

Badische Landesbibliothek Karlsruhe

Digitale Sammlung der Badischen Landesbibliothek Karlsruhe

Südwestdeutsches Ärzteblatt. 1947-1956 1948

9 (1.9.1948)

SÜDWESTDEUTSCHES ÄRZTEBLATT

Herausgegeben von den württembergischen, hessischen und badischen Ärztekammern

Schriftleitung: Dr. med. Albrecht Schröder, Bad Cannstatt

unter Mitwirkung von Dr. Theodor Dobler, Schorndorf; Dr. Carl Oelemann, Bad Nauheim; Dr. Fritz Jelito, Karlsruhe

Verlag: Ferdinand Enke, Stuttgart-W.

Heft 9

STUTTGART, SEPTEMBER 1948

3. Jahrgang

INHALTSVERZEICHNIS

	Seite
Dr. Scheinpflug: Der Arzt als Erzieher des Kindes und seine Stellung zu Eltern und Lehrern	37
Dr. Semmler: Der Wert des Ersatzkassenvertrages für die Berufsfreiheit des Arztes	41
Tagungsberichte: Ausbildungslehrgang für Gehschullehrer an Beinamputierten in Gießen	45
erkennntmachungen Nord-Württemberg	46

51. Deutscher Ärztetag — 16.–17. Oktober 1948 in Stuttgart

Näheres auf Seite 46

Aus der Kinderheilstätte Wangen im Allgäu (Direktor Dr. med. habil. H. Brügger):

Der Arzt als Erzieher des Kindes und seine Stellung zu Eltern und Lehrern

Von Dr. med. H. Scheinpflug, Friedrichshafen

Mit Recht wird darüber geklagt, daß der Typus des alten Hausarztes verschwunden ist; des Hausarztes, der nicht nur behandelte, sondern auch ein zuverlässiger Berater in allen wichtigen Familienangelegenheiten war. Sollten der moderne Praktiker und der Kinderarzt nicht wieder diese Stellung einnehmen können, wenn sie neben der somatischen Behandlung der psychischen Beeinflussung und der Erziehung mehr Aufmerksamkeit widmeten?

Nach den Infektionskrankheiten sind Neurosen die zahlenmäßig am stärksten vertretenen Kinderkrankheiten. Neurosen beruhen aber hauptsächlich auf Erziehungsschwierigkeiten, auf Erziehungsfehlern und schlechten häuslichen Verhältnissen und sind, wenn auch nicht immer, ausschließlich durch Erziehungsmaßnahmen, so doch nie ohne diese erfolgreich zu behandeln. Nun stellt sich ja vielleicht mancher Arzt auf den Standpunkt, er müsse so gut über organische Leiden Bescheid wissen und diese so genau studieren, daß ihm für Erziehungsfragen keine Zeit bleibe und er diese anderen, dazu mehr geeigneten Kräften überlassen müsse. Physiologie und Psychologie haben aber immer mehr und mehr die Überzeugung gefördert, daß zwischen Körperlichem und Seelischem kein grader Trennungsstrich zu ziehen ist, und daß wir Ärzte bei dieser innigen Verzahnung beider Seiten des menschlichen Lebens immer den ganzen Menschen untersuchen und behandeln müssen. Wir können uns daher ohne Gefahr, die ganze Behandlung aus der Hand geben zu müssen, Erziehungsfragen nicht entziehen.

Ich möchte nun aus dem großen Heer der kindlichen Neurosen einige herausgreifen, um an ihnen zu zeigen, wie innig verflochten Körperliches und Seelisches ist, und daß wir ohne Erziehungsmaßnahmen überhaupt nicht weiterkommen. Da wären z. B. die Bettnässer zu erwähnen, dieses Kreuz der Eltern, Erzieher und Ärzte. In den letzten Jahren hat das Bettnässen ganz rapid zugenommen; ich halte dieses Zunehmen für

ein Zeichen der schweren Krisis, in der sich unsere ganze menschliche Zivilisation befindet. Die große Ratlosigkeit, die Verzweiflung, die Zusammenbrüche haben ihren Einfluß auf die Kinder nicht verfehlt und bewirken eine Zunahme aller Neurosen, besonders der des Bettnässens. Über das Bettnässen sind viele gelehrte Abhandlungen geschrieben worden, und die Zahl der therapeutischen Vorschläge ist sehr groß. Es sind auch viele unzumutbare Behandlungsweisen versucht worden. Ich erinnere nur an die verkappten körperlichen Strafen in Form von schmerzhaftem Elektrisieren oder ähnliches.

Trotz der Fülle des über das Bettnässen Geschriebenen und Gesprochenen sind sich die Autoren nicht einmal darüber einig, was das Bettnässen eigentlich ist; so sagt z. B. Hamburger, daß das Bettnässen im Säuglingsalter eine physiologische Angelegenheit sei und sich pathologischerweise in ein anderes Alter herüberziehe; demgegenüber weist Cimbald darauf hin, daß der Säugling nie im Schlaf einnäßt, sondern immer erst nach dem Erwachen, und daß das Bettnässen immer erst auftritt, wenn die Kinder schon sauber waren, meist im dritten Lebensjahr oder erst wieder in der Präpubertät. Cimbald hat darin Hamburger gegenüber vollständig recht, nur sind Cimbalds therapeutische Ratschläge äußerst dürftig; er begnügt sich mit dem Hinweis auf die suggestive Behandlung und gibt einige Arzneimittelrezepte an, während Hamburger in sehr dankenswerter Weise das ganze erzieherische Problem aufrollt.

Zum Verständnis des Bettnässens ist die Lehre vom bedingten Reflex und unbewußten Schluß Vorbedingung. Ich setze sie als bekannt voraus, möchte nur kurz daran erinnern, daß ein und derselbe Reiz verschiedene Reflexwirkungen verursachen kann, je nachdem mit welchen anderen Reizen er gewohnheitsmäßig gekoppelt war. (Pawlow, Ibrahim, Hamburger.) Die Blasenfüllung ist der bedingende Reiz, der normalerweise durch Aufwachen und Auf-den-Topf-Gehen beantwortet wird. Ist nun

durch einen akuten Infekt die Blasenmuskulatur geschwächt und ist dabei der Schlaf pathologisch tief, so kommt es ein- oder zweimal dazu, daß der Reiz durch Entleerung im Schlaf beantwortet wird; das kann dann durch falsch eingefahrene Wege zur Gewohnheit werden, und wir haben das Bettnässen! Auch die Nierenfunktion kann sich falsch eingespield haben. Bei manchen Kindern bewirkt der Reiz des kalten Nachtgeschirrs ein Sistieren der Nierenfunktion, das warme Bett aber gibt eine Anregung; dann kommt der tiefe, bleierne Schlaf dazu, und schon ist das Unglück geschehen. Ein ganz gesundes Kind überwindet diesen falsch eingefahrenen Reflexmechanismus, handelt es sich aber um ein Kind, das einen schwachen Willen hat, das etwa entmutigt ist, das eine schiefe Stellung in der Gemeinschaft — sei es nun in der Familie, unter Spielkameraden oder in der Schule — hat, oder sei es auch, daß es sich in Szene setzen will, um die Sorgfalt der Mutter und das Umhertsein zu erzwingen (alles natürlich im Unterbewußtsein), so kommt es von der zur Gewohnheit gewordenen Unart nicht los.

Bei der Behandlung werden wir uns zunächst darüber klar werden müssen, zu welchem Typ von Bettnässern unsere Patienten gehören. Daß die Kinder mit anatomischen Defekten aus unserer Betrachtung ausscheiden, ist klar. Auch bei Schwachsinnigen kann von einer eigentlichen Behandlung nicht die Rede sein. Unter dem Rest möchte ich zwei Hauptgruppen unterscheiden: erstens die nervenstarken Kinder, die sich aus Prügeln und sonstigen Strafen gar nichts machen, diese wie ein Hund das Wasser abschütteln und munter weiter naßmachen. Diese gehören meist zu den weniger wertvollen Menschen. Dann gibt es aber einen Typ hochdifferenzierter Kinder, die selbst schwer unter dem Bettnässen leiden und die durch Strafen in schwere Neurosen hineingetrieben werden können. Aus diesen Kindern können später sehr brauchbare, sogar zu hohen Leistungen fähige Menschen werden. Wie die Behandlung sein muß, das erkennt man am besten, wenn man sich darüber klar wird, warum wir Praktiker so klägliche Erfolge mit unserer Behandlung haben. Woran liegt das nun und warum haben Laien oft weit bessere Erfolge als Ärzte? Es liegt in der Hauptsache daran, daß wir viel zu schematisch vorgehen, uns gar nicht bemühen, auf jeden einzelnen Fall einzugehen und daß uns eine wirkliche, echte Anteilnahme am Kinde und das absolute Wohlwollen fehlen. Wir müssen den gleichgültigen Bettnässer so weit kriegen, daß er anfängt sich zu schämen, weil er seiner Mutter, die schon so wie so alle Hände voll zu tun hat, die Kinder satt zu machen und sie ordentlich zu kleiden, durch sein Bettnässen das Leben geradezu vergällt; wir müssen den Funken von Ehre und Anstandsgedühl, der schließlich noch in jedem Kinde, wenn es nicht schwachsinnig ist, vorhanden ist, anzufachen versuchen und dann mit sicherer Hand die Führung übernehmen. Das kann beim robusten Typ ruhig in recht derber Weise geschehen, aber immer so, daß das Wohlwollen durchscheint. Beim zarten, entmutigten Kind, das selbst schon den Kampf führt und immer wieder unterliegt, müssen wir ein freudiges Bewußtsein hervorrufen, daß es nun in seinem Kampf einen starken Bundesgenossen gefunden hat. Oft führt ein Freudenschock zum Ziel, eine Änderung der Umgebung, ein Zurechtrücken der schiefen Position in der Gemeinschaft, Wechsel der Lehrer, der Schule, Änderung der Kost. Neben dem absoluten Wohlwollen ist eine unerläßliche Vorbedingung für erfolgreiche Behandlung das „Zeit haben“. In der üblichen Hege einer vollbesetzten Sprechstunde kann der gescheiteste und humanste Arzt nicht einen Bettnässer mit Erfolg behandeln!

Wichtig ist die Frage der Arzneimittel nur in der Richtung, ob überhaupt Arzneimittel gegeben werden sollen oder nicht. Man wird da individuell verschieden vorgehen müssen. Bei manchen Kindern kann eine Arzneimittelbehandlung eine sehr wesentliche, natürlich nur suggestive Hilfe bedeuten, bei anderen Kindern ist sie aber kontraindiziert, weil sich bei ihnen die Vorstellung festsetzt: ich bin krank, ich muß behandelt werden, ich kann nichts dafür — während der Patient doch zum Bewußtsein kommen sollte, daß es sich um seine ureigenste Angelegenheit handelt, die nur von ihm selbst gemeistert werden kann. Daß

eine größtmögliche Einschränkung der Flüssigkeit in der Nahrung und eine energische Bekämpfung des sehr verbreiteten Pseudodurstes gute Unterstützungsmomente sind, brauche ich als selbstverständlich eigentlich nicht zu erwähnen. — Aus dem Gesagten dürfte mit Klarheit hervorgehen, daß jedes Bemühen, Bettnässer ohne erzieherische Maßnahmen zu heilen, eitel ist.

Eine Sorge, die die Mutter häufig zum Arzt treibt, ist die Appetitlosigkeit ihres Kindes. Es ist klar, daß Appetitlosigkeit oft ein Symptom einer chronischen Infektionskrankheit oder eines sonstigen körperlichen Leidens ist. Nur eine sehr genaue Untersuchung kann solche ausschließen. Es bleibt aber immer noch ein Heer von appetitlosen Kindern.

Zum besseren Verständnis des ganzen Problems werden wir eine kleine Exkursion in die Psychologie machen müssen. Bei der Stufenpsychologie von Oswald Kroh handelt es sich um die Beobachtung, daß Kinder sich stufenweise entwickeln, und daß ihr ganzer Zustand auf der einen Stufe so unterschiedlich von dem jeder anderen Stufe ist, daß man fast sagen muß, es handelt sich auf jeder Stufe um einen anderen Menschen.

Weiter ist zu sagen, daß Kinder oft, durch ihren Geltungstrieb angespornt, sich bemühen, in eine höhere Stufe aufzusteigen, andererseits durch ihren Hang, sich bemuttern zu lassen, unbewußt bestrebt sind, in ein schon durchlaufenes Stadium zurückzukehren. Jeder gute Beobachter weiß, daß nach der Geburt des zweiten Kindes das erste wieder die Flasche trinken will, häufiger naß macht u. dgl. mehr. Andererseits will sich das Dreijährige oft Positionen erretzen, um die es die fünf- oder sechsjährigen Geschwister beneidet. Dieses „Vor“ und „Zurück“ ist, wenn es nicht krasse Formen annimmt, geradezu physiologisch.

Die alte biblische Weisheit, daß des Menschen Herz zugleich ein „trotzig und verzagt Ding“ ist, bewahrheitet sich immer wieder.

Diese Dinge spielen nun bei der Nahrungsaufnahme eine große Rolle. Gewöhnlich spielt sich die Entstehung der Appetitlosigkeit so ab: Als älterer Säugling wird das Kind oft durch zu große Flüssigkeitsmengen, die leicht und lieblich eingehen und kritiklos aufgenommen werden, überfüttert; auch viele Kleinkinder schlucken ihren Brei, solange ihnen nur der Löffel in den Mund gesteckt wird, was für viele törichte Mütter der Anlaß zur höchsten Wonne ist. Einmal kommt aber die natürliche Reaktion, und wenn das Kind dann schlechter ist und nicht mehr in dem Tempo zunimmt wie bisher, dann ist die Verzweiflung groß und nun fängt das Pathologische an. Das Kind kommt einerseits in das Trogstadium und will schon aus purer Opposition nicht essen, andererseits will es den Kampf um das Essen gar nicht aufgeben, weil es sich im Mittelpunkt einer ganzen Affaire fühlt, und das Interesse, das nicht nur die Eltern, sondern das ganze Haus und oft auch die Verwandtschaft an dieser Sache haben, nicht erlahmen lassen will. Dann kommt es, besonders wenn noch unvernünftige Großeltern da sind, zu ganz grotesken Auswüchsen. Bilderbücher und Spielsachen werden krampfhaft demonstriert, damit man zwischendurch einen oder den anderen Bissen in den Mund schieben kann, oder die Mutter verschwindet mit Kind und Brei unter dem Tisch und zieht die Tischdecke bis auf den Fußboden, weil „er“ sich nur in diesem Verließ füttern läßt; oder die Oma muß mit dem Jungen in den Hühnerstall, weil das noch der letzte Ort ist, wo er geruht zu essen. Die Verzweiflung der Mutter ist groß und wird von dem Wahn gespeist, daß es nichts der Gesundheit Abträglicheres gäbe, als wenn ein Kind ein oder auch mehrere Tage keine nahrungsfähige Nahrung zu sich nimmt. Es kommt in den meisten Fällen zu einem schweren Tauziehen zwischen Mutter und Kind, in dem in der Regel die Mutter unterliegt, was schwere Neurosen beider Teile zur Folge haben kann. Daß eine medikamentöse Behandlung in solchen Fällen völlig sinnlos ist, und daß man nur mit energischen erzieherischen Maßnahmen Erfolg haben kann, liegt auf der Hand. Zunächst heißt es die Mutter aufklären; das ist nicht ganz leicht, noch schwieriger sind meist Großmütter! Man muß sie zuerst von ihrem Wahn befreien, daß zeitweiliges Hungern gesundheitsschädlich ist. Dann muß man ihr das Absurde

des Verhältnisses, daß die Eltern das Kind um die Gnade bitten, doch nur ja ihnen den Gefallen zu tun, vor Augen führen, wo es doch natürlicherweise so hergehen müßte, daß die Kinder die Eltern um das tägliche Brot bitten. Dämmert dieses Verständnis auf, dann kann man zu ganz rigorosen Hungerkuren schreiten, die aber immer nur in absoluter Ruhe und Freundlichkeit, ohne ein heftiges oder böses Wort, aber mit einer eisernen Konsequenz durchzuführen sind, und da darf man sich unter gar keinen Umständen erweichen lassen, nach einer durchgehenden Hauptmahlzeit eine kleine Nebenmahlzeit stehenden Fußes einzuschalten. So kriegt man jedes Kind zum Essen. Hierbei muß der Erzieher sich selbst zur Ruhe und Selbstbeherrschung erziehen, sonst kommt er nicht zum Ziel.

Kindliche Neurosen treten oft monosymptomatisch und massiv auf. Dazu ein Beispiel: Der Sohn des Chefs einer Klinik, ein ca. elf- bis zwölfjähriger Junge, wird in die Klinik eingeliefert. Schwerste Ileuserscheinungen, hochsitzende Darmstenose! Der Chef selbst ist verweist, Oberarzt und ältere Assistenten mühen sich um eine Diagnose, die Chirurgen werden zurückgezogen; soll man aufmachen, soll man nicht aufmachen? Schließlich klingen die Erscheinungen ab, und es erweist sich, daß alles psychogener Natur war. Ursache: schlechte Familienverhältnisse, unglückliche Ehe der Eltern, der Chef hat ein Verhältnis mit seiner Sekretärin. Therapie? — Selten gelingt es einem in der Praxis, die wahren Ursachen und Zusammenhänge solcher schweren Neurosen aufzudecken. Kommt man aber einmal dahinter und versucht eine wirklich kausale Therapie zu treiben, und die Eltern zu veranlassen, entweder ihre häuslichen Verhältnisse in Ordnung zu bringen, oder sich ganz vom Kind zu trennen, dann wird man nicht viel Verständnis finden, und es heißt dann: „Kümmern Sie sich, verehrter Herr Doktor, nicht um Angelegenheiten, die Sie absolut nicht angehen!“ Und schon wird ein Arztwechsel vorgenommen. — Von vielen Autoren werden die Eltern gewarnt, ihre sexuellen Beziehungen vor den Kindern irgendwie deutlich werden zu lassen, sie sehen darin die Gefahr eines psychischen Traumas. Ich halte die Gefahr für gar nicht so groß, wenn die Beziehungen sauber und legal sind, also monogam; wenn es aber zu polygamen Verhältnissen und zu Promiskuität kommt, so richtet das in der kindlichen Seele größten Schaden an, und das muß man sagen, die Kinder sind sehr aufmerksam und beobachten überraschend gut.

Ich habe oft die Erfahrung gemacht, daß kindliche Neurosen, die sich in schweren körperlichen Symptomen äußerten, wie rezidivierende Nabelkoliken, die häufigen Leibscherzen der kleinen Mädchen usw., auf schiefe und schlechte häusliche Verhältnisse zurückzuführen waren. Oft liegt ihnen eine falsche Stellung des Kindes in der Gemeinschaft zugrunde, oft ist der Vater brutal, er ist Trinker oder Tyrann, verträgt sich nicht mit der Mutter, die Mutter ist mit den Kindern gegen den Vater im Bunde, die Kinder leisten Spionagedienste für die Eltern gegen einander oder gegen andere Hausgenossen und dergleichen mehr. Immer wird es sich um Erziehungsprobleme handeln, und zwar ist es wichtig, daß die Erzieher, um erfolgreich zu sein, selbst bereit sein müssen, sich erziehen zu lassen, von den Verhältnissen und von den Kindern. Das gute alte Wort: docendo discimus kann getrost dahin abgeändert werden, daß wir sagen: erst beim Erziehen vollenden wir unsere eigene Erziehung. Goethe sagt: „Was unsere Frauen unerzogen an uns zurücklassen, das vollenden schließlich im Laufe der Jahre die Kinder.“

Ich möchte das Kapitel „monosymptomatisch und massiv“ nicht schließen, ohne auf den Erinnerungshusten nach Keuchhusten hinzuweisen und ohne des azetonämischen Erbrechens zu gedenken. Wieso der Erinnerungshusten hierher gehört, darüber brauche ich wohl kein Wort zu verlieren. Anders ist es mit dem azetonämischen Erbrechen. Dieses wird ja als schwere Stoffwechselstörung angesehen, die darauf zurückzuführen ist, daß durch einen Infekt ein Zentrum, das den Kohlehydratstoffwechsel reguliert, angegriffen wird, wobei es dann zu diesen ganz schweren, lebensbedrohenden Zuständen kommen kann. Ich halte es für möglich, daß die Rolle des Infekts von einem psychischen Trauma — etwa durch einen schweren Erziehungs-

fehler — übernommen werden kann. Wir sehen, daß Körperliches von Seelischem nicht zu trennen ist, und wer wollte verlangen, daß der Arzt ein Kind etwa mit azetonämischem Erbrechen einem erfahrenen Pädagogen übergeben sollte?

Zum Schluß möchte ich eine Gruppe von Kindern erwähnen, die mehr den Lehrer als den Arzt zu beschäftigen pflegen; doch auch der Arzt muß über sie Bescheid wissen. Ich meine die Rebellen. Diese machen dem Lehrer oft das Leben sauer, und es hat sich schon eine ganz ansehnliche Literatur über Rebellenbehandlung angesammelt. Wie eine solche sachgemäß und erfolgreich zu gestalten ist, darüber hat mir der Vortrag eines ganz schlichten Volksschullehrers die Augen geöffnet, der während des Pädiaterkongresses in Wien 1941 auf einer Arbeitsgemeinschaft von Kinderärzten, Psychiatern und Pädagogen gehalten wurde. Unter anderem wurde folgendes ausgeführt: Es gibt zwei Methoden der Rebellenbehandlung; die eine beruht auf dem Prinzip des „divide et impera“; sie ist beliebt und wird geradezu als Rezept empfohlen. Der Lehrer sucht den Rebellen, der ja oft eine ganze Klasse aufsässig macht, von seinen Kameraden zu isolieren, indem er sich unter ihnen Bundesgenossen wirbt; ist es so weit, so versucht er den Rebellen vor den anderen bloßzustellen, übergießt ihn mit der Lauge seines Spottes, macht ihn ganz klein und setzt dann triumphierend als Sieger den Fuß auf seinen Nacken. Der Erfolg ist aber nur ein äußerer, denn die Isolation, die der tiefere Grund des Rebellentums war, ist nur noch größer geworden: der Junge kann nicht mehr zur gemeinsamen Arbeit in der Klasse herangezogen werden, und eine Entwicklung seiner Fähigkeiten und seines Charakters ist illusorisch. Der Fehler dieser Methode liegt erstens darin, daß nicht nach dem wahren Grunde des Rebellentums geforscht wird, das meist in einer tiefen Entmutigung, einem Verbergen der Minderwertigkeitsgefühle liegt und nur dadurch überwunden werden kann, daß der Junge ganz allmählich wieder zur gemeinsamen Arbeit herangezogen und ermutigt wird. Der andere Fehler besteht darin, daß das ganze Manöver ohne jegliches Wohlwollen und ohne innere Anteilnahme am Geschick des Jungen vollführt wurde, und daß der Lehrer selbst von seiner Vollkommenheit und Untadeligkeit überzeugt ist, anstatt selbst etwas zuzulernen. Die zweite Methode ergibt sich aus der Kritik der ersten. Ein stetiges gemeinsames „Sich-ändern“, eine Sinnesänderung von Schülern und Lehrern, so schloß dieser Redner seinen Vortrag, ist die einzig mögliche Grundlage einer erfolgreichen Arbeit in der Schule, und nur so können erzieherische Schwierigkeiten überwunden werden. — Was geht das den Arzt an? wird man vielleicht fragen. Oft kommen solche Rebellen zum Arzt. Entweder wird der Lehrer nicht mit ihnen fertig und empfiehlt den Eltern, den Arzt aufzusuchen, weil er den Fall für krankhaft hält; dann ist die Diagnose natürlich klar. Oder es kommen „zusammengebrochene“ Rebellen, die in eine Neurose geflüchtet sind, zum Arzt, dann ist die Diagnose weit schwieriger.

Aus allem bisher Gesagten geht wohl hervor, daß der Arzt nicht nur in Erziehungsfragen Bescheid wissen muß, sondern daß er auch fähig sein muß, in der Erziehung die Führung zu übernehmen. Dabei wird er nun oft auf den Widerspruch von Eltern und Lehrern stoßen, die mit Recht dieses Gebiet für sich in Anspruch nehmen können. Wie kommen wir nun aus diesem Dilemma heraus? Das möchte ich an zwei Vergleichen, an zwei Bildern zeigen. Vater und Arzt, meine ich, müßten sich zueinander verhalten wie Souverän und verantwortlicher Minister. Der Arzt darf dem Vater seine Herrscherwürde nicht streitig machen, doch bleibt er für die Erziehungspolitik verantwortlich, und hier hat es zu heißen: „Meine Musik oder gar keine Musik!“ andernfalls wird eben demissioniert — Lehrer und Arzt müssen sich zueinander stellen wie Kapitän und Lotse. Unter gewöhnlichen Umständen wird das Lebensschiff des Zöglings vom Lehrer mit sicherer Hand gesteuert werden müssen, handelt es sich aber um eine klippenreiche Passage, so begibt sich der Kapitän sicher nicht seiner Würde, wenn er zeitweise das Steuer einem erfahrenen Lotsen überläßt. In dieser Art lassen sich sicher immer Kompromisse finden.

Was für Begriffe hat nun unsere Zunft im allgemeinen von Erziehung und Erziehungsschwierigkeiten? Leider sehr mangelhafte. Wenn es hoch kommt, so wird man dann und wann feststellen, daß körperliche Beschwerden auf Erziehungsfehler zurückzuführen sind, in der Behandlung ist man aber oft ratlos; der gute Rat, den Jungen einmal ordentlich durchzuprügeln, ist wohl nicht immer ein guter Rat. Und dabei kann es doch gerade in bezug auf das körperliche Gedeihen so dankbar sein, die Erziehung in ein rechtes Gleis zu bringen. Bei der großen Verantwortung, die auch in Erziehungsfragen auf uns Ärzten liegt, müssen wir über Pädagogik doch viel besser Bescheid wissen, als das der Fall ist. Nun zunächst einmal die Frage: was ist überhaupt Erziehung? Statt einer langatmigen Definition ein Beispiel, an dem man sieht, was Erziehung nicht ist. Oft hat man sich Erfolge bei Zöglingen in Korrekptionsanstalten erhofft, wo durch strenge Zucht und Gewöhnung gute Sitten erzwungen werden sollen. Der Erfolg ist aber in der Regel gleich Null; nach kurzer Zeit ist der alte Lump wieder in voller Blüte. Warum? Aus dem ganz einfachen Grunde, weil die Korrekptionsanstalt in den Mitteln den Hauptzweck sieht. Der Junge wird nicht zu einer Gemeinschaft gehoben und wird sich seines eigenen Wertes als Glied einer Gemeinschaft nicht bewußt. Genau dasselbe gilt für Kinder auch im jüngeren Alter. Erziehung ist weder Dressur noch Zählung, obgleich in ihr auch Zählungs- und Dressurmittel angewandt werden.

In diesem Zusammenhang einiges über Erziehungsmittel. Es ist bekannt, daß Kleinkinder und Spielkinder ganz besonders geneigt sind, Gewohnheiten anzunehmen. Diese Gewohnheiten muß unbedingt ausgenutzt werden, um gute Gewohnheiten zu fixieren und schlechte umzubiegen, in späteren Lebensaltern ist das viel schwieriger. Gute Umgangsformen, Höflichkeit und Rücksichtnahme müssen in diesem Alter schon geübt werden, doch wird man nichts erreichen, wenn man brutalen Zwang anwendet und die Kinder etwa dazu veranlaßt, in bestimmten Formen Gäste zu begrüßen oder ähnliche Äußerlichkeiten von ihnen verlangt. Der Nachahmungstrieb der Kinder ist so groß, daß die Erwachsenen und die älteren Kinder auf ein Beispiel, ein Vormachen, ein Vorleben unter keinen Umständen verzichten dürfen.

Daß wir ohne Strafe und ohne Belohnung in der Erziehung nicht weiter kommen, ist eine altbekannte Tatsache; ich erinnere nur an die Redensarten „Apfel und Rute“ oder „Zuckerbrot und Peitsche“. Das Strafproblem sollte nicht so gestellt werden, wie das oft geschieht: ob man überhaupt strafen soll, besonders ob man körperlich strafen soll oder nicht, sondern nur wie man strafen soll. Strafen verfehlen ihren Zweck, wenn sie als Gericht, als Sühne für ein Vergehen aufgefaßt werden, noch schlimmer wirken sie sich aus, wenn sie als Vergeltung, als Rache vollzogen werden. Strafen, besonders körperliche Strafen, sollten immer nur als Hilfen aufgefaßt werden. Genau so wie ein edles und sensibles Reitpferd nicht mit dem sanften Schenkeldruck allein zum Gehorsam gebracht werden kann und nötigenfalls der schmerzhaft Sporn angewandt werden muß, so ist ein tüchtiger Klaps (nicht ein symbolischer — der macht die Sache nur schlechter) nicht immer zu entbehren. Er ist besser als eine langatmige mündliche Auseinandersetzung. Daß man nicht im Affekt, im Zorn strafen solle, ist fraglos richtig. Nur werden temperamentvolle Eltern nicht immer dieser Forderung genügen können. Das Unglück ist aber nicht so groß, wenn man sich nicht, wie das leider oft vorkommt, als Jupiter tonans auf seinen Olymp der Unnahbarkeit zurückzieht, sondern nachher durch eine versöhnende Aussprache alles wieder in das richtige Gleis bringt. Im allgemeinen wird man wohl sagen können, je ruhiger, je weniger leidenschaftlich gestraft wird und je mehr durch die Strafe das Wohlwollen durchschaut, um so wirksamer wird die Strafe sein. Ich denke hier an Entziehungsstrafen, die ja mit freundlichem Gesicht verhängt werden können. Oberster Grundsatz muß immer bleiben: „Handeln und nicht reden.“ Nichts ist schlimmer als das ewige Herumnörgeln an den Kindern oder Drohungen, von denen Kind und Erzieher bereits wissen, daß sie nicht ausgeführt werden. Nicht die Furcht vor Strafe, sondern die Furcht, die Eltern zu betrüben, soll die Kinder bessern! Es ist klar, daß Belohnung und Lob als Ausgleich und Gegen-

pol der Strafe unerlässlich sind. Auch hier muß Konsequenz oberster Grundsatz sein: Versprochenes muß erfüllt werden, in Aussicht Gestelltes darf, falls das vom Kinde Verlangte nicht erfüllt wurde, nicht gewährt werden.

Ein wesentliches Stück im Arsenal der Erziehungsmittel ist der Humor. Wie oft rettet ein guter Witze eine völlig verfahrenepädagogische Situation, ein Witze, der beide Teile — Zögling und Erzieher — lächerlich macht und eine Gemeinschaft gegenüber dem Schicksal herstellt. Was ist denn Humor? — Spott, aber nicht ohne Liebe. Wahrer Humor muß die Fähigkeit der Selbstironie haben. Satire ist unproduktiv, zerstörend, Humor ist lebendig, aufbauend. „Wer sich nicht selbst zum Besten haben kann, der ist gewiß nicht von den Besten“, sagt Goethe. Der große russische Humorist Gogol spricht von einem Gelächter durch Tränen hindurch. Man vertiefe sich in Wilhelm Busch, dann wird man merken, was wahrer Humor ist, und dann wird man vom Humor genau dasselbe sagen können, was der Apostel Paulus von der Liebe sagt: Er „verträgt alles, glaubt alles, hofft alles, duldet alles“. Wer keinen Humor hat, eignet sich nicht zum Erzieher; ohne Humor erfolgreich erziehen zu wollen, gehört sicher zu den größten Schwierigkeiten. Nichts kann einen Zögling mehr irritieren, als wenn der Erzieher sich mit einem Nimbus der Vollkommenheit und Unfehlbarkeit umgibt. Muß sich der Erzieher dieses Nimbus begeben und geschicht es ohne Humor, so ist die Autorität in schwerer Gefahr.

Eine für Erzieher und Arzt wichtige Angelegenheit sollte das Spiel des Kindes sein. Was liegt nicht alles in dem Begriff „Spiel“! Spiel ist nicht das Gegenstück zu Ernst, bedeutet nicht Regellosigkeit, Willkür, Tändelei — nein, es liegt etwas ganz anderes darin. Wenn auch Leichtigkeit und Bewegung im Begriff des Spieles enthalten sind, so muß man doch nicht vergessen, daß man von Spiel spricht, wenn bei Präzisionsarbeiten oder bei großen kulturellen Leistungen zwei oder mehrere Partner sich aufeinander „einspielen“. Wenn wir an das Spiel des Musikers und Schauspielers denken, dann kommt uns schon zum Bewußtsein, daß im Begriff des Spieles auch der Begriff der Harmonie, des Schöpferischen und auch der der Arbeit drinsteckt. Ganz dasselbe gilt auch für das Spiel des Kindes. Kinderspiele sind höchster Ernst. Man sollte die Spiele der Kinder mehr achten und sie nicht gewalttätig unterbrechen, sondern immer versuchen, sie mit Kunst zu den gewünschten Beschäftigungen hinüberzuleiten; dadurch erleichtert man sich sehr wesentlich seine Erziehungsarbeit. Man sollte sich viel mehr in Kinder hineinversetzen, mit ihren Augen sehen, mit ihren Ohren hören — nicht objektiv sein. Wie weit sollen nun kindliche Spiele gelenkt und beeinflusst werden, und was kann man sich durch solch eine Beeinflussung versprechen? Nun, Kinder, die anlagemäßig zu keiner produktiven Arbeit fähig sind, wird man durch Beeinflussung ihrer Spiele nicht zu produktiven Menschen machen, aber oft kann man schlummernde Anlagen durch Beispiel und Anregung zur Entfaltung bringen, und hier liegen nun sehr wertvolle Erziehungsmittel zutage. Dabei wird immer die Forderung erhoben werden müssen, den Kindern möglichst primitives Spielzeug zu geben, damit der Phantasie und der Gestaltungskraft mehr Raum bleibt. Auch sollten die Kinder einen gewissen Anteil an der Entstehung ihres Spielzeuges haben, um dessen Wert kennenzulernen.

Einen ganz großen Raum nimmt auf dem Gebiet der Erziehung die Schule ein. Leider wird die Schule immer noch viel zu sehr als Selbstzweck und als Institut der Wissensvermittlung aufgefaßt, während sie doch eigentlich ihren wahren Sinn in der Charakterbildung sehen müßte. Am wärmsten wird man immer die Methoden begrüßen, die es sich zur Aufgabe machen, durch gemeinsame Arbeit einer organischen Gemeinschaft (gegliederte Klasse und Lehrer) ihre Ziele zu erreichen. Daß der Lehrer also in erster Linie Organisator einer solchen Gemeinschaft, nicht Wissensvermittler sein muß, ist klar. Psychologisch wichtig ist es, sich darüber klar zu sein, daß bei jüngeren Schulkindern die einzige Triebfeder zum Lernen die Zuneigung und Liebe ist, die sie für ihren Lehrer hegen; viel später kommen erst das Interesse für den Gegenstand und ganz zuletzt erst die Erkenntnis der Nützlichkeit des Lernens für das spätere Leben hinzu. Auf

dieser Zuneigung beruht der Erfolg. Wichtig ist ferner, daß der Lehrer es versteht, die Gegenstände, mit denen er die Kinder beschäftigt, für sie zu Problemen zu machen, deren Lösung den Kindern zum Erlebnis wird. Nur so entgeht man dem unnützen Auswendiglernen. — Der Lehrer muß bereit sein, sein Bestes herzugeben; vor allen Dingen muß er an sich selbst arbeiten und die Kinder und die Umstände an sich arbeiten lassen; genau so wie die Eltern!

Eine der Hauptkrankheiten unserer Zivilisation scheint mir darin zu bestehen, daß Kinder und Jugendliche in den seltensten Fällen organisch in ihren kommenden Beruf hineinwachsen. Es ist doch das Natürliche und einzig Richtige, wenn zum Beispiel das Bauernkind von frühester Jugend auf in der Arbeit der Eltern mitlebt. Es lernt die Lebensgewohnheiten seiner Tiere kennen, es hat ein ganz persönliches Verhältnis nicht nur zu diesen, sondern auch zu Garten, Acker, Wiese und Wald. Das kann durch keinen theoretischen Unterricht ersetzt werden. Ähnliches kann vom Handwerker gesagt werden, der seinen Kindern seinen Beruf vorlebt. Wie kümmerlich sind die Vorstellungen eines Großstadtkindes von der Tätigkeit seines Vaters, wie hohl und leer ist meist so ein Leben in der Großstadt mit seiner Atomisierung! Traurig ist das Los der Arbeiter, die tagtäglich immer nur einige mechanische Handgriffe auszuführen haben. Der zu mechanischer Arbeit Verurteilte sollte die Möglichkeit haben, in seinen Freistunden mit seiner Familie zusammen einer Beschäftigung nachzugehen, die ihn zur Natur zurückführt und ihn mit seiner Familie verbindet. Nur dann kann er erziehen.

Organische Gemeinschaft in Schule und Haus — darauf kommt es also an! Erziehung muß *vo g e l e b t* werden! — Wer seinen Kindern gute Umgangsformen beibringen will, muß sie selbst haben; wer von seinem Kinde verlangt, daß es Rücksicht nehmen

soll, muß selbst rücksichtsvoll sein; wer Gehorsam verlangt, muß selbst gehorsam sein! Letztere Erwägung zeigt uns, daß wir in der Erziehung nicht ohne Religion auskommen können. Wir werden den Kindern zu Religion verhelfen müssen. (Religion heißt Rückbindung, Bindung an das, woher wir kommen.) Das können wir nur, wenn wir sie selbst haben, und wir vermitteln sie, wenn wir die Kinder auf Gottes Willen in der Natur und Gottes Stimme im eignen Gewissen aufmerksam machen und sie in eine von Gott geführte Gemeinschaft einzugliedern versuchen. Ohne diese Bindung ist echte Erziehung nicht möglich. Wir können noch so fein ersonnene Erziehungsrezepte anwenden, ohne Liebe geht es nun einmal nicht. „Wenn ich mit Menschen- und mit Engeln redete und hätte der Liebe nicht, so wäre ich ein tönend Erz und eine klingende Schelle.“

Zusammenfassung: Ich habe versucht, zu zeigen, warum der Arzt den Anspruch auf Führung in Erziehungsfragen erheben muß, und daß er ihn nur erheben kann, wenn er nicht nur gute Kenntnisse in Psychologie und Pädagogik hat, sondern auch praktischer Erzieher ist. Weiter versuchte ich zu zeigen, daß man nur dann erfolgreich erziehen kann, wenn man erstens absolutes Wohlwollen, d. h. echte Liebe zum Zögling hat, zweitens selbst die ethischen Qualitäten besitzt, das vom Zögling Verlangte vorzuleben, und drittens bereit sein muß, sich auch vom geringsten und kleinsten seiner Zöglinge erziehen zu lassen. Daraus folgt, daß wir Ärzte auch Seelsorger, also zu priesterlichen Funktionen fähig sein müssen.

Ich glaube, daß wir alle unsere Berufsauffassung oft und gründlich revidieren müßten.

Literatur: A. Cserny: Der Arzt als Erzieher des Kindes. F. Hamburger (Wien): Die Neurosen des Kindes. W. Gimbal (Hamburg): Die Neurosen des Kindes- und Jugendalters. A. Homburger: Vorlesungen über Psychopathologie des Kindesalters. F. Birnbaum: Die seelischen Gefahren des Kindes. (Sonderheft der Individualpsychologie.) Oswald Kroh: Stufenpsychologie.

Der Wert des Ersatzkassenvertrages für die Berufsfreiheit des Arztes

Von Dr. Walter Semmler, Leiter der Barmer Ersatzkasse

I.

Im Ringen um eine Neuordnung der sozialen Zukunft des Deutschen Volkes steht mit in vorderster Linie die Frage nach der Stellung des Arztes insbesondere innerhalb der Sozialversicherung. Leidenschaftlich vertretene weltanschauliche Gesichtspunkte entscheiden diese Frage ganz konträr, je nach dem Grade, in dem sie dem menschlichen Individuum, der Einzelpersonlichkeit noch ein Eigenleben einräumen, in dessen Ablauf höchstpersönliche Gedanken und Empfindungen, seelische Regungen und menschliche Eigenarten ein Recht auf Äußerung und auch auf Berücksichtigung bei der Gestaltung der sozialen Einrichtungen haben. Daraus entspringt der unüberbrückbare Gegensatz zwischen den Kollektivist, denen die soziale Einrichtung und ihre Organisation das Primäre, das Wesentlichste ist, und denen, denen es bei aller Anerkennung der notwendigen Einordnung des Einzelnen in die Gesamtheit um die Freiheit des Menschen geht, dieses in den letzten 15 Jahren an Freiheiten so überaus arm gewordenen und dazu körperlich und seelisch so gequälten Menschen, und die deswegen fordern, daß alle sozialen Einrichtungen sich um ihn als Mittelpunkt gruppieren und sich auf seine geistigen und seelischen Bedürfnisse ausrichten.

Innerhalb dieser Auseinandersetzung wird ein Komplex in seiner Bedeutung für die soziale Zukunft des arbeitenden Menschen häufig verkannt und unterschätzt oder gar als völlig belanglos beiseite geschoben. Das ist die Frage nach dem *Wesen des Arztes* und seiner Aufgabe und daraus abgeleitet die Frage, in welchem Rahmen man es sich auswirken lassen muß. Denn dieser Komplex gehört in die Betrachtungen hinein und ist dafür so bedeutend nicht um des Arztes selbst willen, sondern um des Menschen willen, der seiner bedarf, und das nicht nur in Tagen der Krankheit, sondern zur Sicherung einer gesunden

Lebensführung auch in gesunden Tagen. Wem es also darum geht, daß der Arzt diese seine Aufgabe am Menschen möglichst vollkommen erfüllen, wirkliches Arztum betätigen kann, der hat die hohe moralische Verpflichtung, das Problem in seiner ganzen psychologischen Tragweite zu studieren und aus den so gewonnenen Erkenntnissen die Folgerungen zu ziehen.

Menschliche Beziehungen haben ihre psychologischen Grundlagen und die *Seele des kranken Menschen* ist ein besonders empfindliches psychologisches Etwas, das nicht mißachtet oder gar mit Füßen getreten sein will. Sie sucht Hilfe, menschliche Hilfe und findet sie nur über die Brücke des Vertrauens zu dem selbstgewählten Arzt, des Vertrauens, das auf beiden Seiten den Menschen bis ins Innerste erschließt, bei dem einen seinen physischen und psychischen Zustand schonungslos enthüllt und bei dem anderen die tiefsten seelischen Kräfte anregt und stark werden läßt, von denen rückstrahlend wieder bei dem einen der Wille zur Gesundung geweckt und der Glaube an das Leben wieder hergestellt wird. So jedenfalls sieht der Idealzustand aus im *Verhältnis* dieser beiden Menschen, *des Patienten zum Arzt und des Arztes zum Patienten*. Er setzt selbstverständlich ein großes, qualitativ hochstehendes ärztliches Können, aber auch psychologische, besser psychotherapeutische Fähigkeiten und vor allem ein erhabenes Menschentum voraus.

Nun muß man immer wieder lesen, wenn Ärzte zu diesem Problem das Wort ergreifen, so neuerdings die beiden von mir so hochgeschätzten Herren Dr. Koch-Darmstadt¹ und Dr. Thieding-Hamburg^{2,3}, daß die Krankenkassen für die ideale

¹ Reform der Sozialversicherung, aber wie? Darmstadt 1946, Verlagshaus Darmstadt, Wolfgang Schröter, S. 16 und 25.

² Der Kassenarzt als Mitarbeiter und Vertragspartner in der Sozialversicherung (Arbeitsblatt für die britische Zone Nr. 11 von 1947 S. 414 ff.).

³ Freiheit der Kranken in der Sozialversicherung (Versicherungswissenschaft und Versicherungspraxis 1948 Heft 1, S. 12—15).

Berufsauffassung des Arztes nie das richtige Verständnis gehabt hätten, an die Arztfrage vielmehr immer mit einem mechanistischen Denken unter rationalistischen Gesichtspunkten herangegangen seien und daß sie sich infolgedessen in das persönliche und menschliche Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient als eine höchst unpersönliche Organisation, die Basis des Vertrauens zerstörend eingeschoben und so die Verwirklichung dieses Idealzustandes verhindert hätten.

Demgegenüber frage ich: Muß das so sein? Und ist das wirklich auch so gewesen? Ich will diese Frage nicht für die gesamte Krankenversicherung beantworten, für die zu sprechen ich nicht berufen bin, muß ja auch annehmen, daß solche so positiv vorgebrachten Feststellungen auf ärztlicher Seite gemachten Erfahrungen entspringen. Beantworten aber kann ich die Frage für die *Ersatzkassen*, weil ein gewichtiger Abschnitt meiner eigenen Lebensarbeit in dem Ringen um dieses Problem bestand. Und da sage ich: Nein! Es muß nicht so sein und es ist auch nicht so gewesen, soweit die zerstörerische Zeit etwas daran geändert hat, muß es wieder werden, wie es war, und wir sind unter Aufbietung aller Kräfte dabei, es wieder dahin zu bringen. Denn es gibt noch einen anderen Komplex menschlicher Beziehungen, dessen psychologische Grundlagen mindestens genau so diffizil sind, wie die des *Verhältnisses des Patienten zum Arzt*. Auf der einen Seite dieser anderen Beziehungen steht wieder derselbe Patient, diesmal aber nicht dem Arzt gegenüber, sondern seiner *Krankenkasse*. Auch dieses Verhältnis darf in seiner Bedeutung nicht unterschätzt werden und zum Verständnis des Weges, den die Ersatzkassen gegangen sind, muß man wissen, daß zum mindesten sie es nie unterschätzt haben, ja auch nie unterschätzen konnten, weil sie aus dem lebendigen Leben entstandene, nicht vom Staate eingesetzte Selbsthilfeeinrichtungen eben dieser Menschen sind, um die es sich bei der Gestaltung dieser Problematik dreht. Gerade diesen Menschen ganz ausschließlich war ja bei den Ersatzkassen die Selbstverwaltung ihrer Einrichtungen überlassen.

Alle Ärzte, die eine lange Kassenpraxis hinter sich haben, haben die Beobachtung machen können, daß sich die Ersatzkassenmitglieder mit ihrer Kasse auf das engste verbunden fühlen und daß sie von einem starken, unerschütterlichen Vertrauen zu ihnen erfüllt sind. Die neueste Äußerung dieser Art bringt Herr Dr. Göbbels-Hamburg⁴ „... ein Beweis auch für die Verbundenheit der Ersatzkassenmitglieder mit ihrer Kasse, die uns Ärzten immer wieder auffällt und die die Angehörigen der Pflichtkrankenkassen so oftmals vermissen lassen.“ Es besteht also auch da eine *Basis des Vertrauens*, nicht anders als im Verhältnis vom Patienten zum Arzt. Zwar kann hier der Partner des Versicherten kein heilender Helfer im Sinne des wirkenden Arztes sein. Ein Helfer aber sollte die Krankenkasse ihm ebenso sein und die Ersatzkasse ist es ihm auch. Voller Vertrauen kommt er auch zu ihr in seiner körperlichen und seelischen Not und vertraut auch ihr an, was ihn bewegt und quält. Sein Verhältnis zu seiner Ersatzkasse ist ja auch ein freigewähltes, genau so wie das zu seinem Arzt und in dieser Wahlfreiheit hat er sich entschieden, wie für Herrn Dr. Medicus auf Grund seines allgemein bekannten „*Arztiums*“ so für seine Ersatzkasse auf Grund ihres „*Krankenkassentums*“, das ebenso allgemein bekannt ist und magnetische Anziehungskraft besitzt.

Und diese Kraft beruht in erster Linie darauf, daß die Ersatzkassen ihre ganze Arbeit in bewußter psychologischer Abstimmung auf die Bedürfnisse des vielgestaltigen lebendigen Lebens des bei ihnen versicherten Personenkreises auszugestalten verstanden haben und daß sie der *Pflege des persönlichen menschlichen Verhältnisses zwischen Mitglied und Kasse* keine geringere Bedeutung beigemessen haben, als dies der beste Arzt im Verhältnis zu seinen Patienten zu tun vermag. So sehen die Ersatzkassen ihre Aufgabe, ihr „*Krankenkassentum*“, und verdanken dieser Grundhaltung das Vertrauen und die Anhänglichkeit ihrer Mitglieder.

⁴ Ärztliche Gedanken zur Reform der Sozialversicherung (Versicherungswissenschaft und Versicherungspraxis 1948, Heft 2, S. 42—49; hier S. 45).

Wenn aber somit die Ersatzkassen darauf aus sein wollten, dem Versicherten auch in seinen gesundheitlichen Nöten ein Höchstmaß an betreuender Fürsorge angedeihen zu lassen und jeden einzelnen Fall zu einem wirklichen gesundheitsfürsorglichen Erfolg zu bringen, dann war es eine Selbstverständlichkeit — und nur von diesem Arbeitsgebiet soll heute hier die Rede sein —, daß die *Ersatzkassen* gerade die *Ausgestaltung ihrer vertraglichen Beziehungen zur Ärzteschaft als das Kernproblem* erkannten, von dessen glücklicher Lösung auch das Glück ihrer Versicherten abhängig war. Und wenn die Ersatzkassen für sich in Anspruch nehmen können, daß sie mit psychologischem Feingefühl an ihre Aufgaben heranzugehen pflegen, dann war es eine Selbstverständlichkeit, daß sie auch *an dem für den gesundheitsfürsorglichen Erfolg so entscheidenden „Ich-Du-Verhältnis“ zwischen Arzt und Patient nicht achtlos vorübergegangen* sind, sondern gerade das zum Ausgangs-, Mittel- und Endpunkt aller ihrer Überlegungen gemacht haben, als es sich darum handelte, den vertraglichen Beziehungen zur Ärzteschaft Gestalt zu geben. *Die Ersatzkassen sehen ihre Aufgabe um so besser erfüllt, je inniger dieses Vertrauensverhältnis ihrer Versicherten zu ihren Ärzten ist*. Welchen Anlaß sollten sie wohl haben, dahincin bewußt störend einzugreifen? Sie würden damit letzten Endes ihr Wesen preisgeben, denn gleichzeitig würden sie damit das „Ich-Du-Verhältnis“ zwischen sich selbst und ihren Versicherten, von dem oben die Rede war, zerschlagen und damit den Boden für ihre eigene Arbeit untergraben!

Bei solcher Einstellung, wenn man um eine psychologische Gestaltung der vertraglichen Beziehungen zur Ärzteschaft innerlich gerungen hat, tut es ein wenig weh zu lesen, was die genannten Kritiker an der sozialen Krankenversicherung aussetzen haben, den Vorwurf der Verständnislosigkeit zu hören für die „ethischen und moralischen Zusammenhänge und Bindungen im Arztberuf“. Gewiß, es trifft uns nicht, denen die Ärzteführung zu wiederholten Malen öffentlich bescheinigt hat, welche „maßgebenden Einfluß die Angestellten-Ersatzkassen auf die Entwicklung des ärztlichen Berufs in Deutschland gehabt haben“ und wie sie geradezu der „Stoßtrupp im Kampf der deutschen Ärzte um ihre Berufsfreiheit“ gewesen sind, (Dr. Haedekamp)⁵. Die Ersatzkassen können also nicht gut gemeint sein und sind es sicherlich auch nicht, wenn Dr. Thieding und Dr. Koch von einer mechanistischen Denkweise der Krankenversicherung und von der Zerstörung der ärztlichen Berufsfreiheit sprechen. Dann sollte man das aber auch zum Ausdruck bringen! Diese Bitte darf wohl bei der Gelegenheit an alle ärztlichen Kritiker der Krankenversicherung gerichtet sein. *Das leidenschaftliche und verständnisvolle Mühen der Ersatzkassen, die ja selbst eine berufsständische Einrichtung sind, um eine möglichst vollkommene Berücksichtigung aller berufsständischen Belange der Ärzte im Interesse einer hochwertigen ärztlichen Betreuung ihrer Versicherten hat ein Anrecht darauf, als eine Ausnahme von allgemeinen Zeitercheinungen wenigstens erwähnt zu werden, wenn die Ärzte zu dem Urteil kommen, daß die übrige Krankenversicherung es nicht verstanden hat, ähnliche Wege zu gehen. Sonst wird der Eindruck erweckt, als ob auch die Ersatzkassen von dem Vorwurf mit betroffen sind.*

II.

Der vorhergehende Abschnitt hat gezeigt, daß es ein Stück Seelenkunde ist, die man beherrschen muß, wenn man ärztliche Vertragsbeziehungen gestalten will. Es war die Rede von der Seele des Versicherten und von der Seele des Arztes. Es klang aber auch an, daß auch die Ersatzkasse als die Gemeinschaft ihrer Versicherten ihre Seele hat, die in ihrer Arbeit und bei der Gestaltung ihrer Einrichtungen mitschwingt und die — im guten menschlichen Sinne, da sie nur für ihre Versicherten fühlt — auch ihre empfindliche Seite hat und verletzt werden kann und deswegen aufbegehrt, wo der Vorwurf der Seelenlosigkeit erhoben wird. Und es ist gut, daß dem so ist. Denn zu gestalten sind die vertragsärztlichen Beziehungen nur von

⁵ Die Angestellten-Krankenkassen und die Ärzte („Die Ersatzkasse“ 1937 S. 212/4).

den Ärzten und den Kassen. Der Versicherte selbst, um den es dabei geht, wirkt daran lediglich insoweit mit, als die von ihm gewählten Selbstverwaltungsorgane ihren Einfluß darauf ausüben. Das aber ergibt eine erhöhte Verantwortung für die Unterhändler eines solchen Vertrages. Und von dieser Verantwortung durchdrungen schufen die Ersatzkassen zusammen mit der Ärzteschaft nach einer Zeit der Erfahrungen und Irrungen 1928 einen Vertrag, der von ganz großem Erfolge war und der infolgedessen auch Bestand gehabt und damit gezeigt hat, daß wir das *vielseitige Problem* der in dieses Gebiet hineinspielenden *menschlichen Beziehungen wirklich glücklich zu lösen verstanden* haben. Der Maßstab dafür ist das Glück des Versicherten. Für ihn aber bedeutete dieses Vertragswerk wirklich eine glückliche Wende, eben weil *alle* in der Vertragsentwicklung bis dahin entstandenen, *das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient störenden Vertragseinrichtungen über Bord geworfen* und durch ein *freiheitliches Arztsystem ersetzt* wurden, *das den Anschauungen über die ärztliche Berufsfreiheit Rechnung trug und die Idee der kassenärztlichen Selbstverwaltung und Selbstverantwortung erstmals vollkommen in die Tat umsetzte*.

Wie groß der Erfolg dieses Vertragswerks gewesen ist, wissen heute nur noch die Männer, die selbst noch unter den unseligen Auswirkungen des früheren Vertragszustandes gelitten haben. Ja, sein alter Glanz, der 1939 unterging, ist heute überhaupt nur noch wenigen bekannt. Hätte der unselige Krieg nicht wie alle so auch diese glückhafte Entwicklung zerschlagen, so stünde dieser einzigartige Vertrag noch heute nach fast 20 Jahren in voller Blüte und entfaltetete nach allen Seiten wie in dem Jahrzehnt bis zum Kriegsausbruch seinen Segen. Es war ein wesentliches Stück dieses Vertrages, das uns der Krieg davon herausgebrochen hat. Denn mit zu seinen Grundelementen zählt die von jeher seitens der Ersatzkassen gehandhabte besondere Vergütung aller einzelnen ärztlichen Leistungen, die im Zusammenhang mit der 1928 vorgenommenen Abschaffung der bis dahin geltenden Beschränkungen nach Reichsdurchschnittsziffern einzig und allein eine wirklich gerechte, in jedem einzelnen Fall eine seiner Schwere und der ärztlichen Beanspruchung entsprechende Honorierung bedeutet. Aus Vereinfachungsgründen wurde mit Beginn des Krieges auf Verlangen der Reichsärztesführung die Einzelleistungsvergütung abgeschafft und durch eine Gesamtvergütung ersetzt, deren Verteilung sich die ärztliche Organisation nach eigenem Ermessen vorbehielt. Das war, wie vorauszusehen war, ein verhängnisvoller Weg. *Man kann aus einem Werk wie diesem, dessen Gesamtkonzeption der Verwirklichung einer Idee dienen soll, nicht wesentliche Bestandteile herausbrechen, ohne das ganze Werk zu entwerten. Wo der Boden einer gerechten Honorierung der einzelnen Leistung verlassen wird, wird die Berufsfreiheit, die dem Arzt selbst und seinem ärztlichen Gewissen die Entscheidung über Art und Ausmaß seiner ärztlichen Leistungen, Maßnahmen und Anordnungen anheimgeben will, zu einer Farce.*

Wir haben uns seinerzeit nur schweren Herzens entschlossen, dem Verlangen der Ärzteschaft nachzugeben und dieses Kriegsabkommen zu schließen. Die Ersatzkassen dachten also — immer das damit unlösbar verknüpfte Schicksal ihrer Versicherten vor Augen — ärztlicher als die Ärzte selbst, jedenfalls als ihre damalige Reichsführung, und bewiesen ein *größeres Verständnis für die Fragen der ärztlichen Berufsauffassung und das Problem der menschlichen Beziehungen zwischen dem Arzt und seinem Patienten.*

Es kam, wie vorausgesehen. Selbst der Umstand, daß die Gesamtvergütung so bemessen war, daß für die einzelne ärztliche Leistung weit mehr aufgewendet wurde als nach dem Einzelleistungsvertrag der vorhergehenden Friedenszeit, konnte nicht verhindern, daß das veränderte System als entwürdigend empfunden wurde und infolgedessen das Interesse für die ideologische Grundlage unseres Vertrages verschüttete. Rückwirkungen auf das Verhältnis zwischen Arzt und Patient blieben nicht aus.

So ist das einzig Wertvolle an dieser Regelung während des Krieges, daß sie eine *eindeutige Lehre* erteilt an alle, die des

Glaubens sind, sie könnten auch mit einer pauschalähnlichen Honorierung, wenn sie großzügig verfährt, das Problem der ärztlichen Versorgung ihrer Versicherten glücklich lösen.

Um so mehr muß es in Erstaunen setzen, daß es heute wieder Vertreter der Ärzteschaft sind — ich nehme an, nicht so sehr praktizierende Ärzte als abermals Vertreter der ärztlichen Organisationen —, die der Rückkehr zu den alten Vertragsgrundlagen nicht beipflichten wollen. Für die Vertragspartner der Kriegszeit galt es als eine ausgemachte Selbstverständlichkeit, daß diese Grundlagen alsbald nach Kriegsende ihre Wiederherstellung erfahren sollten, und ihrer Grundhaltung entsprechend haben die Ersatzkassen ihre Wiedergeburt betrieben, wo nur eine organisatorische Voraussetzung dafür anzutreffen war. Heute müßten sie überall wieder vorhanden sein, so daß eine Diskussion über die Gestaltung unserer ärztlichen Vertragsbeziehungen nicht mehr möglich sein sollte. Und wenn das trotzdem hier und da gelegentlich immer wieder geschieht oder mit irgendeiner abgewandelten harmlos erscheinenden Form der Pauschalierung des Honorars geliebäugelt wird oder aus Sicherheitsgründen, um der Verantwortung entgehen zu sein, nach einer schematischen Begrenzung der uneingeschränkten Berechnungsfreiheit Ausschau gehalten wird, so läßt sich das nur so erklären, daß in der langen Zeit der Zwischenregelung die *Ideologie unseres Vertrages in Vergessenheit geraten ist oder* — wahrscheinlicher noch — den davon abirrenden ärztlichen Vertretern überhaupt *nicht bekannt* gewesen ist. Denn die Lücken, die der Krieg, der Verlust des Ostens und die gerade unter den Führern der kassenärztlichen Organisation besonders einschneidend wirksam gewesen politischen Veränderungen in die Reihen der ehemaligen Kenner des alten Vertrages gerissen haben, sind derart, daß in ganz großem Umfang heute mit Kräften zu rechnen ist, denen der Wert unseres Vertrages in wirtschaftlicher Hinsicht, vor allem aber im Hinblick auf das berufsethische Ideal des praktisch tätigen Ärztstandes nicht geläufig sein kann.

Es muß darum noch einmal daran erinnert werden, *welche eine Sensation dieser Vertrag s. Zt. im Jahre 1928 bedeutete*. Inmitten einer hoffnungslos verfahrenen Vertragssituation, die zu einem vertragslosen Zustand zu führen drohte, wurde in einem großen Wurf, der von den Ersatzkassen angesichts des für sie damals unabschätzbaren wirtschaftlichen Risikos einen unerhörten Mut erforderte, das Wagnis unternommen, die durch das freiheitliche Honorarsystem verursachten wirtschaftlichen Sorgen nicht durch neuen Zwang und neue Beschränkungen zu bannen, wie das sonst in der Krankenversicherung üblich war, sondern umgekehrt durch Aufhebung aller einschränkenden Bestimmungen, durch die Zuerkennung der völligen ärztlichen Vertragsfreiheit und die Übertragung der Verantwortung für das Gelingen des Vertragswerkes auf die Ärzteschaft selbst und die Organe ihrer kassenärztlichen Selbstverwaltung. Dabei vertrauten wir darauf, daß die Ärzte die neuerworbenen Freiheiten durch einen maßvollen Gebrauch zu würdigen wissen würden.

Und sie rechtfertigten das Vertrauen. Der Wurf gelang. Überall kehrte das Glück ein: Einmal bei uns selber, weil wir alsbald zu verspüren vermochten, wie segensreich sich das verwirklichte ärztliche Berufsideal in der Behandlung unserer Versicherten auswirkte, womit ja das eigentliche Ziel der vertraglichen Regelung erreicht war; zum anderen ausschlaggebend bei den Versicherten, für die eine solche Regelung der ärztlichen Versorgung als der wichtigsten Leistung ihrer Kasse der Angelpunkt wurde für ihr nachhaltiges Interesse an unserer Einrichtung und ihre Anhänglichkeit daran. Nicht zuletzt aber war doch auch die *Ärzteschaft glücklich, nun endlich einmal einen Partner gefunden zu haben, der im Geiste gegenseitigen Verstehens sich allen ärztlichen Berufsforderungen erschloß und verständnisvoll in fruchtbringender Gemeinschaftsarbeit mit ihr zusammen die praktischen Wege suchte, auf denen ihre Berufsbelange als tragende Bestandteile in den Vertrag so eingebaut werden konnten, daß sie ihre psychologische Wirkungen für das körperliche und seelische Wohl der Versicherten bestens zu entfalten vermochten.*

Es war ein *geschichtlicher Wendepunkt in der Entwicklung der ärztlichen Berufsausübung* und die Ärzteschaft hat nicht

versäumt, das ihr entgegengebrachte Verständnis für die Eigenart ihres verantwortungsvollen Berufs anzuerkennen und das Verdienst der Ersatzkassen um die Verwirklichung der ärztlichen Berufsfreiheit in der Sozialversicherung auch öffentlich herauszustellen. Und wenn das heute infolge der Zeitverhältnisse und infolge der langen Außerkraftsetzung des Vertrages mehr und mehr in Vergessenheit geraten ist, muß der Verfasser dieser Zeilen besonders bedauern, daß die Kriegereignisse auch ihm selbst die vielerlei Äußerungen aus ärztlicher Feder, die hier zitiert werden könnten, mit Ausnahme der von Haedenkamp (Siehe oben Seite 42), vernichtet haben. So mag es denn erlaubt sein, statt dessen zu erinnern an die Atmosphäre auf dem Kolberger Ärztetag 1930, der dem Vertragswerk jubelte und meine Ausführungen über seine geistigen und gedanklichen Grundlagen⁶ mit ungewöhnlichem Beifall begleitete.

Kann man sich nach den Erfahrungen mit jener fast elfjährigen Vertragsfreudigkeit auf ärztlicher Seite in der Vorkriegszeit und nach den bitteren Enttäuschungen, die der Irrweg der ärztlichen Standesführung während des Krieges bereitet hatte, wirklich noch vorstellen, daß es zwischen Ärzten und Ersatzkassen um die glücklichste Form der vertraglichen Beziehungen noch eine Meinungsverschiedenheit geben kann?

Für uns sind die Erfahrungen eindeutig und das muß man in folgedessen überall zur Kenntnis nehmen: *Einen anderen Weg als den einst bewährten gehen wir nicht! Das gebietet uns unsere Verantwortung*, die wir für das Wohl unserer Versicherten tragen und unter deren Last wir während der Herrschaft des Kriegsabkommens gelitten haben. Und wir wünschen nicht, daß man uns da hineinredet, auch der Länderrat nicht, dem vor kurzem ein Gesetzentwurf vorlag, mit dem das ganze freiheitliche Vertragswerk der Ersatzkassen mit einem Federstrich beseitigt werden sollte: Bei einem Regierungsentwurf müßte man annehmen dürfen, daß es irgendjemand nützen soll. Die Frage ist somit wohl berechtigt, wer es wohl hätte sein können, der auf diese Weise glücklich gemacht werden sollte. Wir wissen, daß es niemanden Nützen gebracht haben würde, daß man lediglich einen vernichtenden Schlag gegen die Ersatzkassen hätte verbuchen können, daß man dabei aber auch zu verantworten gehabt hätte, den mühsam wieder begonnenen Aufbau einer der wertvollsten kulturellen Errungenschaften der gesamten deutschen sozialen Krankenversicherung von neuem zerschlagen zu haben!

Solche Kräfte, die darauf aus sind, möchten wir vielmehr umgekehrt mahnen, wie ich das bereits 1930 in Kolberg getan habe, inne zu werden, daß *unser Ärztevertrag „ein beachtenswertes Beispiel sein müßte für jeden, der sich mit dem Problem der Beziehungen zwischen Krankenkassen und Ärzten auseinandersetzen hat!“* Oft genug in der Folgezeit habe ich Gelegenheit genommen, daran zu erinnern, daß man gut daran täte, die *geistigen Grundlagen* unserer Beziehungen zur Ärzteschaft auf ihre *Geeignetheit auch für die Arbeiter-Krankenversicherung* ernsthaft zu prüfen, und der Hoffnung Ausdruck gegeben, daß wir eines Tages mit Genugtuung feststellen möchten, daß wir mit unserem Beispiel auch der handarbeitenden Bevölkerung zu einer andersartigen Gestaltung ihrer ärztlichen Versorgung mitverholfen haben. Wir tragen nicht die Verantwortung dafür, daß man solche Hinweise unbeachtet gelassen hat, verbitten uns aber, daß man deswegen auch unseren Versicherten die Segnungen unseres Ärztevertrages nehmen will!

Und die Ärzte, ebenso wie zahlreiche Vertreter der Ersatzkassen selbst, soweit sie einen Einblick in diese Zusammenhänge noch nicht hatten, hoffe ich überzeugt zu haben, daß es keine Wahl gibt. Wir wissen, daß die Durchführung des Vertrages zum mindesten in der ersten Zeit mit einigen Schwierigkeiten verbunden ist. Sein Wert für die standespolitischen Ziele des ärztlichen Berufs ist aber derart, daß sie gemeistert werden müssen. Und auch in dieser Hinsicht stehen uns aus der Zeit der ersten Einführung des Vertrages reichste Erfah-

rungen zur Verfügung, aus denen abgeleitet wir die Gewißheit besitzen, daß überall, wo eine enge, harmonische, von gegenseitigem Vertrauen getragene Gemeinschaftsarbeit zwischen den örtlichen und bezirklichen Organisationen von Kassen und Ärzten begründet und gepflegt wird, der Weg dazu sich ganz von selber ebnet und auch zum Erfolge führt. Und gern wird dann die damit verbundene Arbeit um der geheiligten Prinzipien willen ertragen.

Es kann ja nicht so sein, daß die Ärzteschaft das Ziel ihres Standes preisgeben will. Darum erscheint es so widerspruchsvoll, wenn trotzdem heute hier und da eine Scheu besteht, den Weg unseres erprobten Vertrages zu gehen. Die Forderungen, die das Berufsethos der Ärzteschaft vorschreibt, werden doch vernehmlich genug verkündet. Das tun auch die Herren Dr. Koch und Dr. Thieding, und bei Koch muß auch eine Vorstellung davon obwalten, daß die Ersatzkassen diesem ärztlichen Ethos eher gerecht geworden sind. Sonst würde er nicht „den geeignetsten Weg“ zur Verwirklichung seiner Auffassung über die sozialpolitischen und sozialmedizinischen Leistungen der Krankenversicherung darin sehen, „daß das Recht, Ersatzkassen zu gründen und ihnen anzugehören, erweitert wird“⁷. Dr. Thieding spricht von den Ersatzkassen nicht. Er verbreitet sich aber, ausgehend von der Klage, daß die Krankenkasse sich in das Verhältnis zwischen Arzt und Mitglied störend einschleibt, ganz ausführlich über das, was die Ärzteschaft von der Krankenversicherung erwartet, und ich sage nicht zuviel, wenn ich behaupte, daß sich darunter nichts befindet, was die Ersatzkassen mit ihrem Vertrag nicht bereits erfüllt gehabt hätten. Das gleiche gilt von den Forderungen, die Dr. Koch⁸ aufzählt mit Ausnahme der achten, mit der er eine kassenärztliche Gesamtvergütung beibehalten wissen will, und der siebenten, die eine richterliche Instanz für Vertragsstreitigkeiten vorsieht. Für eine solche Instanz hat sich im Verhältnis der Ersatzkassen zur Ärzteschaft in der langen Zeit der Zusammenarbeit noch nie eine Notwendigkeit ergeben, weil dem Sinn unserer Gemeinschaftsarbeit mit den Ärzten entsprechend sich aus der gleichgerichteten Zielsetzung immer ein Weg zur Verständigung untereinander über alle Vertragsfragen gefunden hat. Das erfordert allerdings auf beiden Seiten eine tief fundierte Fähigkeit zur Einfühlung in die Psyche auch des anderen Vertragspartners, eine Berücksichtigung und Anerkennung auch seiner Bedürfnisse und Ziele, ein Vermögen sich anzupassen, oft genug einen Verzicht auf einseitige Betonung des eigenen Interesses und eine Rücksichtnahme darauf, ob es dem des anderen widerstreitet, alles in allem einen Willen, statt die Gegensätzlichkeiten hervorzukehren, aus den gegenseitigen vertraglichen Beziehungen eine wirkliche Gemeinschaftsarbeit zu machen!

Es gäbe noch so unendlich vieles, was herausgestellt werden könnte, um zu zeigen, wie gerade der *Ersatzkassenvertrag den ärztlichen Standesforderungen eine Erfüllung gewesen* ist. Unter seiner Herrschaft trifft beispielsweise auf die Ersatzkassen nicht zu, was Herr Dr. Koch⁹ u. a. an der Krankenversicherung bemängelt, daß die Versicherungsträger sich nicht von den Anregungen leiten ließen, die von der medizinischen Wissenschaft und ihren Vertretern ausgingen. Es ergab sich schon aus der anerkannten beruflichen Freiheit des Arztstandes, selbst zu entscheiden, auf welche Weise dem Versicherten am besten geholfen werden könne, daß bei dem Vertragssystem der Ersatzkassen *jederzeit alle Erkenntnisse und Fortschritte der medizinischen Wissenschaft ganz von selbst dem Versicherten nutzbar werden konnten*. Und ein besonders hervorragendes Musterbeispiel für das ausgesprochene Mühen der Ersatzkassen um eine Nutzbarmachung der jeweils neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse für ihre Versicherten ist ihr Parodontose-Vertrag vom Jahre 1932^{10, 11}.

⁷ a. a. O. S. 17.

⁸ a. a. O. S. 32/33.

⁹ a. a. O. S. 28.

¹⁰ vgl. Semmler: Der Parodontose-Vertrag des VdB. in „Die Ersatzkasse“ 1932

Heft 11 und 12 S. 161 ff und 178 ff.

¹¹ Semmler: Der Forscher Weski als Wegbereiter für die Behandlung der Parodontose in der Sozialversicherung in „Eine Schriftensammlung über Parodontose. Zum 60. Geburtstag von Oskar Weski. 8. August 1939.“ Dr. Max Gehlen. Buchverlag der Deutschen Zahnärzteschaft. S. 73/81.

⁶ Abgedruckt u. a. in „Deutsches Ärzteblatt“ 59. Jahrgang Nr. 25 vom 1. 9. 1930 S. 11 f sowie in „Ärztliche Mitteilungen“ 31. Jahrgang Nr. 27 vom 5. 7. 1930 S. 587 f sowie in zahlreichen Blättern der ärztlichen Provinzial- und Landesverbände.

Es bleibt also wohl kaum ein unerfüllter Rest, wenn man die Ersatzkassen, an den Forderungen der ärztlichen Ständesvertreter gemessen, wägt. Das sichert uns wie 1928 auch 1948 die Gemeinsamkeit unseres Weges. Und ohne ein Wort daran zu ändern, kann ich diesen Artikel schließen mit den Schlußworten, die Herr Dr. Thieding seinem Artikel vom Januar 1948 angefügt hat, so als ob es eigene Ausführungen von mir selbst noch aus dem Jahre 1928 wären: „Sehen wir in der Sozialversicherung eine Schicksalsgemeinschaft, die dem kranken Menschen in seiner Einzelpersönlichkeit hilft und ihm das persönliche Glück durch eine körperliche, seelische und geistige Harmonie wiedergibt. Die Versicherungsgemeinschaft hat ihre Sorge darauf zu richten, daß die Ehrfurcht vor der menschlichen Persönlichkeit nicht verletzt wird. Der einzelne Mensch, auch der Kranke, muß sich nur dort eine persönliche Freiheitseinschränkung gefallen lassen, wo das Recht der Gemeinschaft auch in seinem eigenen Interesse

liegt; dann bleibt auch das Persönliche zwischen Arzt und Kranken gewahrt, denn die Gemeinschaft kann nur dann vollkommen sein, wenn ihre Einzelwesen Persönlichkeiten sind.“

Die Ersatzkassen sind überzeugt davon, daß sie in der deutschen Krankenversicherung eine geschichtliche Mission zu erfüllen haben. Sie sind darum nicht berechtigt, an ihrer Sendung irre zu werden, und fühlen sich verpflichtet, kompromißlos den als richtig erkannten Weg zu gehen. Nur so dienen sie der Krankenversicherung wirklich und dazu gehört, daß sie auch an ihrem Arztevertrag nicht rütteln lassen. Er ist auch die beste Sicherung gegenüber der Gefahr eines Abgleitens auf den Weg sozialisierter Heilbetriebe, wie sie der Osten z. Zt. durchzuführen sich beeilt. Er wird, wenn er wieder reibungslos arbeitet, auch wieder den Beifall der gesamten Ärzteschaft und der Ersatzkassenversicherten finden!

T A G U N G S B E R I C H T E

Ausbildungslehrgang für Gehschullehrer an Beinamputierten in Gießen

In Gießen wurde vom 8. bis zum 19. März der 1. Ausbildungslehrgang für Gehschullehrer an Beinamputierten abgehalten. Etwa 50 Ärzte, 90 Orthopädie-Handwerker, 15 Sportlehrer und 45 Kranken-Gymnasten aus allen Zonen Deutschlands hatten sich dazu eingefunden. Auch das Ausland war vertreten. Die Leitung des Lehrganges hatte das Hessische Ministerium für Arbeit und Wohlfahrt dem Oberarzt der orthopädischen Universitäts-Klinik Gießen, Dr. Karl Sell, übertragen, der sich wissenschaftlich und praktisch mit dem Gang-Problem des Kunstbeinträgers so eingehend auseinandergesetzt hat, daß er nunmehr mit ausgefeilten, lehrbaren Methoden an die Öffentlichkeit herantreten konnte.

Die Vorträge legten klar, daß die drei Hauptvoraussetzungen für den natürlichen und richtigen Gang des Beinamputierten ein guter Stumpf, eine gute Prothese und das gute Erlernen des Ganges mit Kunstbein ist. Ein „prothesengerechter“ Stumpf ergibt sich nur aus einer Amputation, die den Stumpf endgültig für das Prothesentragen gestaltet. So muß hier der Arzt nicht nur die Gesetze der Chirurgie anwenden, sondern auch die Prothese in ihrer Eigenart kennen. Der ausgeheilte Stumpf wird der Heilgymnastin anvertraut, die bei der Erhaltung und Kräftigung des noch vorhandenen Gliedes mitarbeitet. Die Tagung zeigte deren Tätigkeit in praktischem Beispiel. Der Orthopädie-Mechaniker muß sein Können daran setzen, für die vielerlei Arten Beinstümpfe jeweils die zweckmäßigste zu konstruieren.

Der Gehschullehrer, der über ein gründliches Wissen der Bewegungsvorgänge und des Prothesenbaues verfügen muß, wird den Prothesenträger an Hand der neuen und klaren Gehschulmethode Dr. Sell oder anderer bewährter Methoden in kurzer Zeit instandsetzen, wieder eine natürliche Bewegungsart zu erlernen. Begibt sich der Kunstbeinträger sofort in die Gehschule, vermeidet er die Fehler und das zeitraubende Umlernen. Der Prothesenträger wird dann — dies kam in der Tagung klar zum Ausdruck — mehr und mehr dazu übergehen müssen, sich sofort nach Erhalt der Prothese einer Gehschule anzuvertrauen.

Im Gehschullehrgang wurden auch die Erfolge der neuen Methode für das Geländegehen hervorgehoben. Es ist dadurch möglich, mit Prothese alle möglichen Hindernisse sicher und ohne wesentlichen Kraftaufwand zu überwinden, etwa einen Graben von 80 cm Breite oder ein 50—60 cm hohes Hindernis zu nehmen, wie auch sich bergauf und bergab zu bewegen oder in guter Gangart Treppen hinauf- und hinabzusteigen. Weiter ist es auch möglich, einen zügigen, gewandten Tanzschritt zu erlernen. Auch für den Doppel-Oberschenkelamputierten wie für den Becken-Gänger ist mit den neuen Methoden eine unauffällige und gute Beherrschung der Kunstbeine gewährleistet. Die Erfolge der bewährten neuen Gehschul-Methoden

machen, bei der Vielzahl von Beinamputierten, die Einrichtung von weiteren Gehschulen in den deutschen Ländern dringend notwendig.

Der Lehrgang brachte folgende grundlegende Ergebnisse:

1. Die chirurgische Stumpfversorgung mit allen ihren Erfordernissen steht an erster Stelle und verlangt im Interesse der Amputierten das Namhaftmachen hervorragender bewährter Operateure, die über Jahre hinaus an Tausenden von Fällen überzeugende Erfahrungen sammeln konnten.
2. Angesichts der neuartigen Geh-Methoden von Dr. Sell muß das Erfordernis nach möglicher Erhaltung von Stumpfänge zurücktreten hinter einer idealen Muskel- und Hautdeckung des Stumpfes (auch bei Kurzstümpfen).
3. Die Entfernung eines Neuroms bietet nur bei Verwachsungen die Gewähr für die dauernde Beseitigung von Nervenschmerzen. Deshalb nur einmalige und nicht wiederholte Neurom-Entfernung.
4. Der Phantom-Schmerz ist durch sog. Phantom-Übungen bei entsprechender idealer muskulärer Deckung des Stumpfes zu lindern. Umgekehrt kann der Phantom-Schmerz durch suggestive Ausschaltung des Innervationsvorganges völlig beseitigt werden.
5. Für Oberschenkel- und Unterschenkelkurzstümpfe, wie auch für Hüft-Exartikulationen wurden vorbildliche Prothesenkonstruktionen, die eine musterhafte Beherrschung des Ganges ermöglichen, vorgeführt (Meister Wedekind-Duisburg-Hamborn, Meister Habermann junior-Frankfurt a. M. und Meister Stärlz-Vechta (Oldbg)).
6. Das physiologische Gleitgelenk hat seine letzte Vervollkommnung im Zahnrad-Gelenk nach Meister Habermann senior, München, erfahren. Unumgänglich notwendig ist die Verordnung des physiologischen Gleitgelenkes bei allen Doppelt-Amputierten und bei allen Kurz- und Beckenstümpfen.
7. Der Unterdruckschaft hat sich durchgesetzt und wird unter der Bedingung empfohlen, daß der Holzschaff primär ein Haftschaft ist und der Unterdruck die Haftung nur zusätzlich unterstützt.
8. Die exakte Haftung des Schaftes am Oberschenkel wird in ausgezeichneter Weise durch die zweigelenkige Bekkenführung nach Desoutter-London gewährleistet.
9. Das Bodengefühl in der Prothese soll möglichst jedem Stumpf vermittelt werden. Für den Unterschenkelamputierten ist hierfür die osteoplastische Operationsmethode empfehlenswert.
10. Der zweiachsige Fuß soll möglichst mit Pronationsanschlag für die standsicere Balance-Phase gebaut werden. Den Handwerkern wurde dieser Vorschlag als Anregung gegeben.

11. Gelenkbeugekontrakturen, besonders im Hüftgelenk, werden auch bei Kurzstümpfen durch die gut beherrschte Bindegewebsmassage nach Frau Dicke beseitigt.
12. Die alten, mehr sportlichen Übungsmethoden, durch die die Gewöhnung an die Prothese erreicht werden sollten, wurden verlassen. Die neuen wissenschaftlich und empirisch entwickelten Gehmethoden nach Dr. Sell vermitteln un-

- auffälliges und müheloses Gehen. An die Stelle des alten „Hüft-Schulter-Ganges“ und des „Stumpf-Ganges“ sind die „Sitg-Druck-“ und die „Gesäßmuskel-Methode“ getreten. Die aktive Beherrschung der Schwing-Phase ist als neuerliche Errungenschaft verwirklicht.
13. Die Einrichtung von Landes-Gehschulen durch den Staat wird gefordert. Dr. med. Rudolf Görlach, Bidingen.

Bekanntmachungen

51. Deutscher Ärztetag

Am 16. und 17. Oktober 1948 findet in Stuttgart der 51. Deutsche Ärztetag statt. Er gilt für die nord- und süd-württembergischen Ärzte zugleich als diesjähriger Württembergischer Ärztetag.

Die Veranstaltung wird im Württembergischen Staatstheater (Großes Haus) durchgeführt.

Referate:

1. Dr. Weiler, München: Vom Werden des Arztes und der Ordnung seines Berufslebens.
2. Dr. Neuffer, Stuttgart: Der Arzt, seine Berufung und seine Berufsvertretung.
3. Dr. Dobler, Tübingen: Gemeinschaftsaufgaben der Ärzteschaft auf dem Gebiete des Gesundheitswesens.
4. Dr. Griesbach, Augsburg: Die Bekämpfung der Volksseuche Tuberkulose.
5. Dr. Sievers, Hannover: Die Stellung des Arztes in der Sozialversicherung. Bericht über die Konstituierende Hauptversammlung der Kassenärztlichen Vereinigungen für das vereinigte Wirtschaftsgebiet.
6. Dr. Schlögel, Bad Nauheim: Pflichten und Rechte des Krankenhausarztes.

Am 14. Oktober findet eine nichtöffentliche Tagung des „Marburger Bundes“ statt, am 15. Oktober eine nichtöffentliche Konstituierende Hauptversammlung der Kassenärztlichen Vereinigungen für das Vereinigte Wirtschaftsgebiet.

Zum Ärztetage werden von allen Ärztekammern Delegierte entsandt werden. Alle württembergischen Ärzte werden mit ihren Damen zur Teilnahme aufgefordert. Näheres ergibt sich aus den Einladungen, die allen nord- und süd-württembergischen Ärzten übersandt worden sind. An der Konstituierenden Hauptversammlung (15. Oktober) können ohne Stimmrecht Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigung teilnehmen, die sich als solche durch eine bei der KV Landesstelle Württemberg (US-Zone), Stuttgart-Degerloch, Jahnstraße 32. anzufordernde Bescheinigung ausweisen.

Bedarf an Ärzten in der Ostzone

Die Deutsche Zentralverwaltung für das Gesundheitswesen in der sowjetischen Besatzungszone erteilte am 24. Juni 1948 der Statistischen Abteilung der Arbeitsgemeinschaft westdeutscher Ärztekammern nachfolgenden Bescheid:

„Die Deutsche Zentralverwaltung für das Gesundheitswesen dankt für die Übersendung des recht aufschlußreichen Zahlenmaterials, aus dem klar hervorgeht, daß die Berufsaussichten auf allen Gebieten des Gesundheitswesens, auch auf recht lange Sicht, in der Ostzone wesentlich günstiger sind als in der Westzone.“

Es wird geraten, daß Ärzte, die ein Interesse an den in der Ostzone gebotenen Arbeitsmöglichkeiten zeigen, sich unter Beifügung eines dort üblichen Fragebogens, eines Lebenslaufes und beglaubigter Zeugnisabschriften an die Personalabteilung der Landesregierungen hier in der sowjetischen Besatzungszone wenden.

Die Adressen sind folgende:

1. Landesregierung Brandenburg, Abteilung Gesundheitswesen, (2) Potsdam, Alte Zauche 67.
2. Landesregierung Sachsen, Abteilung Gesundheitswesen, (10) Dresden A 9, Tiergartenstr. 8.
3. Landesregierung Sachsen-Anhalt, Abteilung Gesundheitswesen, (10) Halle, Kantstr. 1.
4. Landesregierung Mecklenburg, Abteilung Gesundheitswesen, (3) Schwerin, Schloßstr. 10.
5. Landesregierung Thüringen, Abteilung Gesundheitswesen, (15) Erfurt, Schillerstr. 4.

Im Auftrage:
gez. Dr. Coutelle.“

Helft der Württembergischen ärztlichen Unterstützungskasse!

Die Württembergische ärztliche Unterstützungskasse war bis vor kurzem so mancher bedürftigen Arzttwitwe und manchen Arztweisen, die keinen oder keinen genügenden Anspruch an die Versorgungskasse hatten, ein trostreicher Rückhalt. Sie wird von einem von der Ärztekammer bestellten Verwaltungsrat geleitet. Der Grundstock ihres Vermögens stammt aus hochherzigen Stiftungen von Kollegen. Nach dem Willen der Stifter dürfen nur die Zinsen verausgabt werden, und zwar an bedürftige Witwen und Waisen württembergischer Ärzte. Außerdem wurde die Kasse gespeist aus reichlich fließenden freiwilligen Zuwendungen von Kollegen und durch jährliche Sammlungen.

Wieviel vom Gesamtvermögen in der Zukunft wird gerettet werden können, ist heute noch nicht feststellbar. Die zur Zeit vorhandenen Barmittel sind so gering, daß wir uns vor die Notwendigkeit gestellt sehen, unseren schlichtest wartenden Unterstützungsempfängern die vorläufige Einstellung aller Bezahlungen anzukündigen, wenn uns nicht in letzter Stunde geholfen wird. Wirksame Hilfe würden wir uns besonders auch von dem Wiederaufleben des schönen Brauchs versprechen, daß abgelehnte Kollegen-Honorare unserer Kasse zugeleitet werden.

Die Württembergische ärztliche Unterstützungskasse unterhält Konten:

1. bei der Württ. Landessparkasse Konto Nr. 313
2. beim Postscheckamt Stuttgart Konto Nr. 5320

Dr. Langbein
Ärztekammer
Württemberg-Hohenzollern

Dr. Metzger
Vorsitzender des
Verwaltungsrates

Dr. Neuffer
Ärztekammer
Nord-Württemberg

ÄRZTEKAMMER NORD-WÜRTTEMBERG KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG LANDESSTELLE WÜRTTEMBERG (US-ZONE)

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

Behandlung von Geschlechtskranken

Das Innenministerium Württemberg-Baden, Abteilung Gesundheitswesen, weist im Erlaß Nr. X 4190 vom 13. August 1948 auf die Einhaltung folgender Vorschriften betreffend Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten hin:

- „1. Gonorrhoe-Kranke dürfen nur mit Penicillin und nur durch den leitenden Arzt der Geschlechtskranken-Abteilung bzw. den ausdrücklich dazu bevollmächtigten Facharzt behandelt werden. Schon bei Verdacht auf Gonorrhoe sind die Patienten daher an einen Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten zu überweisen.“

Bei Bestätigung des Verdachts überweist dieser Facharzt die Patienten dem leitenden Arzt der Geschlechtskranken-Abteilung zur Behandlung. Die Nachuntersuchungen nach Abschluß der Penicillinbehandlung kann jeder Facharzt für Geschlechtskrankheiten durchführen. Sie sind sechs Wochen lang mit mindestens neun Abstrichen und mit Provokationen (bei Frauen mindestens ein Präparat nach der Menses) zu machen. Der Patient verbleibt bis zur Beendigung der Nachuntersuchungen in fachärztlicher Behandlung. Drei bis sechs Monate nach beendeter Penicillinkur ist eine Blutuntersuchung auf Lues zu machen, da die Penicillinbehandlung die Entwicklung der Früh-Lues auf verschieden lange Zeit verhindert.

2. Auch bei Verdacht auf Lues sind die Patienten einem Facharzt zu überweisen. Bei Vorliegen einer Lues dürfen die Kuren nach Anweisung des Facharztes zwar vom praktischen Arzt durchgeführt werden. Kurschema, Zahl der Kuren und sonstige Verhaltensmaßregeln bestimmt jedoch der Hautarzt.
3. Jede Neuerkrankung an Geschlechtskrankheiten, jede Unterbrechung der Behandlung (z. B. auch bei Nichterscheinen zur zweiten Kur, oder vor Abschluß der neun Nachuntersuchungen bei Go) und jede Beendigung einer Behandlung sind dem Gesundheitsamt zu melden. Die Patienten, die freiwillig den Arzt aufsuchen und einen festen Wohnsitz haben, können chiffrmäßig gemeldet werden. Die Chiffremeldung enthält als Personalangabe den Anfangsbuchstaben des Nachnamens mit einer Nummer, die mit der Nummer der Karteikarte des Arztes übereinstimmt, ferner Geschlecht, Geburtstag und Wohnort des Kranken. Dagegen hat jede Meldung einer *Behandlungsunterbrechung namentlich* zu erfolgen. Auch unzuverlässige und durchreisende Personen sind mit voller Namensnennung und Angabe der Heimatanschrift zu melden.
4. Bei Erkrankungsmeldung ist unbedingt die Infektionsquelle anzugeben. Falls der Name nicht bekannt ist, ist eine Personenbeschreibung zu machen.
5. Sogenannte Gesundheitszeugnisse dürfen nur vom Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten auf ausdrückliches Verlangen einer amerikanischen oder deutschen Dienststelle ausgestellt werden. Ein Gesundheitszeugnis kann bei Go erst nach Beendigung der vorgeschriebenen sechswöchigen Nachuntersuchungen und bei Lues erst nach Beendigung der zweiten Kur ausgehändigt werden.

Für die Hautärzte ist noch besonders zu beachten:

Bei Verdacht auf Go und zunächst negativem Befund sind mindestens vier Untersuchungen mit Provokationen durchzuführen, wobei bei Frauen auch ein Präparat nach den Menses untersucht werden soll. Bei Lues-Verdacht ist bei negativem Befund nach vier Wochen eine nochmalige Blutuntersuchung vorzunehmen.

Kassenärztliche Vereinigung Landesstelle Württemberg (US-Zone)

A. Abgeordnete der KV Landesstelle Württemberg (US-Zone):

Nachdem die Wahl der Abgeordneten in allen Kreisärzteschaften durchgeführt worden ist, werden nachstehend die Namen der gewählten Abgeordneten nebst Stellvertretern bekanntgegeben:

Ärzeschaft:	Abgeordnete:	Stellvertreter:
Gr.-Stuttgart	Dr. Hans Neuffer Stgt.-Degerloch	Dr. Hans Köstlin Stuttgart
	Dr. Walther Scharpf Stuttgart	Dr. Heinz Leibinger Stuttgart
	Dr. Hans Giebel Stuttgart	Dr. Moritz Thümmel Stuttgart
	Dr. Wilh. Gerber Stuttgart	Dr. Alfred Edinger Stgt.-Degerloch
	Dr. Wilhelm Weik Stgt.-Münster	Dr. Wolff. Kraus Bad Cannstatt
Aalen	Dr. Ottmar Benz Aalen	Dr. Franz Schmid Ellwangen
Backnang	Dr. Carl Berner Murrhardt	Dr. Hugo Schäd Backnang
Böblingen	Dr. Otto Bissinger Sindelfingen	Dr. Max Schindera Herrenberg

Crailsheim	Dr. Ottokar Lang Crailsheim	Dr. Wilh. Mosebach Gerabronn
Eßlingen	Dr. Hermann Kemmler Plochingen	Dr. Kurt Brodbeck Crailsheim
Schwäb. Gmünd	Dr. Josef Riedlinger Schwäb. Gmünd	Dr. Rud. v. Bruch Eßlingen
Göppingen	Dr. Ernst Schertlin Geislingen/St., sen.	Dr. Lothar Jetter Schwäb. Gmünd
Schwäb. Hall	Dr. Hans-Georg Jesse Göppingen	Dr. Ottilie Budde Göppingen
Heidenheim	Dr. Wolfgang Gerlach Schwäb. Hall	Dr. Georg Bader Eislingen/F.
Heilbronn	Dr. Herm. Diederich Heidenheim	Dr. Adolf Hammer Schwäb. Hall
Künzelsau	Dr. Curt Hammer Heilbronn	Dr. Karl Balz Gerstetten
Leonberg	Dr. Wilhelm Hertner Heilbronn	Dr. Franz Pflüger Heilbronn
Ludwigsburg	Dr. Max Pregizer Künzelsau	Dr. Wolf. Förster Großgartach
Bad Mergentheim	Dr. Karl Gunzenhäuser Münchingen	Dr. Hans Seidel Ingelfingen
Nürtingen	Dr. Gerh. Hämmerle Kornwestheim	Dr. Eduard Krauter Leonberg
Öhringen	Dr. Hellmut Bertheau Ludwigsburg	Dr. Hans Schwarz Eglosheim
Ulm/D.	Dr. Heinz Willert Mergentheim	Dr. Wolf. Fröhlich Ludwigsburg
Vaihingen/Enz	Dr. Felix Jerg Wendlingen	Dr. Anton Salat Mergentheim
Waiblingen	Dr. Wilhelm Bosler Langenbeutlingen	Dr. Theodor Zier Kirkheim/T.
	Dr. Ernfried Lüpke Ulm	Dr. Gerhard Leder Öhringen
	Dr. Albin Konrad Ulm	Dr. Amalie Minholz Ulm
	Dr. Wolfgang Rieger Mühlacker	Dr. Andreas Rost Lonsee
	Dr. Paul Schwoerer Waiblingen	Dr. Oskar Feldmann Illingen
		Dr. Hermann Steng Endersbach

B. Zusammensetzung des Vorstandes und der Ausschüsse der KV Landesstelle Württemberg (US-Zone):

Die neu gewählten Abgeordneten der KV Landesstelle Württemberg (US-Zone) traten am 4. September 1948 zu ihrer 1. Hauptversammlung zusammen. Die von ihnen vorgenommene Wahl des Vorstandes und der Ausschüsse hatte nachstehendes Ergebnis:

I. Vorstand der KV Landesstelle Württemberg (US-Zone)

Dr. Hans Neuffer, Stgt.-Degerloch	Vorsitzender	Erlenweg 16 Tel. 77 223
Dr. Paul Schwoerer, Waiblingen	stellv. Vorsitzender	Kreiskrankenhaus Tel. 645 (Priv. 313)
Dr. Wilhelm Weik, Stuttgart-Münster	Beisitzer	Enzstr. 31 Tel. 50 762
Dr. Ottmar Benz, Aalen	Beisitzer	Friedrichstr. 31 Tel. 204 Aalen
Dr. Gerhard Hämmerle, Kornwestheim	Beisitzer	Friedrichstr. 43 Tel. 3583 Ludwigsbg.
Dr. Wolfgang Rieger, Mühlacker	Beisitzer,	Goldshaldenstr. 34 Tel. 573 Mühlacker
Dr. Otto Jakober, Stuttgart-N	Beisitzer (Vertreter der nicht zugelassenen Ärzte)	FeuerbacherHeide 20 Tel. 69 508 Wohn. 76 161 Klinik

II. Zulassungsausschuß (Zusammensetzung: 3 ärztliche und 3 Kassenmitglieder)

Ärztl. Mitglieder:

Dr. Ernst Schertlin sen., Geislingen/St., Uhlandstr. 25, Tel. 280.
Dr. Hans Giebel, Stuttgart, Hasenbergsteige 18, Tel. 68686.
Dr. Werner Röken, Stuttgart, Hölderlinstr. 54 (Vertreter der nicht zugelassenen Ärzte).

Stellvertreter:

- Dr. Hermann Steng, Endersbach, Kreis Waiblingen, Tel. 09-217.
 Dr. Karl Gunzenhäuser, Münchingen, Kreis Leonberg, Schönblickstr., Tel. 54.
 Dr. Karl Zimmerle, Stuttgart, Hasenbergsteige 4, Tel. 69644 (Vertreter der nicht zugelassenen Ärzte).

III. Berufungsausschuß (Zusammensetzung: 1 Unparteiischer, 3 ärztliche und 3 Kassenmitglieder)

Ärztl. Mitglieder:

- Dr. Hermann Kemmler, Plochingen, Kreis Eßlingen, Hermannstr. 8, Tel. 3 59 Plochingen.
 Dr. Otto Bissinger, Sindelfingen Kreis Böblingen, Hörmannstraße 5, Tel. 8 48 Böblingen.
 Dr. Hermann Diederich, Heidenheim, Rosenstr. 6, Tel. 4 88.

Stellvertreter

- Dr. Walther Scharpff, Stuttgart-N., Lenzhalde 51 a, Tel. 91009.
 Dr. Hans-Georg Jesse, Göppingen, Gartenstr. 36.
 Dr. Felix Jerg, Wendlingen Kreis Nürtingen, Unterboihinger Str. 9, Tel. 121.

IV. Prüfungsausschuß

- Dr. Wilhelm Weik, Stuttgart-Münster, Enzstr. 31, Tel. 50762.
 Dr. Alfred Edinger, Stuttgart-Degerloch, Erlenweg 22, Tel. 76430.
 Dr. Wolfgang Kraus, Stuttgart-Bad Cannstatt, König-Karl-Str. 16, Tel. 52748.

V. Beschwerdeauschuß

- Dr. Moritz Thümmel, Stuttgart, Reinsburgstr. 85, Tel. 6 99 84.
 Dr. Wilhelm Gerber, Stuttgart-O., Haußmannstr. 80, Tel. 4 17 77.
 Dr. Hellmut Bertheau, Ludwigsburg, Bahnhofstr. 11, Tel. 38 93.

VI. Honorar-Kommission

- Dr. Wilhelm Weik, Stuttgart-Münster, Enzstr. 31, Tel. 5 07 62.
 Dr. Walther Scharpff, Stuttgart-N., Lenzhalde 51, Tel. 9 10 09.
 Dr. Wilhelm Gerber, Stuttgart-O., Haußmannstr. 80, Tel. 4 17 77.
 Dr. Paul Schwoerer, Waiblingen, Kreiskrankenhaus, Tel. 6 45.
 Dr. Hans-Georg Jesse, Göppingen, Gartenstr. 36.
 Frau Dr. Hilde Kreuz-Soergel, Stuttgart 13, Heildesacker 1, Tel. 4 08 88.
 Frl. Dr. Frieda Bender, Unterdeufstetten Kreis Crailsheim, Tel. 83 Unterdeufstetten.
 Die Honorarkommission ist ermächtigt, nach Bedarf weitere Ärzte und Fachärzte zuzuziehen.

VII. Delegierte für die Tagung der Kassenärztlichen Vereinigungen der westdeutschen Länder auf dem 51. Deutschen Arztetag

- Dr. Hans Neuffer, Stuttgart-Degerloch,
 Dr. Paul Schwoerer, Waiblingen,
 Dr. Wilhelm Weik, Stuttgart-Münster,
 Dr. Ottmar Benz, Aalen.
 Stellvertreter:
 Dr. Walther Scharpff, Stuttgart,
 Dr. Hans Giebel, Stuttgart,
 Dr. Gerhard Hämmerle, Kornwestheim,
 Dr. Wolfgang Rieger, Mühlacker.

C. Aufgaben des Vorstandes der KV Landesstelle Württemberg (US-Zone):

Dem Vorstand der KV Landesstelle Württemberg (US-Zone) sind durch Beschluß der Abgeordnetenversammlung am 4. 9. 1948 folgende Aufgaben übertragen worden:

1. Die Einberufung und Leitung der Abgeordnetenversammlungen,
2. die Durchführung von Beschlüssen der Abgeordnetenversammlung und deren Vertretung gegenüber der Arbeitsgemeinschaft der Kassenärztlichen Vereinigungen,
3. die Wahrnehmung der Interessen der KV Landesstelle Württemberg (US-Zone),
4. die Verhandlung über den Abschluß von Verträgen mit den Trägern der Sozialversicherung und sonstigen Stellen, soweit die gesetzlichen Bestimmungen es gestatten und die von der Arbeitsgemeinschaft erlassenen Richtlinien und Beschlüsse dem nicht entgegenstehen,
5. die Überwachung einer ordnungsmäßigen Finanzgestaltung,
6. die Vertretung der KV Landesstelle Württemberg (US-Zone) gegenüber den Trägern der Sozialversicherung und sonstigen Dienststellen sowie der Arbeitsgemeinschaft.

Der Vorsitzende, in seiner Behinderung der stellvertretende Vorsitzende, vertritt die KV Landesstelle Württemberg (US-Zone) gerichtlich und außergerichtlich. Urkunden, welche die KV vermögensrechtlich verpflichten sollen, müssen von dem Vorsitzenden, in seiner Behinderung dem stellvertretenden Vorsitzenden und einem weiteren Vorstandsmitglied vollzogen werden.

85. Geburtstag

Am 5. September vollendete Geheimrat Dr. Mandry sein 85. Lebensjahr. Wem es vergönnt war, ihm als Mensch und Arzt nahe zu stehen, empfindet es als Freude, aus diesem Anlaß seines Lebens und Wirkens zu gedenken. Wer kann die anregenden, gemüthlichen Stunden vergessen, die man in seinem schönen, rebenumwachsenen Heilbronner Heim mit ihm und seiner liebenswürdigen Frau erleben durfte? Es gab in Heilbronn kaum ein Haus, in welchem die Gastfreundschaft in solch ausgedehntem Maße und mit solch schlichter Selbstverständlichkeit gepflegt wurde, und zwar eine Gastfreundschaft, die sich in gleicher Weise auf Menschen jeden Standes und Alters ausdehnte. Die Mannigfaltigkeit der Gäste ergab sich vor allem auch daraus, daß Geheimrat Mandry sich seine Lebensgefährtin aus England geholt hatte, deren Familie wohl deutsch, aber in den verschiedensten Ländern ansässig war. Der Hausherr freilich war und blieb fest verwurzelt im Schwabenlande und ein echter Sohn seiner Heimat in Sprache, Humor und den besten Eigenschaften seiner Landsleute. Nichts hätte ihn dazu gebracht, auch nur ein Stück seines ursprünglichen Wesens herzugeben. Dennoch oder vielleicht gerade deshalb war der Geist seines Hauses von seltener Weite, deren er sich freute und die eine Atmosphäre schuf, welche ihm Anregung und Entspannung brachte nach schwerer verantwortungsvoller Arbeit.

Das Heilbronner Krankenhaus erhielt mit seinem Kommen im Jahre 1894 Ansehen und Ruf in Stadt und Umgebung. Seine Verdienste als Arzt und Chirurg sind schon oft an anderer Stelle gewürdigt worden. Würde aber jemals erwähnt, in welchem Maße er sich für die ihm anvertrauten Kinder, diese kleinen schutzlosen Wesen, einsetzte, und gibt es etwas, was seine menschliche Güte und den Adel seiner Seele stärker beleuchten könnte? Dieser warmen gütigen Menschlichkeit gedenkt eine einstige Patientin mit den Worten:

„Gerade er, der nie für sich in Anspruch nahm, von Nerven etwas zu verstehen, umgab mich mit außerordentlichem Feingefühl und einem Verständnis, das des besten Seelenarztes würdig gewesen wäre.“

Möge es dem Arztstand beschieden sein, viele in seinen Reihen zu wissen, die diese hohe ethische Auffassung ihres Berufes mit ihm teilen, und mögen ihm noch viele gesegnete Jahre beschieden sein!

VITA:

- Scheinflug, Dr. H., geb. 9. 10. 1893 in Pernig (Lettland)
 Semmler, Dr. Walter, geb. 15. 12. 1891 in Mühlhausen/Elsaß
 Görlach, Dr. Rudolf, geb. 18. 2. 1895 in Gießen