-Pulver

Erich H. Graef

Arzneimittelfabriken

Berlin-
Schöneberg

München 13
Georgenstr. 119



ROTOL

Hand- und Winkelstück-Pflege- und Desinfektions-
mittel



Erzeugnisse sind nur durch den Fach-
handel erhältlich.

A. Kettenbach, (16) Wissenbach/Dillkreis, Großhessen

NORDMARK-ERZEUGNISSE

Sulfonamide

Eubasinum

(Sulfapyridin)

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

Chemodyn

(Sulfanilamid)

Tabletten; Streptokokken-
und Staphylokokken-
Erkrankungen, Infektionen
der Harnwege

Resulfon

(Sulfaguanidin)

Tabletten; Infektiöse
Därmerkrankungen,
Bazillendysenterie,
Ruhr, Hepatitis epidemica



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

(24) Werk Uetersen/Holst.



Bei angiospastischen Beschwerden

NITRO-TABLETTEN »SCHERING«

Biphosphat des Triäthanolamin-Trinitrats
O. P. 50 kleine Tabletten zu je 1 mg RM 1.20

Vorzüge: Zuverlässige Wirkung, die bei etwas langsa-
merem Eintritt länger anhält als bei den bisher bekann-
ten Nitropräparaten. Ausgezeichnete Verträglichkeit.

SCHERING A. G. BERLIN

Uvocal-Präparate

ADRENALIN
INSUCAL

NERVUCAL
PYROCAL

CALCAL
GLUCOCAL

GUCULOL
LECICAL

RE-UVALIN
AMINOSAUREN

Vasotonikum und Haemostaticum
Blutzuckersenkendes Hormon der Bauch-
speicheldrüse

Sedativum und Nervinum
Haematoporphyrin mit Phosphaten bei De-
pressionen endogener Natur.

Zur oralen Kalktherapie

Kalknährsirup

Vitaminnährsirup (B₁, B₂, C)

Eiweiß-Lecithin-Diätetikum

Roborans



Pharmazeutisches Laboratorium

Dr. Anton Düll KG. Nachfolger,
Hamburg 11, Sandtorkai 2