

Badische Landesbibliothek Karlsruhe

Digitale Sammlung der Badischen Landesbibliothek Karlsruhe

Südwestdeutsches Ärzteblatt. 1947-1956 1947

4/5 (1.4.1947)

SÜDWESTDEUTSCHES ÄRZTEBLATT

Herausgegeben von den württembergischen, hessischen und badischen Ärztekammern

Schriftleitung: Dr. med. Wilhelm Metzger, Stuttgart

unter Mitwirkung von Dr. Theodor Dobler, Schorndorf; Dr. Carl Oelemann, Bad Nauheim; Dr. Fritz Jelitto, Mannheim

Verlag: Ferdinand Enke, Stuttgart-W.

Heft 4/5

STUTTGART, APRIL/MAI 1947

2. Jahrgang

Brauchen wir eine Ärztekammer?

Das neue württembergische Ärztekammergesetz, das an die Reichsärzteordnung vom Jahre 1935 und an das alte württembergische Ärztekammergesetz vom Jahre 1925 anknüpft, liegt dem Staatsministerium zur Beratung vor und muß dem Landtag zur Beschlußfassung vorgelegt werden. In diesem Gesetz werden alle Bedürfnisse berücksichtigt, die sich heute für die Berufsvertretung der Ärzte ergeben. Die Aufgabe der Ärztekammer ist es, alle Angelegenheiten zu behandeln, die den Beruf, die Wahrung der Berufsordnung, die Pflege des Gemeinsinns, die Schaffung von Wohlfahrts-einrichtungen, die wissenschaftliche Fortbildung und die Mitwirkung in der öffentlichen Gesundheitspflege betreffen. Außerdem soll diese aus einer freien Wahl aller Berufsangehörigen hervorgegangene Ärztekammer unter den heutigen Verhältnissen die Niederlassung auf Grund einer Niederlassungsverordnung regeln und die Ärzte beim Abschluß allgemeiner Verträge mit der Sozialversicherung und sonstigen Behörden vertreten.

Gegen diese auf Grund des Artikels 15 der Württembergischen Verfassung berechnete und von der überwiegenden Mehrzahl der Ärzte durch freie Entscheidung gewünschte Berufsvertretung wird von mehreren Seiten Sturm gelaufen. Zunächst sind es gewisse Kreise der Ministerialbürokratie, die nur für die Bildung von Kassenärztlichen Vereinigungen eintreten, aber keine Ärztekammern haben wollen. Wir veröffentlichen die Stellungnahme der Ärztekammern der US-Zone zu dieser Frage, um alle Kollegen und Kolleginnen mit dieser überaus wichtigen Frage bekanntzumachen.

Aber auch von anderer Seite ist in jüngster Zeit die Frage aufgeworfen worden, ob die ärztliche Berufsorganisation überhaupt in der Form berechnete sei, daß ihr pflichtgemäß alle Berufsangehörigen unterstehen. Es wird ein Vergleich mit wirtschaftlichen Organisationen gezogen, in denen die Mitgliedschaft nur auf Freiwilligkeit beruht. Zu dieser Frage wird in den drei folgenden Artikeln Stellung genommen. Der erste aus Nord-Württemberg beleuchtet die historische Entwicklung der ärztlichen Berufsorganisation in die heute notwendige Form der Ärztekammer. Es wird daraus deutlich, daß die Errichtung von Ärztekammern dem Wunsch der Ärzteschaft entspricht und sich organisch aus den vorliegenden Verhältnissen entwickelt hat. Der einheitliche Zusammenschluß der Ärzte zu einer Ärztekammer und die Übernahme aller berufsständischen Fragen ist keineswegs eine nationalsozialistische Einrichtung; sie schränkt zwar die Freiheit der Berufsausübung ein, bekämpft aber eine materielle Berufsauffassung und erzieht die Berufsangehörigen zu dem notwendigen ethisch und moralisch einwandfreien Verhalten.

Der zweite Artikel aus Hessen führt diese Gedanken weiter aus und spricht von der inneren Notwendigkeit einer Bindung der Ärzteschaft an eine Berufsordnung. Diese ist vor allem im Interesse der Kranken notwendig und wird durch die Berufsgerichtsbarkeit ausgeübt. Freiwillige Vereinigungen können in dem zerrütteten Deutschland nicht Träger eines Berufsethos sein, weil ihnen die nötige Wirksamkeit fehlt.

Der dritte Artikel aus Bayern bespricht den Unterschied von wirtschaftlichen und ärztlichen Organisationen. An Hand des bayerischen Ärztegesetzes werden die Aufgaben der Ärztekammer deutlich gemacht und vor allem darauf hingewiesen, daß die Wahrung der wirtschaftlichen Belange nur eine ganz untergeordnete und keineswegs die Hauptaufgabe der Berufsorganisation ist. Hauptaufgabe der Ärztekammer bleibt die Erhaltung der ideellen Güter, die dem ärztlichen Beruf anvertraut sind. Deshalb können die Rechte der Berufsvertretung auch nicht zum Schaden der Bevölkerung oder der Ärzteschaft mißbraucht werden. Im übrigen stehen die Ärztekammern unter der Aufsicht der Innenministerien, die zu allen Verhandlungen ihre Vertreter entsenden und über die ordnungsgemäße Durchführung der gesetzlichen Vorschriften wachen können.

Dr. Neuffer.

Die Ärzteschaft und der Unterausschuß Sozialversicherung des Länderrates

Der folgende Schriftsatz wurde bei den höchsten deutschen Dienststellen und den zuständigen Stellen der Militärregierung eingereicht, um sie mit dieser strittigen Frage bekanntzumachen und den Protest der Ärztekammern der US-Zone gegen das Verfahren der Regierungsvertreter im Unterausschuß Sozialversicherung des Länderrates zur Kenntnis zu bringen.

BEZIRKS-ÄRZTEKAMMER NORD-WÜRTTEMBERG

Stuttgart-Degerloch, 19. April 1947
Bu/Wi/Ba

Die Bezirks-Ärztekammer Nord-Württemberg erlaubt sich, Ihnen im Auftrage der Ärztekammern der drei Länder der US-Zone anliegend ein Exposé zu übergeben, das sich mit der Arbeit des Unterausschusses Sozialversicherung des Länderrates beschäftigt.

Dort wurde durch den Vertreter Hessens ein Entwurf für eine „Verordnung zur Sicherstellung der ärztlichen, zahnärztlichen und dentistischen Versorgung der von der Sozialversicherung betreuten Personen“ vorgelegt, die dafür die Bildung von Kassenärztlichen, Kassenzahnärztlichen und Kassendentistischen Vereinigungen vorsieht.

Wir erlauben uns den Hinweis auf die wohl nicht zu übersehende Tatsache, daß die berufenen Vertreter der freien Ärzteschaft zu diesem Entwurf *g e m e i n s a m* in ausführlichen Schreiben vom 10. März 1947 an das Direktorium und das Generalsekretariat des Länderrates Stellung genommen haben, die bis zum heutigen Tage unbeantwortet sind.

Die ausführliche Aussprache in der Sitzung des Unterausschusses Sozialversicherung am 18. März 1947, zu der die Ver-

treter der Heilberufe geladen waren, ergab dann eine absolut eindeutige Ablehnung des Entwurfes nicht nur durch die Ärzteschaft, sondern auch durch die übrigen Heilberufe, Zahnärzte- und Dentistenschaft.

In einer „Abstimmung“ der *d r e i* Regierungsvertreter wurde dann der von *a l l e n* Sachverständigen beanstandete und einmütig abgelehnte Entwurf weiter zur Diskussionsgrundlage erklärt und die geladenen Vertreter der Heilberufe entlassen.

Die Vertreter der Ärzteschaft, Zahnärzteschaft und Dentistenschaft betonen in aller Form, daß sie nicht gewillt sind, in *d i e s e r* Weise ihre Rechte und ihre Überzeugungen vergewaltigen zu lassen.

Die Ärztekammern der drei Länder der US-Zone erlauben sich deshalb die höfliche Bitte, dem beiliegenden Exposé Ihre Aufmerksamkeit zu widmen, das sich sachlich mit den rechtlichen und tatsächlichen Unterlagen der angeschnittenen Frage auseinandersetzt und den ernsthaften Protest gegen die undemokratische Arbeitsweise des Unterausschusses Sozialversicherung des Länderrates begründet.

Mit dem Ausdruck vorzüglicher Hochachtung!

Im Auftrage der

Landes-Ärztekammer Bayern Bezirks-Ärztekammer Nord-Württemberg
Landes-Ärztekammer Hessen Bezirks-Ärztekammer Nord-Baden

Dr. Neuffer

Stellvertr. Vorsigender

der Bezirks-Ärztekammer Nord-Württemberg.

I Anlage

BEZIRKS-ÄRZTEKAMMER NORD-WÜRTTEMBERG

15. April 1947
Dr. N/Nd/Ba

An das

Generalsekretariat des Länderrats
für die US-Zone

Stuttgart, Villa Reitzenstein

Betr.: Bildung einer Kassenärztlichen, Kassenzahnärztlichen und Kassendentistischen Vereinigung.

- Bezug: 1. Entwurf des Hessischen Staatsministeriums, der Minister für Arbeit und Wohlfahrt vom 5. Dezember 1946 über eine Verordnung zur Sicherstellung der ärztlichen, zahnärztlichen und dentistischen Versorgung der von der Sozialversicherung betreuten Personen.
2. Sitzungsprotokoll des Länderrats, Unterausschuß Sozialversicherung vom 18. März 1947.
3. Schreiben der drei Ärztekammern der US-Zone an das General-Sekretariat des Länderrats vom 10. März 1947.
4. Schreiben der drei Ärztekammern der US-Zone an das Direktorium des Länderrats vom 10. März 1947.

Im Länderrat, Unterausschuß Sozialversicherung, wurde in der Sitzung vom 18. März 1947 der Entwurf zu einer Verordnung zur Sicherstellung der ärztlichen, zahnärztlichen und dentistischen Versorgung der von der Sozialversicherung betreuten Personen beraten, der vom Hessischen Ministerium für Arbeit und Wohlfahrt vorgelegt worden war. Zu diesem Entwurf hatten die Landes-Ärztekammer Bayern, Landesärztekammer Hessen, Bezirks-Ärztekammer Nord-Württemberg und Bezirks-Ärztekammer Nord-Baden ein Schreiben an das Generalsekretariat des Länderrats gerichtet, in dem ihre Stellungnahme klargelegt wurde. In der zweistündigen Aussprache ergab sich eine völlige Einmütigkeit der Vertreter der Ärzte, Zahnärzte und Dentisten der drei Länder der US-Zone, den Entwurf in der vorgelegten Form abzulehnen. Es wurde festgestellt, daß in der Versorgung der von der

Sozialversicherung betreuten Personen kein Notstand eingetreten sei. Alle die bestehenden Verträge sind in Kraft und die Versicherten auf Grund dieser Verträge ordnungsgemäß behandelt worden. Zwischen den Krankenkassen und den drei Heilberufen herrscht seit 1932 ein Arbeitsfrieden, der jetzt zum erstenmal einseitig durch den vorgelegten Entwurf des Hessischen Ministeriums für Arbeit und Wohlfahrt ernstlich gestört wird.

Der Entwurf ist von den Regierungsvertretern der drei Länder im Laufe der Debatte damit begründet worden, daß

1. eine Verordnung der Militärregierung vom 1. Oktober 1945 betreffend Krankenversicherung die Reorganisation der deutschen kassenärztlichen, kassenzahnärztlichen und kassendentistischen Verbände vorschreibe;
2. in Hessen keine Ärztekammern bestehen und auch in Zukunft nicht errichtet werden, in Württemberg das vorliegende Ärztekammergesetz noch nicht vom Landtag genehmigt sei und in Bayern das bestehende Ärztegesetz stark angefochten werde;
3. 98 Prozent der Ärzte Parteigenossen gewesen seien, deshalb in ihrer zukünftigen Tätigkeit für die Sozialversicherten der Aufsicht des Arbeitsministeriums bedürfen.

Diese Begründungen sind nicht stichhaltig:

1. Das Hauptquartier der amerikanischen Streitkräfte in Europa, Amt der Militärregierung, hat unter dem 1. Oktober 1945 folgende Anordnung erlassen:

Die kassenärztlichen und kassenzahnärztlichen Verbände Deutschlands, sowie die kassendentistischen Verbände Deutschlands sind zu reorganisieren und der vor der nationalsozialistischen Machtergreifung bestehende Status wiederherzustellen.

Die Ärzte sind der Auffassung, daß ihre Stellungnahme in dem Schreiben vom 10. März 1947 an das Sekretariat des Länderrates dieser Anordnung weit eher gerecht wird, als der von dem Hessischen Arbeitsministerium vorgelegte Entwurf. Die Forderungen der Ärzte, Zahnärzte und Dentisten bedeuten nichts anderes als die wirkliche Wiederherstellung des vor der nationalsozialistischen Machtergreifung bestehenden Status. Dieser Status ist aber nicht durch die Verordnungen vom 8. Dezember 1931 und 30. Dezember 1931 gegeben, sondern durch die „Verordnung über kassenärztliche Versorgung“ vom 14. Januar 1932, die als letzte vor der Machtergreifung des Nationalsozialismus vom Reichsarbeitsministerium herausgegeben worden ist. Diese Verordnung gab den §§ 368—373 RVO. ihre jetzige Fassung. Inhaltlich bestimmt sie, daß die Beziehungen zwischen Ärzten und Krankenkassen durch Vertrag zu regeln sind und daß die Bestimmungen über die Bildung kassenärztlicher Vereinigungen, über die Vertragsordnung und die Zulassungsordnung durch den Reichsausschuß für Ärzte und Krankenkassen zu erlassen sind, wobei § 368 k. RVO. ausdrücklich die Bildung von Landesauschüssen — also unter Berücksichtigung der „neugeschaffenen territorialen Unterteilungen“ auch eines Zonenausschusses — gestattet, und daß diese Bestimmungen dann der Genehmigung des Reichsarbeitsministers bedürfen. Diese Bestimmungen der RVO. sind auch anerkannt bestehendes Recht; wären sie dies nicht, dann wäre die ganze RVO. nicht mehr gültig.

Die Verordnungen vom 8. Dezember und 30. Dezember 1931 wurden erlassen, weil ein Vertrag bzw. eine Einigung im Reichsausschuß nicht zustande kam (siehe: Helmut Lehmann, Ärzte und Krankenkassen, 6. Aufl., S. 23 und 24). Darin lag der Notstand, der den Weg der Verordnung nötig machte. Wenn aber danach der Reichsarbeitsminister noch in der Verordnung vom 14. Januar 1932 festlegte, daß die Beziehungen zwischen Ärzten und Krankenkassen durch Vertrag zu regeln sind, so bedeutet der Erlaß dieser Verordnung, daß mit den Verordnungen vom 8. Dezember und 30. Dezember 1931 nicht grundsätzliches Recht geschaffen wurde, daß diese Verordnungen vielmehr nur *Notrecht* bedeuten und daß erst mit der Verordnung vom 14. Januar 1932 wieder grundsätzliches Recht geschaffen wurde. Ein Notstand, der im Gegensatz dazu die Regelung durch Verordnung rechtfertigt, kann erst dann vorliegen, wenn ein Zonenausschuß für Ärzte und Krankenkassen in gleicher Weise wie 1931 nicht zu einer Regelung kommt.

Der Weg, die Beziehungen zwischen Ärzten und Krankenkassen statt durch Vertrag oder Vereinbarung durch Verordnung zu regeln, wurde erst nach der nationalsozialistischen Machtergreifung beschritten. Der Entwurf des Hessischen Arbeitsministeriums bedeutet also geradezu einen Verstoß gegen die Anordnung der Militärregierung vom 1. Oktober 1945; denn er will einen Weg zur Regelung der Beziehungen zwischen Ärzten und Krankenkassen beschreiten, der erst von den Nationalsozialisten beschritten wurde und der ausgesprochen undemokratisch ist.

Auch inhaltlich bedeutet der Entwurf nicht die Wiederherstellung des Status vor der nationalsozialistischen Machtergreifung. Er ist auch nicht eine unwesentliche Änderung des bestehenden Rechtszustandes. Er ist vielmehr so zusammengesetzt, daß jeweils die in den Jahren 1931 und 1934 den Ärzten gemachten Zugeständnisse gestrichen wurden, während die — als Gegenleistung — den Krankenkassen gemachten Zugeständnisse erhalten blieben, auch dann, wenn sie ausgesprochen nationalsozialistisches Gedankengut sind. Vor 1931 bestand Einzelleistungsvertrag, keine Haftpflicht der Ärzte für Arzneiverordnung und keine Pflicht der ärztlichen Organisation, Verstöße gegen die wirtschaftliche Behandlung disziplinar zu ahnden. Die Verhältniszahl für die Zulassung betrug: 1 (Arzt) : 1000 (Versicherten). 1931 machten die Ärzte das Zugeständnis der Gesamtvergütung, der Haftpflicht des Arztes und der Disziplinierungspflicht der ärztlichen Organisation. Als Gegenleistung wurde den Ärzten die Verhältniszahl 1 : 600 für die Zulassung zugestanden. Jetzt soll Gesamtvergütung, Haftpflicht und Disziplinierungspflicht erhalten bleiben, aber die alte Verhältniszahl 1 : 1000 wiederhergestellt werden. Und das letztere soll in einer Zeit geschehen, in der die Anfälligkeit für Krankheiten erheblich angestiegen ist, in der die Kranken stundenlang in den Wartezimmern der Ärzte sitzen und die Schwerkranken oft nicht rechtzeitig besucht werden können. Die geplante Herabsetzung der Ärztezahl muß zu einer erheblichen Verschlechterung des Gesundheitszustandes des deutschen Volkes führen, sie muß dazu führen, daß Seuchen nicht rechtzeitig erkannt werden, sie stellt an das soziale Gewissen der Ärzte einfache unmögliche Anforderungen und sie muß, da der Arzt ganz unmöglich alle Verpflichtungen erfüllen kann, zu einer Korruption der Ärztestandung führen. Und das soll eine unwesentliche Änderung sein! Erst durch eine Verordnung des Reichsarbeitsministeriums über eine Satzung der KVD. vom 2. November 1933 wurde diese Körperschaft öffentlichen Rechts, d. h. sie wurde der Aufsicht des Reichsarbeitsministers unterstellt. Der Erlaß von Bestimmungen über den vertrauensärztlichen Dienst wurde dem Reichsausschuß für Ärzte und Krankenkassen entzogen und der vertrauensärztliche Dienst auf autoritärer Basis geregelt. Als Gegenleistung wurde den Ärzten das alleinige Zulassungsrecht gewährt. In dem Entwurf des Hessischen Arbeitsministeriums ist die Körperschaft öffentlichen Rechts und die autoritäre Regelung des vertrauensärztlichen Dienstes stehen geblieben, während das alleinige Zulassungsrecht durch die ärztliche Organisation gestrichen wird. Dabei ist folgendes bemerkenswert: Das alleinige Zulassungsrecht der ärztlichen Organisation entstammt nicht nationalsozialistischem Gedankengut, sondern war einfach die Konsequenz aus Zugeständnis der Gesamtvergütung und der Disziplinierungspflicht, wie sie sich aus der Erfahrung ergeben hatte. Denn woher soll die ärztliche Organisation die Autorität zur Disziplinierung eines Arztes erhalten, dessen Zulassung ihr von Kassen Seite aufgezwungen wurde? Die Neuregelung des vertrauensärztlichen Dienstes dagegen entsprang nationalsozialistischem Gedankengut. Denn sie geschah zu dem Zweck, den vertrauensärztlichen Dienst für die Zwecke des zivilen Kriegsdienstes brauchbar zu machen, wie aus den internen Erlassen desselben während der Kriegszeit klar zu ersehen ist. Ein Rundschreiben des ehemaligen Reichsstatthalters in Hessen an alle Staatlichen Gesundheitsämter vom 7. September 1942 (Nr. III G. 1922) trägt den Betreff: „Einschaltung der Staatlichen Gesundheitsämter bei Vornahme von Hausbesuchen im Rahmen des vertrauensärztlichen Dienstes zwecks Senkung des Krankenstandes im Interesse des rüstungsmäßigen Arbeitseinsatzes. Es beginnt

mit dem Satz: „Es liegt im Interesse des rüstungsmäßigen Arbeitseinsatzes, daß alle arbeitsunfähig krankgeschriebenen Arbeiter auch restlos vom vertrauensärztlichen Dienst erfaßt werden.“ Kann man es den Ärzten unter diesen Umständen übel nehmen, wenn sie die Überzeugung gewinnen, daß der Entwurf nicht dem Zwecke dient, den Status vor der nationalsozialistischen Machtergreifung wiederherzustellen, sondern nur dem Zwecke, die Macht der Ministerial- und Versicherungsbürokratie zu stärken?

Die Forderung der Ärzte, daß die Kassenärztliche Vereinigung der Ärztekammer angeschlossen sein soll, entspricht dagegen nicht nationalsozialistischem Gedankengut und nicht einem Status nach der nationalsozialistischen Machtergreifung. Die Hessische Ärzteordnung vom 15. Januar 1924 bestimmt in Artikel 16

„Die Ärztekammer ist berufen:

- 1)
- 2) bei der Durchführung der Reichsversicherungsordnung und der Angestelltenversicherung mitzuwirken, soweit das Verhältnis der Ärzte zu den Versicherungsträgern in Betracht kommt. Sie kann für die Ärzte, die im Volksstaat Hessen für Krankenkassen, Berufsgenossenschaften, Landesversicherungsanstalt oder die Reichsversicherungsanstalt tätig sein wollen, Verträge mit den Versicherungsträgern und deren Verbänden schließen.“

Für Hessen gilt also jedenfalls, daß die Einheit zwischen Ärztekammer und Kassenärztlicher Vereinigung schon seit 1924 bestand und daß die Wiederherstellung des Status vor der nationalsozialistischen Machtergreifung auch die Wiederherstellung der einheitlichen ärztlichen Organisation bedeutet, so wie sie von den Ärzten gefordert wird. Die Ärzte erheben keine Forderung, die im Widerspruch zu der Anordnung der Militärregierung vom 1. Oktober 1945 steht, im Gegenteil, sie fordern, daß diese Anordnung genauestens befolgt wird.

In Württemberg hat der Württembergische Ärzteverband e. V. bis zum Jahre 1933 die Stelle der Kassenärztlichen Vereinigung behalten, eine Kassenärztliche Vereinigung gab es dort erst, nachdem der Reichsarbeitsminister die Kassenärztliche Vereinigung im Jahr 1933 zur Körperschaft des öffentlichen Rechtes erklärte.

2. Durch den Ausschuß Gesundheitswesen des Länderrats sind im Dezember 1946 Richtlinien zur Bildung von Ärztekammern in den einzelnen Ländern der US-Zone herausgegeben worden. Darin wird bestimmt, daß die Ärztekammern Körperschaften öffentlichen Rechtes sein sollen, daß sie eine Berufsgerichtsbarkeit haben müssen und die Niederlassung der Ärzte auf Grund einer von dem Innenministerium genehmigten Niederlassungsordnung auszusprechen haben. Auch die Gesamtärzteschaft der drei Länder der US-Zone hat sich in vielen Versammlungen klar dazu bekannt, daß die Ärztekammer als die alleinige Organisation anzusehen ist, die für die Ärzte heute in Frage kommt. Wir halten es für völlig unmöglich, daß man dieser freien Willensentscheidung der Ärzte, sich in einer Ärztekammer zusammenzuschließen, einen Zwang entgegengesetzt, wie er in dem Entwurf durch die Bildung einer Kassenärztlichen Vereinigung ge-

plant ist. Die Heilberufe sind nicht Arbeitnehmer der Sozialversicherungsträger, sondern nur ihre Vertragspartner. Die Ärztekammern sind deshalb bereit, innerhalb der Ärztekammern einen kassenärztlichen Ausschuß zu bilden, der nur aus Kassenärzten besteht. Dieser Ausschuß wird auch alle kassenärztlichen Fragen beraten und im Namen der Kammer die Verhandlungen mit den Sozialversicherungsträgern führen. Es verstößt gegen die primitivsten Grundrechte der Demokratie, daß den Heilberufen von einer anderen Seite vorgeschrieben wird, wie sie sich zu organisieren haben.

Der Vorwurf, daß 98 Prozent der Ärzte Parteigenossen gewesen seien, ist eine völlige Entstellung der Tatsachen. Vor allem sitzen in den jetzigen Vorständen der Heilberufsorganisation Männer und Frauen, die politisch unbelastet, ja vielfach politisch und rassisch verfolgt worden sind. Sie müssen daher solche Verdächtigungen, die eine sachliche Besprechung vergiften, mit aller Entschiedenheit zurückweisen. Sie treffen ihre Entscheidungen aus der sachlichen Kenntnis der besonderen Lage der Heilberufe. Die Kammer, als die alleinige Berufsorganisation, hat u. a. die Aufgabe, die Berufsangehörigen vom Tage der Approbation ab auf die Berufsordnung zu verpflichten und Verstöße zu ahnden. Dazu ist keineswegs eine Kassenärztliche Vereinigung als Körperschaft öffentlichen Rechtes notwendig. Es wird auch immer nur ein Teil der Angehörigen der Heilberufe für die Sozialversicherung tätig sein. Die Besonderheiten des kassenärztlichen Dienstes und die notwendige Disziplinierung kann durch besondere Anordnungen, wie sie jetzt schon bestehen, im Rahmen der Kammer weitergeführt werden.

Die Vertreter der Heilberufe können es zum Schluß nicht unterlassen, auf das eigenartige Verhalten des Unterausschusses Sozialversicherung hinzuweisen, wie es aus dem Sitzungsprotokoll vom 18. März 1947 zu ersehen ist. Trotz der radikalen Ablehnung, den der Entwurf durch die Vertreter der Heilberufe gefunden hat, hat der Vorsitzende die drei Regierungsvertreter über den Entwurf abstimmen lassen, die ihrer ganzen Einstellung nach befangen sind. Durch geschickte Ausnützung des formalen Rechtes ist die einmütige Ablehnung durch die Heilberufe auf diese Weise sabotiert worden. Auch ist von dem Vertreter der hessischen Regierung nach dem Weggang der Vertreter der Heilberufe plötzlich ein neuer Entwurf dem Unterausschuß vorgelegt worden, der auf der nächsten Sitzung des Unterausschusses durchberaten werden soll, den aber die Vertreter der Heilberufe überhaupt nicht kennen. Die Vertreter der Heilberufe protestieren deshalb in aller Form gegen diese Vergewaltigung ihrer Rechte und Überzeugungen und sind nicht gewillt, in dieser Weise diktatorisch über sich verfügen zu lassen.

Im Auftrage der
Landesärztekammer Bayern
Landesärztekammer Hessen
Bezirks-Ärztekammer Nord-Württemberg
Bezirks-Ärztekammer Nord-Baden

(gez.) Dr. Neuffer

Stellvertretender Vorsitzender
der Bezirks-Ärztekammer Nord-Württemberg

Geschichtliche Entwicklung der Ärzte-Organisation zur Ärztekammer

Von Dr. med. Hans Neuffer, Stuttgart-Degerloch

Seit 1872 gab es in Deutschland den „Deutschen Ärztevereinsbund“ und seit dem Jahre 1900 den „Verband der Ärzte Deutschlands“ (Hartmannbund). Diese beiden Organisationen waren freiwillig und umfaßten etwa 90 Prozent aller deutschen Ärzte. Sie waren auch von der Reichsregierung als Spitzenverbände der Ärzte anerkannt. Als die Sozialversicherung eingeführt wurde, waren zunächst diese Verbände die Vertretung der Ärzteschaft, die die Beziehungen zu der Sozialversicherung mit rechtsverbindlicher Kraft zu regeln hatten. Diese Regelung erfolgte durch Aufstellung von Organen, die einer gemeinsamen demokratischen Selbstverwaltung entsprechen, nämlich

1. den Reichsausschuß und die Landesausschüsse für Ärzte und Krankenkassen und
2. die Schiedsämter und das Reichsschiedsamt entsprechend der Reichsversicherungsordnung § 368 f bis 368 t.

Diese Organe hatten öffentlich-rechtlichen Charakter.

Neben diesen freiwilligen Organisationen bestanden als öffentlich-rechtliche Berufskörperschaften der Ärzte auch Ärztekammern, und zwar in Preußen schon seit dem Jahre 1887, in Oldenburg seit 1891, in Hamburg seit 1894, in Bayern seit 1895, in Anhalt seit 1900, in Lübeck seit 1903, in Sachsen seit 1904, in

Schaumburg-Lippe seit 1906, in Baden seit 1906, in Braunschweig seit 1908, in Waldeck-Pyrmont seit 1905, in Lippe-Detmold seit 1921, in Hessen seit 1924, in Württemberg seit 1925, in Thüringen seit 1926, in Mecklenburg seit 1928. Im Jahre 1926 wurden die Ärztekammern Preußens zu einem preußischen Ärztekammerausschuß zusammengeschlossen. Außerdem bestand schon vor 1933 ein freiwilliger Zusammenschluß aller deutschen Ärztekammern zu einer Spitzenvertretung. Die Aufgabe aller dieser Ärztekammern war

1. die Vertretung des Berufsstandes,
2. die Aufsicht über die Ärzte und
3. die Ausübung der Berufgerichtsbarkeit.

Durch eine Notverordnung des Reichspräsidenten wurden am 8. Dezember 1931 die örtlichen wirtschaftlichen Vereinigungen der Kassenärzte, die mit den Untergliederungen des oben genannten „Verbands der Ärzte Deutschlands“ (Hartmannbund) identisch waren, in öffentlich-rechtliche Körperschaften „Kassenärztliche Vereinigung“ (K. V.) umgewandelt. Die Vorstände dieser Körperschaften waren die seitherigen Vorstände des Verbands der Ärzte Deutschlands (Hartmannbund). Damit wurde der öffentlich-rechtliche Charakter des Hartmannbundes noch stärker hervorgehoben.

Der 45. deutsche Ärztetag in Eisenach forderte in einem Beschluß vom 28. Juni 1926 die Schaffung einer einheitlichen deutschen Ärzte-Ordnung unter Herausnahme des deutschen Arztes aus der Reichsgewerbeordnung. Zugleich forderte er von der Reichsregierung die Bildung einer deutschen Reichsärztekammer, und zwar als einer Körperschaft des öffentlichen Rechts mit dem Recht der Selbstverwaltung und der Pflichtzugehörigkeit aller deutschen Ärzte. Der Zweck dieser deutschen Reichsärztekammer sollte der sein, einen freien, aber einheitlichen deutschen Ärztestand zu schaffen, den Arzt zum offiziellen Träger des Gesundheitsdienstes zu machen und alle Angelegenheiten zu behandeln, die den ärztlichen Beruf oder die Interessen der öffentlichen Gesundheitspflege betreffen. Schon auf dem Ärztetag in Bremen am 20. Juni 1924 war beschlossen worden, daß die örtlichen Standesvereine in die staatlichen Ärzte-Ordnungen einzugliedern seien und ihnen das Ehrengerichtsverfahren zu übertragen sei. Auf Grund aller dieser Vorarbeiten forderte der Kölner Ärztetag im Jahre 1931 eine Reichsärztekammer und eine Reichsärzteordnung, die den Zweck haben sollte, den Deutschen Ärztevereinsbund und den Verband der Ärzte Deutschlands (Hartmannbund), die Kassenärztliche Vereinigung und die Landesärztekammer zu einer einheitlichen Reichsorganisation mit öffentlich-rechtlichem Charakter zu machen. Es sollte damit auf die Anwendung wirtschaftlicher Kampfmethoden gegenüber der Sozialversicherung verzichtet werden und alle Aufgaben des ärztlichen Berufsstandes der Reichsärztekammer und ihren landsmannschaftlichen Untergliederungen übertragen werden. Im Jahre 1933 ist dieser

Wunsch der Ärzte nach einer Reichsärztekammer und Reichsärzteordnung erfüllt und dabei die Leitsätze des Kölner Ärztetages zugrunde gelegt worden. Bei dieser Gelegenheit wurde die Kassenärztliche Vereinigung Deutschlands als eine besondere Abteilung in die Reichsärztekammer eingebaut. Die ärztliche Berufgerichtsbarkeit wurde durch die Reichsärzteordnung vom Dezember 1935 auf der Grundlage der schon bestehenden bewährten Landeseinrichtungen vereinheitlicht und zusammengefaßt. Sie ist unentbehrlich für einen Berufsstand, der dem einzelnen Staatsbürger, der Gesamtheit und dem Staat gegenüber besonders wichtige und verantwortungsvolle Aufgaben zu erfüllen hat. Sie schränkt zwar die Freiheit der Berufsausübung ein, bekämpft aber eine materielle Berufsauffassung, erzieht die Berufsangehörigen zur Unterordnung unter die Gebote der Humanität und Nächstenliebe und gewährleistet ein ethisch und moralisch einwandfreies Verhalten des Arztes, der sich nur so des besonderen Vertrauens würdig zeigen kann, das sein Beruf von ihm fordert.

Entsprechend dem autoritären Charakter der nationalsozialistischen Regierung ist in die Reichsärzteordnung vom Jahre 1935 und in die Organisation der Reichsärztekammer nationalsozialistisches Ideengut hineinverarbeitet. Es bestand hauptsächlich in einer überspannten Zentralisation, das den Landesärztekammern, sowie den örtlichen ärztlichen Kreisvereinen ihre Selbständigkeit und ihr Eigenleben genommen hat. Auch war überall das demokratische Prinzip durch das Führerprinzip ersetzt. Diese Fehler und Mängel sind von der jetzigen Ärzte-Organisation schon beseitigt worden und in den vorliegenden Entwürfen zur neuen Ärztekammer nicht mehr zu finden. Man darf aber keineswegs in den Fehler verfallen, nun die ganze seitherige Entwicklung zu unterbinden oder zurückzuschrauben, und die Bildung von Ärztekammern als ein nationalsozialistisches Ideengut zu bezeichnen. Der einheitliche Zusammenschluß aller Ärzte zu einer Ärztekammer und die Übernahme sämtlicher berufsständischen Aufgaben durch die Ärztekammer ist keineswegs eine nationalsozialistische Einrichtung, sondern ein alter Wunsch der Ärzteschaft. Sie ist eine zwangsläufige geschichtliche Entwicklung aus den früheren Organisationen. Es wäre deshalb ein nicht wieder gutzumachender Fehler, wenn man aus einer Überspitzung des demokratischen Prinzips alles das zerschlagen wollte, was hier allmählich ganz natürlich gewachsen ist. Wenn es keine staatlich geordneten Ärztekammern gäbe, müßte es zumindest eine Kassenärztliche Vereinigung geben, die den kassenärztlichen Dienst regelt. Die Zugehörigkeit zu dieser Kassenärztlichen Vereinigung wäre genau so eine Pflichtzugehörigkeit wie die zur Ärztekammer, da ja alle Kassenärzte ihr angehören müssen. Das demokratische Prinzip wäre auf diese Weise genau so wenig aufrechterhalten wie angeblich bei der Schaffung der Ärztekammer.

Die Notwendigkeit von Ärztekammern

d. h. von ärztlichen Berufsorganisationen mit Zwangsmitgliedschaft in Deutschland

Von Medizinalrat Dr. med. Friedrich Koch, Darmstadt

Der Zweck der ärztlichen Organisation ist nicht die Vertretung von Standesinteressen, insbesondere von wirtschaftlichen Interessen — wie etwa der Zweck der Gewerkschaften —, sondern die Erhaltung des kulturellen und sittlichen Niveaus des Ärztestandes. Ich setze dabei voraus, daß der Grundsatz allgemein anerkannt ist, daß Kultur auf der Entwicklung einer bestimmten ethischen Haltung beruht. Die Frage nach der Notwendigkeit der ärztlichen Zwangsorganisation, der Ärztekammer, ist gleichbedeutend mit der Frage: Bedarf es zur Aufrechterhaltung des Berufsethos der Ärzte in Deutschland der Einrichtung von Berufsgerichten mit Zwangszugehörigkeit? Die Frage der Ärztekammern war auch stets in Deutschland identisch mit der Frage nach der Berufgerichtsbarkeit.

Jeder Beruf braucht den Schutz einer Überlieferung. (Jaspers, Allgemeine Psychopathologie, 4. Auflage, S. 681). Träger der Überlieferung waren aber stets Gemeinschaften, Zusammenschlüsse zum Zweck der Aufrechterhaltung derselben. Deshalb sind auch Träger eines ärztlichen Berufsethos immer nur die in irgend einer Gemeinschaft zusammengeschlossenen Ärzte, nie der Arzt in der Vereinzelung gewesen. Der vielfach zitierte Eid des Hippokrates war der Eid, der von dem Jünger einer Priestergemeinschaft gefordert wurde. Im Mittelalter wurde ein ärztliches Berufsethos ausgebildet von den Mönchsorden und gepflegt und weitergetragen besonders in den Städten — die bekanntlich überhaupt nebst den Klöstern die Träger der mittelalterlichen Kultur waren — von den in Gilden und Innungen zusammen-

gefaßten Ärzten. Sowohl in der Antike als auch im Mittelalter gab es einerseits Ärzte mit einem Berufsethos, die ein erhöhtes Ansehen genossen und Privilegien besaßen und andererseits „freie“ Ärzte, die aber in allem dem entsprachen, was man heute als Kurpfuscher zu bezeichnen pflegt. Die ersteren waren in der Antike als Stadt- oder Militärärzte angestellt, oder in Kollegien und Schulen zusammengefaßt, im Mittelalter Stadt- oder Klosterärzte.

In der Zeit des aufgeklärten Despotismus übernahm es der Staat als seine Aufgabe, für die Aufrechterhaltung eines ärztlichen Berufsethos Sorge zu tragen. Das preußische Medizinaldekret von 1725 enthält die erste durch die staatliche Gesetzgebung erlassene „Berufsordnung“; Verstöße gegen die Berufspflichten wurden durch die Behörden in Form von Disziplinarstrafen geahndet; der Staat erließ auch Gebührenordnungen für die Ärzte. Im Gefolge der französischen Revolution und besonders der Revolution von 1848 erstrebte die Ärzteschaft die Befreiung von der staatlichen Bevormundung, aber nicht in der Form, daß sie frei von jeder Berufsgerichtsbarkeit und von einem Berufsethos wurde, sondern in der Form, daß die Berufsgerichtsbarkeit in die Hände der ärztlichen Organisation und in die Hände frei gewählter Berufsrichter gelegt wurde. Dem wurde zunächst in der Form nachgegeben, daß Vertreter der freipraktizierenden Ärzte zu den „Medizinalkollegien“, denen die Disziplinarergewalt oblag, zugezogen wurden. Trotz der Befreiung, die die Gewerbeordnung von 1869 den Ärzten gab, blieb ein Rest staatlicher Aufsicht, vor allem nach außen sichtbar durch den Erlaß staatlicher Gebührenordnungen, sodann auch in der Form einer Disziplinarstrafgewalt. Aber dieselbe war wenig wirksam. Der Staat hatte selbst kein Ethos mehr und war in der Beurteilung der Tatbestände, die nicht im Strafgesetzbuch festgelegt waren, hilflos.

So begannen die Ärzte, ihre Forderung erst recht wieder zu erheben, die Berufsgerichtsbarkeit wieder ganz in ihre Hand zu legen. Die Forderung mußte erst recht laut werden im Gefolge der Sozialversicherung. Es wird immer der Fehler gemacht, daß der Kampf zwischen Ärzten und Krankenkassen als ein Wirtschaftskampf, d. h. also ein Kampf um Honorarfragen, angesehen wird. Mit diesem Kampf verbunden war auch stets ein Kampf um die Frage der Berufspflichten und dieser Kampf war für die Ärzte wesentlich als der Kampf um die Honorare. Die Versicherungsträger versuchten den Ärzten durch wirtschaftlichen Druck und die Festsetzung von Vertragsstrafen Pflichten aufzuerlegen, welche nach Ansicht der Ärzte dem Berufsethos widersprachen. Sie verlangten, daß der Arzt seine Tätigkeit nicht unter dem Gesichtswinkel ausübt, Helfer der Kranken zu sein, sondern unter dem Gesichtswinkel, die Arbeiter für die Zwecke der Wirtschaft verwendbar zu machen. Es drohte, daß es zwei Klassen von Ärzten gab, die einem verschiedenen Berufsethos unterliegen, mit der Folge, daß der Kassenarzt zu einem Arzt zweiter Klasse wird. Dieser Entwicklung war und ist nur zu begegnen, wenn alle Ärzte einer gemeinsamen Berufsgerichtsbarkeit unterliegen. Deshalb wurde die Forderung der Ärzte nach Schaffung einer einheitlichen Berufsgerichtsbarkeit, die in der Hand der ärztlichen Organisation liegt, als eine Forderung der Berufsfreiheit erhoben. Sie bedeutete einmal Befreiung von der staatlichen Bevormundung, die heute noch in der Form der staatlichen Gebührenordnung besteht, während die Ärzte fordern, daß die Gebührenordnung durch die Ärztekammer erlassen wird. Sie bedeutete ferner Befreiung von der Bevormundung durch die Krankenkassen. Der Forderung der Ärzte wurde schließlich dadurch stattgegeben, daß vom Jahre 1923 ab in allen deutschen Ländern Ärztekammern und Berufsgerichte geschaffen wurden.

Will man amerikanische Einrichtungen auf Deutschland übertragen, so sollte man folgendes immer bedenken: Die Einrichtungen schaffen weder das gesellschaftliche noch das politische Leben. Welche Wirkung sie auf beides haben, hängt sehr davon ab, wie das gesellschaftliche Leben gestaltet ist. Deutschland ist nicht Kolonialboden, auf dem die gesellschaftlichen Verhältnisse von dem Kolonisator mit den Einrichtungen übernommen werden. Es hat vielmehr gezeigt, daß seine gesellschaftlichen Ver-

hältnisse so fixiert sind, daß ihm die Anpassung an diejenigen anderer Länder, insbesondere der westlichen Demokratie, außerordentlich schwer fällt. Ehe man Einrichtungen derselben auf Deutschland überträgt, sollte man sich der mühseligen und zeitraubenden Arbeit unterziehen, die gesellschaftlichen Zustände in Deutschland denen des Westens anzupassen, sonst wird aus den Einrichtungen etwas ganz anderes, als beabsichtigt. Die Nichtbeachtung des gesellschaftlichen Unterbaus hat dazu geführt, daß die Demokratie, aufgepfropft auf die gesellschaftlichen Verhältnisse Deutschlands, zur Diktatur führte.

Entscheidend für die gesellschaftlichen Verhältnisse ist aber das Sozialethos; auch das ärztliche Berufsethos ist selbstverständlich von dem allgemeinen Sozialethos abhängig. Das letztere wird in Amerika von der öffentlichen Meinung getragen, die gebildet wird von den vielen Vereinigungen kirchlicher und weltlicher Art, deren Mitgliedschaft auf Freiwilligkeit beruht. Daß in Amerika auf Freiwilligkeit beruhende Vereinigungen Träger des Sozialethos waren, hat seine Ursache darin, daß seit der ersten Kolonisation Freikirchen, deren Mitgliedschaft auf Freiwilligkeit beruhte, das Sozialethos bildeten. In Deutschland war das gerade umgekehrt: Die reformatorischen Kirchen, welche Träger des Sozialethos waren, waren Staatskirchen. Luther wies selbst dem Staat die Aufgabe der sittlichen Erziehung zu. Um mich kurz zu fassen: Für unsere Frage sind folgende Folgerungen wichtig: In Amerika überwacht die öffentliche Meinung auch die öffentliche Sittlichkeit und sie besitzt eine Reihe von Machtmitteln, sich Geltung zu verschaffen. In Deutschland glaubt niemand an die Macht der öffentlichen Meinung, jeder erwartet, daß der Staat die öffentliche Sitte und Sittlichkeit überwacht und ruft bei jedem Anstand, den er nimmt, nach dem Schutz der Polizei. In Amerika gibt das Strafrecht weitgehenden Ehrenschatz. Wird etwa ein Arzt bei der Untersuchung einer Frau den Anstand verletzen, so wird die Frau das Gericht anrufen und dort Schutz erhalten. Das deutsche Strafrecht greift nur bei schweren Rechtsbrüchen ein, sein mangelnder Ehrenschatz ist schon lange beklagt worden. Der Deutsche ist gewohnt, bei leichten Verstößen nicht den Richter anzurufen, sondern Beschwerde bei den Behörden einzulegen. Die genannte Frau wird deshalb in Deutschland schutzlos sein ohne ärztliche Berufsgerichtsbarkeit, weil der Richter nur bei schwerem Verstoß eingreifen wird. Sie wird sich aber auch scheuen, das Gericht anzurufen, da sie gewohnt ist, daß die Beschwerde bei der Behörde die Sache diskreter erledigt.

Weil in Deutschland das Sozialethos nicht in der Richtung ausgebildet ist wie in den angelsächsischen Ländern, sind freiwillige Vereinigungen nicht in der Lage, Träger eines Berufsethos zu sein. Wenn in Deutschland etwa auf Freiwilligkeit beruhende ärztliche Organisationen auch Träger eines Berufsethos sein können, so fehlt ihnen die Wirksamkeit. Denn die Öffentlichkeit wird nie darauf in der Form reagieren, daß der Arzt, der solcher Organisation angehört, ein höheres Ansehen genießt. Die Folge muß sein, daß die Organisation außerstande gesetzt wird, das Berufsethos durchzusetzen. Man stelle sich vor, in Amerika verfielen alle Colleges und Clubs dadurch der Auflösung, daß die Zugehörigkeit zu ihnen keinerlei Bedeutung mehr hat für das gesellschaftliche Ansehen, das der Einzelne genießt! Den Grundsatz des freiwilligen Zusammenschlusses in Deutschland jetzt allgemein durchführen, heißt die Berufe des Schutzes der Überlieferung berauben, den sie in Amerika auch bei Freiwilligkeit besitzen, in Deutschland aber nicht.

Dazu kommt aber noch eines: Weil das entsprechende Sozialethos in Deutschland noch nicht genügend ausgebildet ist, wird staatsbürgerliche Freiheit so leicht mißverstanden als die Freiheit, rücksichtslos nach Macht zu streben. Deshalb war es möglich, daß die Demokratie sich zur Diktatur entwickelte. Wir fragen daher in Deutschland bei allen Maßnahmen: Welche Gruppe wird dadurch in ihrem Machtstreben gestärkt? Diese Frage muß bezüglich der Ärztekammern folgendermaßen beantwortet werden: Sobald die Ärztekammer als Selbstverwaltungskörper der Ärzte nicht mehr existiert, sieht die Versicherungsbürokratie neue Möglichkeiten, die Ärzte unter ihre Aufsicht und Macht zu stellen. Kennzeichnend ist, daß die Ministerialbeamten, welche

die Ärztekammer als „undemokratisch“ ablehnen, zugleich im Länderrat die gesetzliche Schaffung einer kassenärztlichen Vereinigung mit Zwangsmitgliedschaft forderten. Die kassenärztliche Vereinigung wird immer eine Zwangsorganisation bedeuten; wird der gesetzliche Zwang zur Mitgliedschaft aufgehoben, so besteht doch bei der Eigenart der Kassenarztverträge wirtschaftlicher Zwang zur Mitgliedschaft. Wie bereits gesagt, steht diese Organisation aber zugleich unter dem Zwang, die Ärzte in einer Richtung zu disziplinieren, die im Gegensatz zu ihrem Berufsethos steht. Diesem Zwang ist nur so zu begegnen, wenn die Ärzte umgekehrt in der Lage sind, ihr eigentliches Berufsethos aufrechtzuerhalten, und das können sie nur durch Ärztekammern, welche Träger der Berufsgerichtsbarkeit sind.

Es handelt sich bei der Ärztekammer gar nicht um Zwangsorganisation, jedenfalls steht die Zugehörigkeit zu ihr unter dem gleichen Zwang wie die Zugehörigkeit zu dem demokratischen Staat. Der Zwang besteht darin, daß jeder Arzt der Gerichtsbarkeit untersteht und durch Steuer zu den Kosten beiträgt. Dafür hat er das Recht der Wahl und Wählbarkeit zu der Ver-

treterkorperschaft. Bei der kassenärztlichen Vereinigung ist der Zwang erheblich größer, insofern das Mitglied hier den Weisungen des Vorstandes Folge leisten muß. Die Ärzte Deutschlands wissen sehr genau, daß ihnen nur die Wahl bleibt zwischen Ärztekammern einerseits und kassenärztlichen Vereinigungen andererseits. Das heißt aber: Entweder Zwangsorganisation mit Eigenverwaltung und Eigengerichtsbarkeit oder Zwangsorganisation unter starker Einflußnahme der Versicherungsbürokratie auf die Gerichtsbarkeit. Deshalb sehen die deutschen Ärzte in der Erhaltung der Ärztekammern das Mittel zur Erhaltung ihrer Berufsfreiheit. Deshalb hat der Kampf um die Schaffung von Ärztekammern mit der Schaffung der Sozialversicherung erst richtig eingesetzt. Ärztekammern bestehen hier nicht in einem Lande mit freier Wirtschaft, sie sind als Zwangsorganisation der Zwangskartellierung der Krankenversicherung entgegengesetzt. Wo die Arbeitgeber — die Krankenkassen — vom Staate zu einem Zwangskartell zusammengeschlossen sind, wird der freie Arbeitnehmer — die Ärzte — der völligen Ausbeutung durch einen Monopolkapitalismus ausgesetzt.

Organisation und Aufgabe der ärztlichen Berufsvertretung und ihr Verhältnis zu den Bestimmungen der Militärregierung über Wirtschaftsorganisationen

Von Dr. Wirsching, Regierungspräsident i. R., München

1. Geschichtliche Entwicklung

Die ärztliche Berufsvertretung hat sich in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts und anfangs des 20. Jahrhunderts aus freiwilligen Ärztevereinen entwickelt, deren Zweck die Förderung wissenschaftlichen Strebens, Wahrung der Standeshonore und Schlichtung von Streitigkeiten war. In Bayern erhielten durch die Verordnung vom 10. August 1871 die auf freiwilligem Beitritt beruhenden ärztlichen Bezirksvereine und durch Verordnung vom 9. Juli 1895 die in den Regierungsbezirken entstehenden Ärztekammern die staatliche Anerkennung als ärztliche Berufsvertretung und 1915 die Rechtsfähigkeit als Vereine des öffentlichen Rechts.

Bereits Ende des 19. Jahrhunderts machten sich unter der Ärzteschaft Bestrebungen geltend, diese freiwillige Berufsvertretung zu einer alle Ärzte umfassenden, mit Strafbefugnissen und Umlagenrecht ausgestatteten Organisation auszubauen. Diese Bestrebungen führten in Bayern aber erst 1927 zum Erfolg durch Erlaß des Gesetzes über die Berufsvertretung der Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte und Apotheker vom 1. Juli 1927 (GVBl. S. 233). Nach Art. 1 dieses Gesetzes bestand die ärztliche Berufsvertretung aus den ärztlichen Bezirksvereinen und der Landesärztekammer. Auf Grund ähnlicher Gesetze entstanden auch in den meisten übrigen deutschen Staaten Ärztekammern mit Pflichtmitgliedschaft, Berufsgerichtsbarkeit und Umlagenrecht (Preußen 1899 und 1926, Württemberg 1925, Baden 1906, Hessen 1924). Die Ärztekammern sind also keine nationalsozialistische Schöpfung, sondern entstanden zumeist in der demokratischen Zeit nach Beendigung des ersten Weltkrieges vor der Machtergreifung durch den Nationalsozialismus.

Die einschlägigen landesrechtlichen Vorschriften wurden unter dem nationalsozialistischen Regime durch die Reichsärzteordnung vom 13. Dezember 1935 (RGBl. I S. 1433) aufgehoben und ersetzt. Nach der Reichsärzteordnung war Vertretung der deutschen Ärzteschaft die auf dem Führerprinzip aufgebaute Reichsärztekammer, der alle Ärzte unterstanden und die für alle Ärzte bindende Anordnungen erlassen konnte. Sie errichtete als Untergliederungen in den einzelnen Ländern Ärztekammern und ärztliche Bezirksvereinigungen.

Nach dem Zusammenbruch im Jahre 1945 wurden die Aufgaben der Reichsärztekammer in Bayern wieder von einer provisorischen Landesärztekammer übernommen, die sich auf das Bayerische Gesetz von 1927 stützte, bis auf Verlangen und mit Zustimmung der Militärregierung die ärztliche Berufsvertretung für Bayern durch das Bayerische Ärztegesetz vom 25. Mai 1946

(GVBl. S. 193) neu geregelt wurde, das sich im wesentlichen den Bestimmungen des Bayerischen Gesetzes vom 1. Juli 1927 anschließt.

2. Organisation der Berufsvertretung

Nach dem Bayerischen Ärztegesetz (BAG.) vom 25. Mai 1946 besteht die Berufsvertretung der Ärzte aus den ärztlichen Bezirksvereinen, den ärztlichen Kreisverbänden und der Landesärztekammer (Art. 6). Die ärztlichen Bezirksvereine und die Landesärztekammer sind Körperschaften des öffentlichen Rechts mit beschränktem Umlagerrecht (Art. 10, 11, 14 u. 16). Pflichtmitglieder der Bezirksvereine sind alle im Vereinsbezirk wohnenden deutschen Ärzte (Art. 9). Die Landesärztekammer kann mit Genehmigung des Staatsministeriums des Innern Richtlinien erlassen, die für alle in Bayern wohnenden oder berufstätigen Ärzte verbindlich sind (Art. 16). Die von der Berufsvertretung gewählten, mit Ärzten und Juristen besetzten Berufsgerichte können Verletzungen der ärztlichen Berufspflichten mit Verweis, Geldstrafen bis zu 10 000 RM und Aberkennung der Mitgliedschaft des Bezirksvereins, die die Untersagung der Ausübung des ärztlichen Berufes nach sich zieht, bestrafen (Art. 3, 18, 23).

3. Aufgabe der Berufsvertretung

Nach Art. 7 BAG. hat die ärztliche Berufsvertretung die Aufgabe, im Rahmen der Gesetze die beruflichen Belange der Ärzte wahrzunehmen, die Erfüllung der ärztlichen Berufspflichten zu überwachen, die ärztliche Fortbildung zu fördern, Wohlfahrts-einrichtungen für Ärzte und deren Angehörige zu schaffen, sowie in der öffentlichen Gesundheitspflege mitzuwirken.

Unter die „beruflichen“ Belange fallen an sich auch die „wirtschaftlichen“ Belange der Ärzte. Dies ist aber nicht so zu verstehen, als ob die Berufsvertretung die Aufgabe hätte, alle wirtschaftlichen Beziehungen und Interessen der Ärzte von sich aus zu regeln. Der Arzt soll vielmehr nach dem Sinne des Gesetzes, wie nach der Ansicht der Führung der Berufsvertretung in der Privatpraxis völlig frei und unabhängig von der Berufsorganisation bleiben, sowohl bezüglich der Umgrenzung seiner Tätigkeit als auch bezüglich der Honorarfestsetzung. In letzterer Hinsicht ist er nur gehalten, sich in Streitfällen an die vom Staatsministerium des Innern erlassene Gebührenordnung zu halten (Art. 5). Das gleiche gilt für die Betätigung der Ärzte in Unternehmungen, die auf die Erzielung wirtschaftlichen Gewinnes gerichtet sind. Hier kann nur eine Mitwirkung freier Ärzteorganisationen, nicht aber der gesetzlichen Berufsvertretung in Frage kommen. Auch die Regelung der Beziehungen zwischen Ärzten

und Krankenkassen, bei der wirtschaftliche Fragen mitspielen, soll nach Anschauung der Führung der gesetzlichen Berufsvertretung im einzelnen nicht dieser, sondern den hierfür besonders einzusetzenden Organen (Landesausschuß für Ärzte und Krankenkassen usw.) überlassen werden. Die gesetzliche Berufsvertretung gedenkt sich nur als Vertragspartner und Vertragsgarant sowie als Auszahlungsstelle zu beteiligen, ohne für sich irgend einen Gewinn damit zu bezwecken. Ein wirtschaftliches Unternehmen kann darin wohl ebensowenig erblickt werden, wie etwa in einem Lohnbüro oder der Gehaltzahlungsstelle einer Behörde.

Im übrigen bildet die Wahrung der wirtschaftlichen Belange, wie sich aus der geschichtlichen Entwicklung und dem Wortlaut des Art. 7 BÄG. ergibt, keineswegs die einzige oder auch nur die Hauptaufgabe der ärztlichen Berufsvertretung. Ihre Hauptaufgabe ist vielmehr die Wahrung der ideellen Interessen des Ärztestandes, wie die Erhaltung einer hochstehenden Berufsauffassung, die Pflege der Kollegialität, die Hebung der fachlichen Aus- und Fortbildung, ferner die soziale Fürsorge für die Ärzte. Diese ethischen und sozialen Aufgaben lassen sich nur von einer Berufsvertretung durchführen, die Pflichtmitgliedschaft, Umlagenrecht und Berufserrichtbarkeit umfaßt, weil sonst gerade die minderwertigen Elemente sich dem Einflusse der Berufsvertretung durch Austritt aus den Bezirksvereinen entziehen und ihr den Ärztestand schädigendes Verhalten ungestört fortsetzen könnten, solange sie nicht mit dem Strafgesetzbuch in Konflikt geraten.

An der Erhaltung eines ethisch und fachlich hochstehenden Ärztestandes hat nicht nur die Ärzteschaft, sondern auch die Bevölkerung und der Staat ein lebhaftes Interesse. Die Erhaltung der Gesundheit und Arbeitsfähigkeit der Bevölkerung, die Abwehr von gemeingefährlichen Krankheiten ist der staatlichen Gesundheitsverwaltung nur möglich, wenn sie sich auf einen tüchtigen, einwandfreien Ärztestand und dessen Berufsvertretung stützen kann. Der Berufsvertretung ist deshalb auch die Mitwirkung in der öffentlichen Gesundheitspflege ausdrücklich als Aufgabe übertragen.

Ein Mißbrauch der weitgehenden Rechte der Berufsvertretung zum Schaden der Ärzte oder der Bevölkerung ist nach den bisherigen Erfahrungen nicht zu befürchten. Er könnte im übrigen ohne weiteres durch Eingreifen der staatlichen Aufsichtsbehörden verhindert werden. Die ärztlichen Bezirksvereine und Kreisverbände stehen unter der Aufsicht der zuständigen Regierung (Art. 13 BÄG.), die Landesärztekammer unter der Aufsicht des Staatsministeriums des Innern (Art. 17). Diese Staatsstellen können, soweit sie nicht ohnehin zur Genehmigung der Beschlüsse zuständig sind, jederzeit Auskunft über die Verhältnisse und Beschlüsse der Berufsvertretung verlangen, zu ihren Sitzungen Vertreter abordnen und gesetzwidrige Beschlüsse außer Kraft setzen.

4. Verhältnis der ärztlichen Berufsvertretung zu den Bestimmungen der Militärregierung über Wirtschaftsorganisationen

Die Militärregierung für Bayern hat mit Schreiben an den Ministerpräsidenten vom 8. April 1947 (bekanntgegeben vom Wirtschaftsministerium unterm 22. April 1947 im Bayerischen Staatsanzeiger Nr. 18) für private Wirtschaftsorganisationen Grundsätze aufgestellt. Nach Behauptung gewisser Kreise ist die bestehende ärztliche Berufsvertretung nicht vereinbar mit diesen Grundsätzen und muß deshalb aufgehoben und abgeändert werden.

Richtig ist, daß die ärztliche Berufsvertretung nach dem BÄG. mit den „Grundsätzen“ insofern in Widerspruch steht, als die ärztlichen Bezirksvereine und die Landesärztekammer Körperschaften des öffentlichen Rechts sind (vgl. Buchstabe b der Grundsätze), auf Pflichtmitgliedschaft beruhen (Buchstabe d), Gebühren auch von Nichtmitgliedern erheben (Buchstabe f), an der Wahrnehmung hoheitlicher Funktionen (öffentliche Gesundheitspflege) mitwirken, die Berufsausübung kontrollieren und beschränken und auf die Zulassung zur Berufsausübung einwirken können (Buchstabe c).

Dieser Widerspruch bedingt jedoch nicht die Aufhebung oder Abänderung des BÄG. und der darauf beruhenden Organisationen aus folgenden Gründen:

a) Die von der Militärregierung aufgestellten „Grundsätze für Geschäfts- und Berufsvereinigung“ beziehen sich nach der Überschrift, wie dem Inhalt nach, nur auf private Wirtschaftsorganisationen, d. h. auf Vereinigungen gewerbetreibender Einzelpersonen oder Unternehmen zur Förderung wirtschaftlicher Interessen, nicht aber auf die Vereinigungen nichtgewerblicher Berufe zur Förderung nicht wirtschaftlicher Zwecke.

Gewerbliche Berufe sind Berufe, die die Befriedigung wirtschaftlicher Bedürfnisse der Bevölkerung zum Ziel haben, nicht aber die sogenannten höheren oder freien Berufe, wie die Berufe des Künstlers, Schriftstellers, Erziehers, Rechtsanwaltes und Arztes.

Der ärztliche Beruf bezweckt die Erhaltung der Gesundheit des Menschen. Die Gesundheit ist eines der wertvollsten Güter des Menschen, für deren Erhaltung jeder zu den höchstmöglichen Aufwendungen bereit ist, andererseits aber auch besondere Fachkenntnisse notwendig sind, die der Durchschnittsmensch nicht besitzt oder beurteilen kann. Die Heilkunde ist daher ein Gebiet, auf dem gewissenlose Elemente sich besonders leicht betätigen und bereichern können. Man kommt deshalb auf diesem Gebiete mit dem für die Wirtschaft maßgebenden Prinzip des freien Spiels der Kräfte nicht durch, was auch der Staat in der Reichsgewerbeordnung insofern anerkannt hat, als er in § 6 die Ausübung der Heilkunde im allgemeinen von den gewerblichen Bestimmungen ausnimmt und in § 29 für Ärzte eine bestimmte Ausbildung und Approbation verlangt.

Der ärztliche Beruf ist, wenn er dem Arzte auch die Mittel zum Unterhalte verschaffen muß, kein Gewerbe im Sinne der Gewerbeordnung, sondern wie das Bayerische Ärztegesetz in Art. 4 sagt, die Erfüllung einer öffentlichen Aufgabe. Die ärztliche Berufsvertretung fällt somit schon aus diesem Grunde nicht unter die für die gewerblichen Berufsvereinigungen von der Militärregierung aufgestellten Grundsätze.

Es kommt weiter in Betracht, daß sie nach den Ausführungen unter Ziff. 3 oben als Hauptaufgabe nicht wirtschaftliche, sondern ideelle und soziale Zwecke verfolgt und auch von diesem Gesichtspunkte aus nicht als Wirtschaftsorganisation angesehen werden kann.

b) Selbst wenn man sich auf den meiner Meinung nach unrichtigen, zu weitgehenden Standpunkt stellen sollte, daß als Wirtschaftsorganisation jede Organisation zu betrachten ist, die die wirtschaftlichen Interessen ihrer Mitglieder verfolgt, könnte man nicht verlangen, daß die Ärztekammern und ärztlichen Bezirksvereine vollständig aufgehoben werden, weil ja die Wahrung der wirtschaftlichen Belange der Ärzte nach den Ausführungen unter Ziff. 3 nicht ihre einzige oder Hauptaufgabe, sondern nur eine ihrer verschiedenen Aufgaben ist. Man könnte von diesem Standpunkte aus höchstens verlangen, daß der ärztlichen Berufsvertretung als Zwangsorganisation die Verfolgung der wirtschaftlichen Interessen der Ärzte abgenommen und freien wirtschaftlichen Organisationen der Ärzte überlassen wird, wie sie früher neben der Zwangsorganisation der Ärztekammer, z. B. im Hartmannbund, bestanden haben.

Eine Änderung des Bayerischen Ärztegesetzes wäre selbst bei dieser Auffassung nicht notwendig, da nach Art. 7 die Berufsvertretung die beruflichen Belange der Ärzte nur im „Rahmen der Gesetze“ wahrnehmen kann, worunter auch die Anordnungen der Militärregierung zu verstehen sind.

c) Die Militärregierung selbst scheint der Auffassung zu sein, daß die ärztliche Berufsvertretung nach dem Bayerischen Ärztegesetz nicht mit den von ihr vertretenen Grundsätzen für Wirtschaftsorganisationen im Widerspruch steht.

Nach ihrem Schreiben vom 8. April 1947 (Staatsanzeiger Nr. 18) stellen die damit veröffentlichten Grundsätze für Geschäfts- und Berufsvereinigungen nur eine zusammenfassende Wiederholung der bisher verfolgten Politik und Grundsätze dar. Diese Grundsätze wurden also von der Militärregierung bereits im Jahre 1946 angewandt. Trotzdem hat sie in diesem Jahre das Bayerische Ärztegesetz vom 1. Juni 1946 genehmigt.

Bericht über das Niederlassungswesen im Gebiet der Bezirks-Ärztekammer Nord-Württemberg

Von Dr. med. Ilse Reinhardt, Stuttgart

Die Bezirks-Ärztekammer Nord-Württemberg arbeitet bis heute kommissarisch, d. h. ihre Vertreter wurden nach Kriegsende nicht gewählt, sondern von der Militärregierung und dem Innenministerium beauftragt. Ihre Aufgabe und Arbeitsmethode konnten nur angedeutet, nicht klar festgelegt werden. Ein Gesetz, das die Arbeit der Ärztekammer und deren Ergebnisse sichert, besteht bis heute nicht. Diese Tatsachen zeigen den einen Teil der Schwierigkeiten, die sich jedem Versuch einer Neuordnung entgegensetzten. Der andere Teil war das unübersichtliche Durcheinander auf seiten des Gegenstandes unserer Arbeit.

Nicht einmal die Zahl und Verteilung der vorhandenen Ärzte war bekannt. Sie unterlag einem ständigen Wechsel, weil erstens zahlreiche Ärzte durch die Militärregierung auf unbestimmte Zeit Arbeitsverbote bekamen, dann zahlreiche andere Ärzte nach ihrer Rückkehr aus dem Krieg die Berufsarbeit neu aufnahmen. Auch die Bevölkerungszahlen veränderten sich ständig durch den Zustrom von Flüchtlingen und die Rückwanderung von Evakuierten.

So erwies sich als dringlichste Aufgabe der neu zusammengetretenen Ärztekammer, Verteilung und Niederlassung der Ärzte in Nord-Württemberg zu ordnen, nachdem das Innenministerium sowohl wie einzelne örtliche Stellen der Militärregierung oder der kommunalen Verwaltung schon kurz nach Kriegsende vorläufige Arbeitserlaubnisse oder Niederlassungsgenehmigungen erteilt hatten. Es bestand die Anordnung der Militärregierung, nicht nur neue, sondern alle schon bestehenden Niederlassungen zu überprüfen. Die Ärztekammer stand also vor der Aufgabe, alle vorhandenen, alle vorläufigen und alle neu geplanten Niederlassungen nach Regeln zu ordnen, die erstens den Bedürfnissen der Bevölkerung nach möglichst guter ärztlicher Versorgung und zweitens den Bedürfnissen der Ärzte nach Arbeitsmöglichkeit und Existenz gerecht werden konnten. Die Regeln sowie die Arbeitsmethoden verfeinerten sich mit dem zunehmenden Maß von Erfahrungen, die während der ohne Beispiel dastehenden Arbeit gemacht wurden.

Die zunächst unübersichtliche Mannigfaltigkeit der verschiedenen Gesichtspunkte, die Berücksichtigung verlangten, ließ sich gruppenweise gliedern. In einer Niederlassungsordnung, deren Fassung mehrmals ergänzt werden mußte, und die heute im Länderrat zur Beratung steht, um in den Ländern der amerikanisch besetzten Zone ein möglichst gleichartiges Vorgehen zu garantieren, wurden die Bedingungen für Neuniederlassungen festgelegt. Die Art der Ausbildung, die vom jungen Arzt verlangt werden muß, insbesondere die Bewertung seiner bisherigen Tätigkeit bei der Wehrmacht, das Gewicht der politischen Belastung, die Berücksichtigung seiner persönlichen, wirtschaftlichen und sonstigen umweltbedingten Lage mußten gegeneinander abgewogen und in einer gestaffelten Bewertungsskala geordnet werden. Immer wieder mußte elastisch nach neuen Auswegen gesucht werden, wenn sich neue Situationen, unvorhergesehene Verknüpfungen zeigten, die doch gerecht gegen das Bestehende und möglichst nützlich für das Zukünftige eingegliedert werden sollten. Die Notwendigkeit, so schnell wie möglich allen Schichten der Bevölkerung eine auch für den gefährdeten Fall des Auftretens von Seuchen hinreichende ärztliche Versorgung zu sichern, war der Grund dafür, die früher mögliche Niederlassung ohne Kassenzulassung vorläufig aufzugeben. Jeder Niedergelassene hat mit wenigen Ausnahmen nicht nur das Recht, sondern die Pflicht, Kassenmitglieder zu behandeln. Jeder, der sich, wie früher möglich, allein auf Grund des Rechts zur ärztlichen Tätigkeit, das ihm durch Erteilung der Approbation verliehen war, niedergelassen hatte, mußte in die gemeinsame Ordnung einbezogen werden. Die übergroße Zahl von Jungärzten, der Mangel an Wohnungen, Einrichtungsgegenständen, Instrumenten, Kohlen, Benzin und anderen für ärztliche Arbeit nötige Bedarfsartikel zwingt zu dieser Regelung, die unter glücklicheren Umweltbedin-

gungen eine unberechtigte und darum gefährliche Beschränkung der persönlichen Freiheit bedeuten würde.

In der Methode der Bearbeitung von Niederlassungsanträgen erwies sich im Laufe der Erfahrungen ein Weg von drei Instanzen als notwendig. Der Örtliche Niederlassungsausschuß, der von den Ärzteschaften der einzelnen Kreise gewählt wird, bearbeitet möglichst im Einvernehmen mit anderen örtlichen Behörden (Landräten, Bürgermeistern, Gemeinderäten, auch Krankenkassen) und auf Grund seiner Kenntnisse über die bereits niedergelassenen Ärzte, die Bevölkerungszahl, die Verteilung der Bevölkerung in bezug auf geographische Lage und wirtschaftliche Eigenart die neuen Anträge auf Niederlassung und nimmt dazu Stellung. Der Zentrale Niederlassungs-Ausschuß, der von den Ärztekammervertretern gewählt wird, beschließt über die von der örtlichen Instanz begutachteten Anträge nach Richtlinien, die eine für das ganze Land nützliche Planung und Ordnung ermöglichen. Der Berufungs-Ausschuß erörtert besonders schwierig liegende Fälle von neuem und faßt einen letzten Beschluß. In allen Ausschüssen werden auch die Antragsteller angehört.

Der Zentrale Niederlassungs-Ausschuß hatte seit dem Beginn seiner Tätigkeit im Mai 1946 bis Juni 1947 36 Sitzungen. In dieser Zeit wurden insgesamt 1618 Ärzte in Nord-Württemberg überprüft, soweit sie niedergelassen waren, und neu niedergelassen. Die Zahl der alt niedergelassenen männlichen und weiblichen Ärzte einschließlich der mit Arbeitsverbot, der verhafteten und der noch in Gefangenschaft befindlichen, beträgt 734. Die Zahl der neu niedergelassenen beträgt 884. Die Höhe dieser letzten Zahl entkräftet den von verschiedenen Seiten gemachten Vorwurf, die *beati possidentes* ließen in der Sorge um die Sicherheit und Ergiebigkeit ihrer Pfründe keine Jungärzte zu. Andererseits werden die Grenzen weiterer Niederlassungsmöglichkeiten aufgedeckt. Zur Zeit kommt im Durchschnitt auf 1818 Einwohner ein Arzt (prakt. Arzt, Internist oder Kinderarzt). Außerdem verteilen sich auf die Gesamtbevölkerung noch 386 andere Fachärzte. Nach einer Anordnung des Innenministeriums vom 1. April 1947 soll die Einwohnerquote pro Arzt 1500—2000 betragen, was also fast erreicht ist. Große Schwierigkeiten macht die Wohnungsbeschaffung für die neu niedergelassenen Ärzte. Trotz des fast immer vorhandenen Verständnisses und Entgegenkommens der Wohnungsämter, Bürgermeister und Landräte haben bis jetzt etwa 180 von den neu niedergelassenen Ärzten meist wegen Wohnungsmangel ihre Tätigkeit noch nicht aufnehmen können.

Andere Schwierigkeiten entstanden anfangs durch die Unsicherheit in der Beurteilung der Niederlassungsanträge weiblicher Ärzte. Die Lage hat sich vereinfacht, nachdem die Gleichberechtigung der Frau verfassungsmäßig gesichert ist. Von den neu niedergelassenen Ärzten sind 183 Ärztinnen = 21 Prozent. Die Prozentzahl der abgelehnten Niederlassungsgesuche von Ärztinnen ist gleich der Prozentzahl der abgelehnten Gesuche von Ärzten, was die Anlegung gleicher Maßstäbe beweist.

Ganz neue Aufgaben entstanden aus der Verpflichtung, für Flüchtlinge und Flüchtlingsärzte zu sorgen. Erstens mußte man sich darüber klar werden, wie die anderenorts erworbenen Ausbildungen und Examen zu bewerten waren, dann mußte den oft Mittellosen auch materielle Hilfe (Geld, Instrumente) gewährt werden. Auf 402 000 zur Zeit in Nord-Württemberg angesiedelte Flüchtlinge kommen jetzt 250 niedergelassene Flüchtlingsärzte. Die Flüchtlingsquote pro Flüchtlingsarzt ist ebenso hoch wie die Einwohnerquote pro einheimischen Arzt. Auch hier zeichnen sich die Grenzen der Niederlassungsmöglichkeiten ab.

So ist die erste Periode der Niederlassungstätigkeit in der Ärztekammer Nord-Württemberg mit der Erreichung einer gewissen Dichte der niedergelassenen Ärzte zum Abschluß gekommen. Die wenigen noch freien oder frei werdenden Arztstie-

werden künftig ausgeschrieben. Alle Anwärter tragen sich in einem Niederlassungsregister ein und können sich je nach ihrem aus der Reihenfolge im Niederlassungsregister erworbenen Anrecht und je nach ihrer sonstigen Eignung um die ausgeschriebenen Stellen bewerben.

Aus dieser Tatsache folgen zwei Forderungen. Erstens muß überall, besonders aber bei den zuständigen Behörden und Universitäten klar erkannt werden, daß im nächsten Jahrzehnt keine Möglichkeit besteht, eine größere Zahl von Jungärzten in Praxen unterzubringen. Es ist also falsch, weiterhin eine unbegrenzte Anzahl von Medizinern auszubilden. Zweitens sollte man sich nach neuen Möglichkeiten für ärztliche Arbeit umsehen. Nur kurz kann auf ein zur Zeit wenig beliebtes Gebiet hingewiesen werden, auf das Gebiet der vorbeugenden Gesundheitsfürsorge. Es war längst vor dem Dritten Reich erschlossen, wurde dann aber durch den totalitären Staat zu Zwecken mißbraucht, die den eigentlich ärztlichen Zielsetzungen fremd waren. Aus dem Mißtrauen gegen eine Abhängigkeit von nicht ärztlichen Instanzen stammt wahrscheinlich die jetzige Unbeliebtheit. Die Erkenntnis aber, daß Vorbeugen meist leichter als Heilen ist, sollte wieder dazu führen, auch die Arbeit in der vorbeugenden Gesundheitsfürsorge ärztlicher Bemühung für wert zu halten und hier berufliche Erfüllung und Befriedigung zu suchen.

Übersicht über die nieder- und zugelassenen Ärzte im Bereich der Bezirks-Arztekammer Nord-Württemberg

Stand 1. Juli 1947

- Zahl der niedergelassenen Ärzte
Prakt. Ärzte, Internisten, Kinderärzte 1232
Sonstige Fachärzte 386
Gesamtzahl der niedergelassenen Ärzte 1618
- Verhältnis Alt- zu Neuniederlassungen
Ärzte, die schon vor dem Krieg nieder- und
zugelassen waren 734 (45,3%)
Neuniederlassungen nach dem Krieg 884 (54,7%)
- Verhältnis der niedergelassenen Ärzte zum
Einwohnerstand
Vorbemerkung: Bei der Berechnung der Verhältniszahlen

werden nur praktische Ärzte, Internisten und Kinderärzte einbezogen. Die sonstigen Fachärzte zählen bei der Quotenberechnung nicht mit.

Derzeitige Einwohnerzahl von Nord-Württemberg 2 240 000
Es kommt demnach 1 Arzt (praktischer Arzt, Internist oder Kinderarzt) auf 1818 Einwohner.

4. Flüchtlingsärzte

In den Neuniederlassungen sind 250 Flüchtlingsärzte enthalten. Bei 402 000 Neubürgern in Nord-Württemberg kommt 1 Flüchtlingsarzt auf 1608 Neubürger.

BUCHBESPRECHUNGEN

Karl vom Hofe, o. ö. Prof. der Augenheilkunde und Direktor der Universitäts-Augenklinik Köln: „Einführung in die Augenheilkunde“. Verlag Urban & Schwarzenberg, Berlin-München-Wien 1946. 2. Auflage mit 10 Abbildungen. 104 Seiten.

Dem Verfasser ist es gelungen, in klarer, leicht verständlicher Sprache das Wesentliche der Augenheilkunde darzustellen, unterstützt durch gute Abbildungen. Der Student kommt mit solchem Wissen ausgerüstet furchtlos ins Examen, und auch der Praktiker wird gerne zu dem Buch greifen, um seine Kenntnisse in Augenheilkunde wieder aufzufrischen und zu vertiefen.

Bei einer Neuauflage könnte vielleicht noch ein Wort über Haftgläser beigelegt werden, weil auch der Praktiker in diesem Bereich noch viel zu lernen hat.

Unter den Rezepten wäre noch ein Rezept für Atropinsalbe angezeigt (statt mit Vaseline alb. besser mit Euzerin. anhydr., weil diese Salbengrundlage besser ertragen wird).

Dr. Karl Erhard Weiss.

Dr. med. Albert Knapp: „Epilepsie und Epilepsiebehandlung für den Praktiker“. Francksche Verlagsbuchhandlung, Stuttgart.

Aus seiner großen Erfahrung berichtet der Verfasser als einer der bekanntesten Epilepsieforscher über die Epilepsie, ihre Verlaufsformen und ihre Behandlung. Der Leser findet in dem kleinen Büchlein eine Fülle von Anregungen. Es wird deshalb sehr willkommen sein.

Dr. Kummer.

Bekanntmachungen

BEZIRKS-ARZTEKAMMER NORD-WÜRTEMBERG

Geschäftsstelle: Stuttgart-Degerloch, Jahnstraße 32, Telefon 7 60 44 und 7 60 45

Aufzeichnung der Einzelleistungen bei Pflicht-Kassen (RVO-Kassen)

In Wahrnehmung der Belange der Kassenärzte bittet die Geschäftsstelle, bei der Aufzeichnung der Einzelleistungen mit größter Sorgfalt zu verfahren. Wir brauchen die gewünschten Angaben für mehrere Kalendervierteljahre. Sie sollen uns die Möglichkeit geben, eine saubere, unwiderlegbare Statistik zu erstellen, die das Verhältnis des von den Kassen gezahlten Gesamtpauschales zu den tatsächlichen kassenärztlichen Leistungen und seine Ursachen — erhöhte Morbidität, längere Behandlungsdauer im Einzelfall — nachweist. Zum Beweis der Notwendigkeit, die Einzelleistungen auf den Rückseiten der Krankenscheine einzutragen, genüge der Hinweis auf die Quoten der zuletzt abgerechneten Vierteljahre. Ohne die Mitarbeit der Kassenärzte ist die Abrechnungsstelle nicht in der Lage, die berechtigten Interessen der Ärzte überzeugend zu vertreten.

Der Abrechnung für I/47 lag ein Hinweiszettel bei, den wir in Punkt 1 berichtigen müssen. Es muß dort heißen, daß auf das Anschreiben der Einzelleistungen auch für III/47 noch nicht verzichtet werden kann. Für II/47 sind die Krankenscheine mit den eingetragenen Einzelleistungen ohnehin bis zum 20. Juli 1947

einzureichen. Wir machen aber darauf aufmerksam, daß die Ausrechnung von uns vorgenommen wird. Die Kassenärzte bleiben also von dem Rechenwerk unbelastet. In die Datenspalten werden lediglich die Zeichen für Beratungen (I) und Besuche (X) oder die der Leistung entsprechende Ziffer der Gebühren-Ordnung (Preugo) eingetragen, und zwar ohne Rücksicht auf das eingedruckte Zahnschema. Die gesamte Ausrechnung wird von der Abrechnungsstelle erledigt.

Die Notwendigkeit, bei Ersatzkassen und den sonstigen Kassen die Leistungen auf der Rückseite der Krankenscheine einzutragen, besteht unverändert weiter.

Kassenärztliche Abrechnungsstelle.

Niederlassungs-Register

Bei der Bezirks-Arztekammer Nord-Württemberg wird ab 15. Juli 1947 ein Niederlassungsregister geführt. Alle Ärzte, die sich um Niederlassung bewerben wollen, müssen zuvor in dieses Niederlassungsregister eingetragen sein.

Über die näheren Bestimmungen der Eintragung gibt die Geschäftsstelle in Stuttgart-Degerloch, Jahnstr. 32, Auskunft. Dort ist auch der notwendige Vordruck erhältlich.

Die Angehörigen zur Zeit noch kriegsgefangener, in Württemberg ansässiger Ärzte machen wir darauf aufmerksam, daß kriegsgefangene Ärzte jetzt schon in das Niederlassungsregister eingetragen werden können. Damit ist eine Vormerkung dieser Ärzte gewährleistet und es wird einem vielfach geäußerten Wunsch Rechnung getragen.

An die, die dabei waren!

Sie haben am Sonntag, den 16. Februar 1947 das Ihrige dazu beigetragen, daß wir unserer Unterstützungskasse den hohen Betrag von RM 625.70 zuführen durften. Für das Scherflein nicht minder als für die fürstliche Gabe sei Ihnen im Namen derer, denen sie zugebracht ist, herzlich gedankt.

Der Verwaltungsrat der Württ. Arztl. Unterstützungskasse.

Neuro-chirurgische Abteilung

Es wird darauf hingewiesen, daß der chirurgischen Abteilung des Städt. Krankenhauses Stuttgart-Bad Cannstatt im Friedrich-List-Heim eine neuro-chirurgische Abteilung (Fernruf 5 06 70) unter Leitung von Dr. Behrend angegliedert ist.

Krankenzulagen

Vom Ernährungsamt der Stadt Stuttgart erhalten wir folgende Mitteilung:

„Die Bearbeitung und Zuteilung von Krankenzulagen erfolgt des öfteren Verspätungen und bringt Reklamationen seitens des Publikums mit sich.“

Der Grund ist darin zu suchen, daß die Anträge auf Krankenzulagen von den behandelnden Ärzten mangelhaft ausgefüllt werden. Vor allem sollten die Namen der Patienten entweder mit der Schreibmaschine oder mit Blockschrift geschrieben werden.“

Warnung!

Vor dem ehemaligen SS-Angehörigen Günther Stielow aus Berlin wird gewarnt. St. ist im Besitz eines gefälschten Rote-Kreuz-Ausweises und gibt sich fälschlicherweise als Medizinstudent aus. Etwa vorgelegte Famulaturzeugnisse sind ungültig, da sie auf falschen Voraussetzungen beruhen.

Überwachung des Verkehrs mit Betäubungsmitteln

Das Innenministerium für Nord-Württemberg und Nord-Baden — Opiumstelle — gibt bekannt:

„Wie das Staatl. Gesundheitsamt Heilbronn mitteilt, steht Herr Gustav Gülzow aus Sennheim, Kreis Buchen i. B., unter dem Verdacht, sich bei mehreren Ärzten Betäubungsmittel verschreiben zu lassen. Gülzow wurde Dr. Bernhard von Schumann, Adelsheim, und der Apotheke Adelsheim zur Belieferung seiner Betäubungsmittelverschreibungen zugewiesen.“

Insulin

Anträge auf Zuteilung von Insulin sind nicht mehr wie früher an die Ärztekammer, sondern an die

Württembergische Apothekerschaft, Stuttgart-N, Königstr. 78 zu richten.

ARZTEKAMMER WÜRTEMBERG-SÜD

Geschäftsstelle: Tübingen, Denzenberg, Telefon 22 62

Tuberkulose-Tagung am 26. Juli 1947 in Tübingen,

veranstaltet durch die Ärztekammer Württemberg-Süd

Tagungsort: Pathologisches Institut

Beginn: 9 h 15

- 9 h 15—10 h Herr Höring:
Die Tuberkulose als allgemeine Erkrankung des Organismus, unter besonderer Berücksichtigung ihrer Beeinflussung durch die Lebensbedingungen der Gegenwart
- 10 h—10 h 15 Diskussion
- 10 h 15—10 h 45 Herr Naegeli:
Über Knochentuberkulose
- 10 h 45—11 h 15 Herr Gottron:
Über Hauttuberkulose
- 11 h 15—11 h 30 Diskussion
- 11 h 30—11 h 45 Pause
- 11 h 45—12 h 25 Herr Letterer:
Allergie, morphologisch gesehen
- 12 h 25—13 h 05 Herr Brügger:
Über Primärtuberkulose
- 13 h 05—13 h 30 Diskussion
Schluß.

Tropenmedizinischer Lehrgang

Im Einvernehmen mit der Medizinischen Fakultät, der Ärztekammer Württemberg-Süd und dem Tropengenesungsheim Tübingen wird die Durchführung eines etwa einwöchigen ärztlichen Fortbildungskurses über tropische und subtropische Erkrankungen in der Zeit zwischen dem 1. und 10. August 1947 in Tübingen geplant. Es sollen in erster Linie diejenigen Erkrankungen warmer Länder besprochen werden, die besonders jetzt in der Nachkriegszeit auch für den in der Heimat tätigen Arzt bedeutungsvoll sein können, außerdem die wichtigsten epidemiologischen und klinischen Fragen der tropischen Krankheiten. Ein genauer Kursplan wird später mitgeteilt.

Kollegen, die an dem Kurs Interesse haben, werden gebeten, sich baldmöglichst an Prof. Ludolph Fischer, Tübingen, Neckarhalde 7, zu wenden.

i. A. Dr. D o b l e r.

Pflege für entlassene Kriegsgefangene

Im bisherigen Lager Biberach-Lindle ist mit Zustimmung der Militärregierung auf Initiative des Internationalen Roten Kreuzes und mit dessen Förderung, getragen von den Hilfsorganisationen, die die Aufgabe des ehemaligen Roten Kreuzes übernommen haben, ein Heim für pflegebedürftige entlassene Kriegsgefangene eingerichtet worden. In diesem Heim, das laufend erweitert wird, kann zunächst bis zu dessen voller Fertigstellung eine begrenzte Zahl von Heimkehrern aufgenommen werden. Das Heim trägt rein zivilen Charakter. Der Aufenthalt soll durchschnittlich etwa 2 Monate betragen. Zweck dieses Heimes ist, solchen entlassenen Kriegsgefangenen, die anderweitig keine Möglichkeit zur Pflege bis zur endgültigen Wiederherstellung ihrer Gesundheit haben, Aufnahme und Erholung zu gewähren. Anträge auf Aufnahme und Anfragen über nähere Einzelheiten können über die Bürgermeisterämter des Wohnortes des Gesuchstellers unter Beifügung einer Bescheinigung des behandelnden Arztes über den derzeitigen Gesundheitszustand und die Pflegeverhältnisse oder durch alle Krankenanstalten (einschließlich Versorgungskrankenhäuser) an den mit der Gesamtleitung beauftragten Landeskommissar für das Flüchtlingswesen, Tübingen, Hauserstr. 43, unmittelbar gerichtet werden.

Aufnahme können zunächst alle ehemaligen Kriegsgefangenen finden, bei denen nach ärztlichem Urteil mit Aussicht auf Erfolg die volle Wiederherstellung der Gesundheit betrieben werden kann. Insbesondere können Gesuchsteller mit Unterernährung und Ernährungsstörungen jeder Art, sowie Herabsetzung des körperlichen Kräftezustandes, innerlich Kranke, Kranke, die an den Folgen ihrer Verwundung leiden und noch entsprechender Behandlung bedürfen, aufgenommen werden.

Die Gebühr für die ärztlichen Zeugnisse beträgt RM 1.—. Die untersuchenden Ärzte haben jeweils auf Schluß des Vierteljahres über die Staatlichen Gesundheitsämter Listen über die von ihnen untersuchten Personen dem Landeskommissar für Flüchtlingswesen, Tübingen, Hauserstr. 43, vorzulegen, von wo aus die Erstattung wie bei der Untersuchung auf Reisefähigkeit beim Austausch von Evakuierten erfolgt.

Dr. D o b l e r.

Aufzeichnung der Einzelleistungen bei Pflichtkassen (RVO-Kassen)

Siehe Bekanntmachung der Bezirks-Ärztekammer Nord-Württemberg S. 34.

LANDESÄRZTEKAMMER HESSEN

Geschäftsstelle: Frankfurt/Main, Moltke-Allee 12—14, Telefon 7 12 75

Seuchemeldewesen

Die Medizinalabteilung des Hessischen Innenministeriums stellt im Benehmen mit der Landesmilitärregierung nochmals fest, daß durch die Militärregierung auch Masern, Keuchhusten, übertragbare Gelbsucht und Krätze meldepflichtig sind. Alle Fälle dieser Art sind sofort wie alle übrigen Infektionskrankheiten den zuständigen Gesundheitsämtern zu melden.

Beschlagnahme von Arztwohnungen

Auf eine Beschwerde von Seiten der Landesärztekammer bei der Militärregierung wegen der Beschlagnahme von Arztwohnungen durch amerikanische Truppenverbände hat Lt.Col. Moseley, Publ. Health, Landesmilitärregierung, Wiesbaden, zugesagt, daß die Militärregierung ihr Möglichstes tun wird, um die Beschlagnahme der Wohnungen von Ärzten, die zur Praxis zugelassen sind, zu verhindern. Ärzte, die aus irgendwelchen Gründen keine Praxis mehr ausüben (Alter, Krankheit, politische Belastung) können dieses Schutzes nicht teilhaftig werden.

Opiatverschreibungen

Aus gegebenem Anlaß wird darauf aufmerksam gemacht, daß es zweckmäßig ist, sich bei von unbekanntem Patienten verlangten Opiatverschreibungen, wenn sie schon vorgenommen werden, die Kennkarte vorlegen zu lassen, da sich in letzter Zeit die Fälle häufen, in denen die gleiche Person von verschiedenen Ärzten unter wechselndem Namen Opiatverschreibungen verlangt. Im übrigen muß nach wie vor den Ärzten im eigensten Interesse größte Zurückhaltung in der Abgabe von Opiatverschreibungen an nicht genau bekannte Patienten empfohlen werden.

Ärztliche Meldungen über Geschlechtskranke

Vor kurzer Zeit wurde angeordnet, daß in den für die amerikanische Militärregierung einzureichenden Meldungen über Geschlechtskranke die Neuerkrankungen getrennt nach Lues I, II, III und latens anzugeben sind. Das Hessische Innenministerium, Medizinalabteilung, gibt hierzu noch folgendes bekannt:

ÄRZTEKAMMER FRANKFURT/MAIN

Geschäftsstelle: Frankfurt/Main, Moltke-Allee 12—14
Telefon 7 30 51 und 7 56 60

1. Für die Aufstellung eines neuen Ärzteverzeichnisses werden alle praktizierenden, niedergelassenen Kollegen gebeten, der Ärztekammer Frankfurt/Main, Moltke-Allee 12—14, folgende Angaben u m g e h e n d zu machen:

- a) Vor- und Zuname
- b) Art der Tätigkeit (prakt. Arzt, Facharzt für ...)
- c) Wohnort
- d) Anschrift
- e) Telefon
- f) Sprechstunden.

2. Das Hessische Staatsministerium, Minister des Innern V, Medizinalabteilung, Referat Geschlechtskrankheiten, teilt mit, daß durch das Hygienische Institut der Universität Frankfurt/Main Gonokokken-Vaccine zu Provokationszwecken in jeder beliebigen Menge bezogen werden können. Anforderungen sind unmittelbar dorthin zu richten.

3. Das Arbeitsamt Frankfurt/Main führt Klage darüber, daß die Ärzte Eintragungen über Arbeitsunfähigkeit in die Beschäftigungsnachweise machen. Wir weisen darauf hin, daß nur das Arbeitsamt bei Vorliegen einer

1. Unter Lues I sind alle Fälle von Lues I zu melden, die zum ersten Male in ärztliche Behandlung kommen.
2. Unter Lues II sind nur die Fälle aufzuführen, die erst im zweiten Stadium der Syphilis zum ersten Male in Behandlung kommen. Es sind hier also nicht die zweiten und dritten Kuren zu melden.
3. Unter Lues latens sind alle Fälle von Lues zu melden, die im erscheinungsfreien Stadium und nur mit positiven Serumsreaktionen zum ersten Male in Behandlung des betreffenden Arztes kommen. Es ist hierbei unerheblich, ob es sich um Früh- oder Spätlatens handelt.
4. Zweite und dritte Lueskuren, ebenso die weiteren Kuren, sind unter der Zahl der alten Fälle, bei denen die Behandlung fortgesetzt wird, zu melden. Hierbei ist keine Unterscheidung zwischen Lues I, II und Lues latens auf dem Formblatt vorgesehen.

Einweisung Tuberkulosekranker in Heilstätten.

Vom Vorstand der LVA. Hessen wird uns mitgeteilt, daß für alle Tuberkuloseheilstätten in Hessen eine Zentraleinweisungsstelle bei der Landesversicherungsanstalt Hessen in Frankfurt am Main, Gartenstraße 140, eingerichtet wurde, durch die allein Einweisungen von Lungenkranken in Heilstätten vorgenommen werden. Es hat also keinen Zweck, daß sich Ärzte oder Kranke und deren Angehörige direkt an die Heilstätten wegen Aufnahme ihrer Kranken wenden. Ein Antrag mit ärztlichem Gutachten über die Tuberkulosefürsorge an die Zentraleinweisungsstelle ist der kürzeste Weg, der am schnellsten zum Ziele führt.

Verlegung der Dienststelle.

Anfang April 1947 hat die Landesärztekammer Hessen ihren Sitz von Wiesbaden nach Frankfurt am Main, Moltke-Allee 12 bis 14 (Arztelhaus), verlegt und ist dort fernmündlich unter 72175 zu erreichen. Dienststunden werktäglich von 8 bis 16 Uhr. Sprechstunden des Präsidenten Dienstags und Freitags nach vorheriger Anmeldung.

Arbeitsunfähigkeit durch den Eintrag des Kontrollstempels die Voraussetzungen zum Erhalt der Lebensmittelkarten schaffen kann und darf. Diese Bestimmungen stützen sich auf den Kontrollratsbefehl Nr. 3 und die Bekanntmachung des Hessischen Staatsministeriums vom 23. April 1946.

4. Laut Meldung des Herrn Polizeipräsidenten, Kriminalpolizei, Frankfurt/Main, erfolgt von Seiten der Ärzte die Meldung der Fehlgeburten an die Stadtgesundheitsämter sehr lückenhaft. Wir bitten die Kollegen, bei Fehlgeburten in jedem Falle Meldung an das Stadtgesundheitsamt zu erstatten.

5. Suchmeldung. Welcher aus Kriegsgefangenschaft zurückgekehrte Arzt, der in Frankfurt/Main in der Hanauerlandstraße oder Umgebung wohnt oder gewohnt hat, kann Auskunft geben über:

Grenadier Karl Kling, geb. 4. Mai 1926.

Derselbe ist seit Juli 1944 bei Caen als vermißt gemeldet. Auskunft erbeten an Herrn Ferdinand Kling, Hanau a. M., Philipp-ruher Allee 37.

VITA: Dr. Hans Neuffer, geb. 18. 1. 1892 in Ludwigsburg. Medizinalrat Dr. Friedrich Koch, geb. 23. 3. 1894 in Bergstadt. Dr. Wirsching, geb. 17. 6. 75 in Augsburg. Dr. Ilse Reinhardt, geb. 17. 10. 1895 in Magdeburg. Dr. Karl Erhard Weiß, geb. 14. 11. 1879 in Schwäbisch Gmünd. Dr. Hans Kummer, geb. 20. 6. 1909 in Homberg bei Kassel.

Diese Nummer wird im Juli 1947 ausgeliefert.

Veröffentlicht unter der Zulassung Nr. US-W 1057 der Nachrichtenkontrolle der Militärregierung. Bezugspreis RM 8.- jährlich zuzüglich Postgebühren. Verantwortlich für die Schriftleitung: Dr. med. Wilhelm Metzger, Stuttgart-Degerloch, Jahnsstr. 32. Für den Anzeigenteil: Ferdinand Enke, Verlag, Stuttgart-W, Hasenbergesteige 3. Druck: Ernst Kleit, Stuttgart-W, Rotebühlstraße 77. Auflage 8000, Ausg. Juli 47.